



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° 1408

Bogotá, D. C., jueves, 14 de agosto de 2025

EDICIÓN DE 20 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

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 164 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se dictan disposiciones en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales y Centro Educativos Oficiales, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D.C., 4 agosto de 2025

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: RADICACIÓN PROYECTO DE LEY

En mi condición de miembro del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, por su digno conducto me permito poner a consideración de la honorable Cámara de Representantes el siguiente Proyecto de Ley número 164 de 2025 Cámara, *por medio del cual se dictan disposiciones en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales y Centro Educativos Oficiales, y se dictan otras disposiciones*

Cordialmente,

ALVARO LEONEL RUEDA CABALLERO
Representante a la Cámara por Santander.

PROYECTO DE LEY NÚMERO 164 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se dictan disposiciones en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales y Centro Educativos Oficiales, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer normas y procedimientos claros para la contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales (IEO) y Centros Educativos Oficiales (CEO), en desarrollo de la Ley 2120 de 2021, con el fin de garantizar la materialización del principio de responsabilidad previsto en el numeral 1 del artículo 26 de la Ley 80 de 1993, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política.

Artículo 2º. Incorporación de Cláusulas de Exclusión de Productos Ultraprocesados en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las IEO y CEO: En los documentos contractuales y desde la etapa precontractual en los pliegos de condiciones y estudios previos de los contratos, convenios interadministrativos o cualquier tipo de acuerdo que celebren las gobernaciones, alcaldías y en general las entidades públicas prestadoras del Programa de Alimentación Escolar, o aquellas IEO y CEO que celebren contratos, convenios o acuerdos para la administración, manejo, comodato y otros de tiendas escolares, deberán incluirse cláusulas expresas que prohíban el suministro de los siguientes alimentos y bebidas:

- Los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos, sodio o grasas saturadas.

Productos comestibles ultraprocesados que como ingredientes se les haya adicionado azúcares, sal/sodio y/o grasas y su contenido en la tabla nutricional supere los siguientes valores:

Nutriente	Por cada 100g
Sodio	> = 1mg/kcal y/o >=300mg/100g
Azúcares	> = 10% del total de energía proveniente de azúcares libres
Grasas Saturadas	> = 10% del total de energía proveniente de grasas saturadas

Para calcular los porcentajes establecidos en la tabla se hará de la siguiente manera:

- a) Sodio: se toma cualquier cantidad de alimento, puede ser cien gramos (100 g) o la porción, y se divide el contenido de sodio reportado, entre el número de kcal, reportadas en la misma cantidad, si esta relación es superior a uno (1), estará prohibido el suministro del producto. Por otro lado, debe calcular el contenido de sodio en cien gramos (100 g) y si este supera los trescientos - miligramos (300 mg), estará prohibido el suministro del producto.
- b) Azúcares: Se debe multiplicar la cantidad de azúcares añadidos en gramos, por el factor de conversión de azúcares (4 kcal/g). Este resultado, se divide entre el total de las kcal, de la misma cantidad de alimento y se - multiplica por cien (100). Finalmente, se compara este resultado con el porcentaje establecido en la tabla, y si es igual o superior a diez por ciento (10%), estará prohibido el suministro del producto.
- c) Grasas saturadas: se debe multiplicar la cantidad de grasas saturadas en gramos, por el factor de conversión de grasas (9 kcal/g) en cualquier cantidad de alimento. Este resultado, se divide entre el total de las kcal, de la misma cantidad de alimento y se multiplica por cien (100). Finalmente, se compara este resultado con el porcentaje establecido en la tabla, y si es igual 0 superior a diez por ciento (0%) estará prohibido el suministro del producto.

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. Algunas sustancias empleadas para elaborar los productos ultraprocesados, como grasas, aceites, almidones y azúcar, derivan directamente de alimentos. Otras se obtienen mediante el procesamiento adicional de ciertos componentes alimentarios, como la hidrogenación de los aceites (que genera grasas trans tóxicas), la hidrólisis de las proteínas y la “purificación” de los almidones. La gran mayoría de los ingredientes en la mayor parte de los- productos ultraprocesados son aditivos (aglutinantes, cohesionantes, colorantes, edulcorantes, emulsificantes, espesantes, espumantes, estabilizadores, “mejoradores” sensoriales como aromatizantes y saborizantes, conservadores, saborizantes y solventes).

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales principalmente a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, además de aditivos y cosméticos que dan color, sabor o textura para intentar imitar a los alimentos. Tienen un elevado contenido en azúcares añadidos, grasa total, grasas saturadas y sodio, y un bajo contenido en proteína, fibra alimentaria, minerales y vitaminas, en comparación con los productos, platos y comidas sin procesar o mínimamente procesados.

Se entenderá por producto ultraprocesado que se les haya adicionado sal/sodio; aquellos a los que durante el proceso de elaboración se haya utilizado como ingrediente o aditivo cualquier sal o aditivo que contenga sodio o cualquier ingrediente que contenga sales de sodio agregadas.

Se entenderá por producto ultraprocesado que se les haya adicionado grasas; aquellos a los que durante el proceso de elaboración se haya utilizado como ingrediente grasas vegetales o animales, aceites vegetales parcialmente hidrogenados (manteca vegetal, crema vegetal o margarina) e ingredientes que los contengan agregados.

Se consideran azúcares añadidos los monosacáridos y/o disacáridos que se adicionan durante el procesamiento de alimentos o se empaquetan como tales, e incluyen aquellos contenidos en los jarabes, en los concentrados de jugos de frutas o vegetales.

Se entenderá por producto alimenticio procesado y/o ultraprocesado que se les haya adicionado azúcares, aquellos a los que durante el proceso de elaboración se les hayan añadido azúcares según la definición del inciso anterior.

- Las bebidas ultraprocesadas azucaradas, así como los concentrados, polvos y jarabes que, después de su mezcla o dilución permiten la obtención de bebidas azucaradas.

Se considera como bebida ultraprocesada azucarada la bebida líquida que no tenga un grado alcohólico volumétrico superior a cero coma cinco por ciento (0,5%) vol, y a la cual se le ha incorporado cualquier azúcar añadido.

En esta definición se incluyen bebidas gaseosas o carbonatadas, bebidas a base de malta, bebidas tipo té o café, bebidas a base de fruta en cualquier concentración, refrescos, zumos y néctares de fruta, bebidas energizantes, bebidas deportivas, refrescos, aguas saborizadas y mezclas en polvo.

Se consideran concentrados, polvos y Jarabes las esencias o extractos de sabores que permitan obtener bebidas saborizadas y los productos con o sin edulcorantes o saborizantes, naturales, artificiales o sintéticos, adicionados o no, de jugo, pulpa o néctar, de frutas, de verduras o legumbres y otros aditivos para alimentos, así como las mezclas a base de harina, fécula, extracto de malta y almidón.

Se consideran azúcares añadidos los monosacáridos y/o disacáridos que se adicionan durante el procesamiento de alimentos o se

empaquetan como tales, e incluyen aquellos contenidos en los jarabes, en los concentrados de jugos de frutas o vegetales. No se considera azúcar añadido los edulcorantes sin aporte calórico.

Artículo 3º. Cláusulas obligatorias para la vinculación de tiendas saludables en las IEO y CEO. En los contratos, convenios o cualquier acuerdo que celebren las IEO y los CEO para la administración, explotación económica, arriendo, utilización o cualquier otra figura que permita el uso de los espacios donde funcionen las cafeterías, restaurantes, comedores y en general tiendas escolares de las IEO y los CEO, incluirán en el clausulado la prohibición de vender, ofrecer o suministrar los alimentos y bebidas de que trata el artículo 2º de la presente ley, e incluirán los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, respecto a la implementación de las Tiendas Escolares Saludables.

Parágrafo primero. Las IEO deberán incluir en sus manuales de contratación lo previsto en este artículo.

Parágrafo segundo. En todo caso, en las cafeterías, restaurantes, comedores y en general tiendas escolares de las IEO y los CEO se entiende que queda prohibida la venta, oferta o suministro de los alimentos y bebidas de que trata el artículo 2º de la presente ley, aún cuando no medie contrato o la prestación del servicio se haga directamente por la IEO o el CEO.

Artículo 4º. Vigencia y Derogatoria. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



ALVARO LEONEL RUEDA CABALLERO
Representante a la Cámara por Santander.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 164 DE 2025
CÁMARA**

por medio del cual se dictan disposiciones en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales y Centro Educativos Oficiales, y se dictan otras disposiciones.

La presente exposición de motivos del proyecto de ley estará conformada por seis (6) apartes:

- 1. Objeto del Proyecto de Ley.**
- 2. Antecedentes y justificación del proyecto de Ley.**
- 3. Fundamentos Constitucionales y Legales del Proyecto de Ley.**
- 4. Impacto Fiscal**

5. Competencias del Congreso.

5.1. Constitucional

5.2. Legal

6. Conflicto de Intereses.

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El objeto del proyecto de ley es regular, por medio de la contratación estatal, los alimentos que consumen los estudiantes de las Instituciones Educativas, buscando que la alimentación saludable sea parte de los hábitos y estilos de vida generando así una reducción de los riesgos a la salud que implica el consumo constante de alimentos y bebidas ultraprocesadas.

Para lo anterior, se pretende desarrollar la Ley 2120 de 2021, con el fin de garantizar la materialización del principio de responsabilidad previsto en el numeral 1 del artículo 26 de la Ley 80 de 1993, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

2.1 ¿Qué son los productos ultraprocesados?

Se entienden como alimentos ultraprocesados, aquellos que han sido sometidos a un proceso de transformación intensivo, mediante técnicas y tecnologías avanzadas que modifican sus características originales.

Por lo general, estos productos ultraprocesados tienen un alto contenido de grasas saturadas, azúcares añadidos y sodio.

Según la USDA (U.S. Department of Agriculture), el procesado puede incluir la adición de otros ingredientes a los alimentos como conservantes, sabores, nutrientes y otros aditivos alimentarios o sustancias aprobadas para su uso en productos alimenticios, como sal, azúcares y grasas. El procesamiento de alimentos, incluida la adición de ingredientes, puede reducir, aumentar o dejar sin afectar las características nutricionales de los productos agrícolas crudos.¹

En atención a la necesidad de desarrollar el día a día de una forma más rápida y práctica, la sociedad ha estado en la búsqueda de agilizar procesos cotidianos que optimicen el tiempo e incluso que sean más económicos. Esto incluye la alimentación, pues se ha acudido a aquellos alimentos empaquetados y etiquetados como listos para consumir, o que solo se requiere calentarlos y servirlos.

La industrialización de la alimentación incluye hidrogenación, hidrólisis, extrusión, moldeado, modificación de la forma, procesamiento mediante fritura y horneado. Los agentes aromatizantes, colorantes, emulsionantes, humectantes, edulcorantes sin azúcar y otros aditivos cosméticos,

¹ Babio, N., Casas-Agustench, P., y Salas-Salvadó Jordy. (2020). ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS: Revisión crítica, limitaciones del concepto y posible uso en salud pública. (<https://infoalimentario.com/wp-content/uploads/2020/08/ultraprocesados-21-06.pdf>)

a menudo se agregan a estos productos para imitar las propiedades sensoriales de los alimentos sin procesar, o mínimamente procesados, y para enmascarar características indeseables del producto final²

En el año 2019, se llevó a cabo por parte de los Institutos Nacionales de Salud, un estudio sobre el impacto de los ultraprocesados en la salud. El estudio consistió en alimentar por dos semanas, a un grupo de adultos de peso normal con una dieta compuesta por alimentos reales y, por otras dos semanas, con una dieta compuesta por alimentos ultraprocesados.

El primer indicador que se obtuvo fue sobre el peso de los adultos: durante el periodo en el cual consumieron una dieta constituida por alimentos reales, se observó una pérdida promedio de peso de 0.9 kilogramos. Por otra parte, durante el periodo en el cual consumieron una dieta constituida por alimentos ultraprocesados, se observó un aumento promedio de peso de 0.9 kilogramos.

Los investigadores proporcionaron dos grupos de alimentos con la misma distribución de fibra, proteínas, carbohidratos, grasas y calorías totales, observando que todos los alimentos ultraprocesados poseen mayor densidad calórica que los alimentos reales³.

Posteriormente, se complementó este estudio con un conjunto de artículos publicados en la Revista Médica Británica, los cuales arrojaron una relación entre los alimentos ultraprocesados y las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad en general (Fiolet et al., 2018; Lawrence and Baker, 2019; Rico-Campà et al., 2019; Srour et al., 2019).

2.2 Ultraprocesados en las Américas.

La venta y consumo de este tipo de alimentos se ha disparado en el mundo, y desde los 90 se ha visto un crecimiento importante en América Latina y el caribe. En la actualidad, esta situación ha aumentado en los países que registran ingresos medios y bajos (Martínez Steele et al., 2016).

El alto consumo de estos alimentos, y en razón a sus ingredientes altos en sodio, azúcares y grasas saturadas ha implicado un aumento en las cifras de sobrepeso y de enfermedades. Adicionalmente, existen estudios que han asociado los alimentos ultraprocesados con una menor talla por edad (Pries et al., 2019).

En el mismo sentido, la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, ha dicho que el consumo habitual de productos procesados y ultraprocesados, ha hecho en las Américas, la región con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo. Así mismo, evidencia la prevalencia de enfermedades no

transmisibles (ENT) enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas.⁴

En el artículo “Alimentos ultraprocesados y su relación con la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles: una revisión sistemática”⁵, se revisa se publica el estudio llevado a cabo en 2021, que consistió en una revisión den diferentes artículos que tuvieran relación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer.

De la observación realizada, los resultados fueron los siguientes:

ESTUDIO OBSERVADO	EVALUACIÓN REALIZADA	RESULTADOS
Alimentos Ultra-procesados y Cáncer: En Francia se reclutaron 104.980 participantes mayores de 18 años, sin cáncer al momento del reclutamiento, de los cuales el 21,7% eran hombres y el 78,3% eran mujeres.	El estudio consistió en evaluar las posibles asociaciones entre el consumo de Alimentos Ultraprocesados y el riesgo de cáncer. Los sujetos con mayor ingesta de AUP eran más jóvenes, fumadores, con menor grado de educación, bajos antecedentes familiares de cáncer y menor actividad física	Durante el seguimiento se diagnosticaron 2.228 casos de cáncer. Se detectó que el aumento del 10% de AUP en la dieta, se asoció significativamente con un 12% de incremento en el riesgo de cáncer general, y de un 11% en el riesgo de cáncer de mama.
Alimentos Ultra-procesados y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): Se evaluaron dos metaanálisis que asociaron el riesgo de DM2	El primer metaanálisis analizó 17 estudios de cohorte prospectivo El segundo metaanálisis extrajo los datos de 9 cohortes que investigaron la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y el riesgo de DM2	Detectó que el consumo diario de 250 ml de bebidas azucaradas, se asoció positivamente con DM2 Demostró una clara asociación positiva entre el consumo de bebidas azucaradas y bebidas endulzadas artificialmente con la incidencia de DM2. Además, el riesgo de tener DM2 se incrementó en un 20% cuando el consumo diario fue de 330 ml

² Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. BMJ. 2018; 360: k

³ Popkin. B., P. 2020. El impacto de los alimentos ultraprocesados en la salud. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 34. Santiago de Chile. FAO.

⁴ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Recomendaciones de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) sobre Etiquetado Frontal de Alimentos. Recuperado el 05 de agosto de 2024 de <https://comisiones.senado.gob.mx/salud/docs/etiquetado/alimentos.pdf>

⁵ Cárcamo, D. Salazar, A. Cornejo, V. Andrews, M. Durán, S. y Leal-Wit, M.(2021). Alimentos ultraprocesados y su relación con la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles: una revisión sistemática. Revist Española de Nutrición Comunitaria. DOI: 10.14642/RENC.2021.27.3.5379

ESTUDIO OBSERVADO	EVALUACIÓN REALIZADA	RESULTADOS
Alimentos Ultra-procesados e Hipertensión: Se incluyeron 14.790 adultos graduados de la Universidad de Navarra, inicialmente sin HTA.	Durante un promedio de 9,1 años se hizo seguimiento a los adultos, y se presentaron 1.702 casos de HTA	Se demostró que el mayor consumo de AUP estaba asociado con un mayor riesgo de HTA. Los autores proponen que esto pudiese estar asociado a una mayor ingesta total de sodio, grasa saturada y azúcar, por el alto consumo de comida rápida, carnes procesadas, alimentos fritos y bebidas azucaradas que fue registrado.
Alimentos Ultra-procesados e Hipertensión: Lajous y Cols evaluó la relación entre HTA y el consumo de Carnes rojas procesadas y sin procesar en mujeres francesas.	Se reclutaron 44.616 mujeres sin HTA y se hizo seguimiento por aproximadamente 13.8 años. Se diagnosticaron 10.256 casos con HTA	Se evidenció que las mujeres que consumían semanalmente entre 5 o más de 5 porciones de 50g de carne roja procesada tuvieron una tasa de HTA 17% más alta que las mujeres que consumieron menos de una porción semanal. No se observó asociación entre el consumo de carne roja sin procesar e HTA

Tabla 1: construcción propia con datos tomados del artículo: “Alimentos ultraprocesados y su relación con la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles: una revisión sistemática”

2.3 Relación entre los Ultraprocesados y la Obesidad

Según cifras de la OMS (2024), para el año 2022, 2500 millones de adultos en el mundo tenían sobrepeso, de los cuales 890 millones eran obesos. Se estima que para 2022, 37 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso, y más de 390 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años tenían sobrepeso.

En razón a los anteriores datos, la OMS concluyó que la prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad) entre niños y adolescentes de 5 a 19 años ha aumentado en gran medida, si tenemos en cuenta que en 1990 ese porcentaje era del 8% y en 2022 es del 20%.

Las causas del sobrepeso se pueden asociar a diversos factores, siendo la malnutrición y el bajo consumo de alimentos reales, uno de esos factores sobresalientes en la raíz del problema. Los niños

“están expuestos a alimentos altos en grasas, azúcar y sal, alto contenido calórico y bajo contenido en micronutrientes, cuyo costo suele ser menor; así como la calidad de sus nutrientes. Estos hábitos alimenticios, junto con unos niveles más bajos de actividad física, provocan un aumento drástico de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de desnutrición siguen sin resolverse.”⁶

Según las cifras de la OMS, en 2019, se estableció una relación entre un IMC (Índice de Masa Corporal) superior al sugerido, y cinco millones de muertes por enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias crónicas o trastornos digestivos. Finalmente, asegura que “La obesidad en la infancia y la adolescencia tiene consecuencias psicosociales adversas; afecta al rendimiento escolar y a la calidad de vida, a lo que se añaden la estigmatización, la discriminación y la intimidación. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de ser adultos con obesidad y además corren un mayor riesgo de sufrir ENT en la edad adulta.”

Por su parte, Guarnizo (2022), encontró que diferentes estudios han demostrado una relación entre el consumo de productos ultraprocesados y el aumento en el riesgo de muerte prematura. Para Colombia, en 2017 las muertes relacionadas con la inadecuada nutrición, fue la segunda causa de muerte.⁷

2.4 Situación en Colombia

En Colombia contamos con un mecanismo que ha servido de ayuda en el diagnóstico de la situación nutricional y que se ha venido realizando desde el año 2005. Esta herramienta es la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN). Sin embargo, la última vez que se publicaron estos datos fue en el 2015.

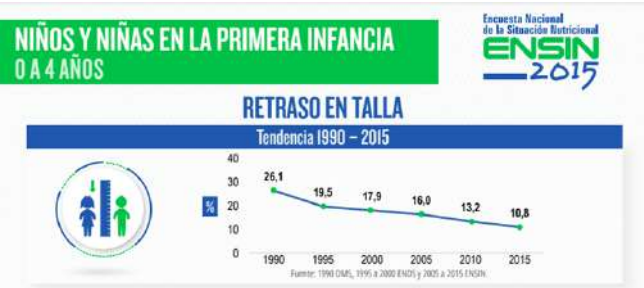
La ENSIN es desarrollada por el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Instituto Nacional de Salud. Los datos aquí obtenidos son clave en el momento de tomar decisiones, formular políticas públicas y poner en marcha estrategias, planes y proyectos que benefician a la población, de cara a los resultados arrojados por la encuesta.

Pese a lo desactualizada que está esa información, los resultados de la última encuesta aplicada, son preocupantes en materia de nutrición infantil.

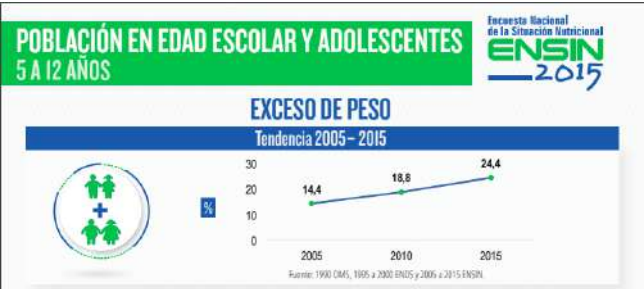
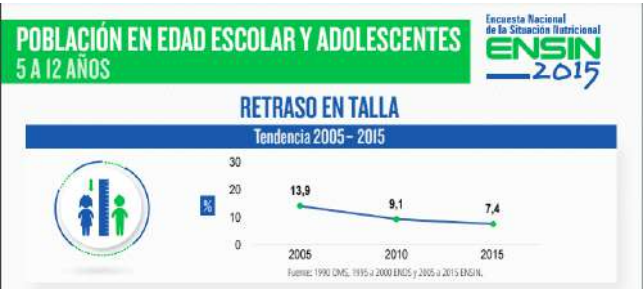
- Primera infancia, comprendida entre los 0 a 4 años, se evidencia que la desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad es del 10,8%, es decir, uno de cada diez niños en Colombia sufre desnutrición crónica; y el exceso de peso aumentó en 2010 del 4,9% al 6,8% en 2015.

⁶ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
⁷ Guarnizo, D. (2022) Revista Derecho Estado. No. 51. <https://doi.org/10.18601/01229893.n51.01>

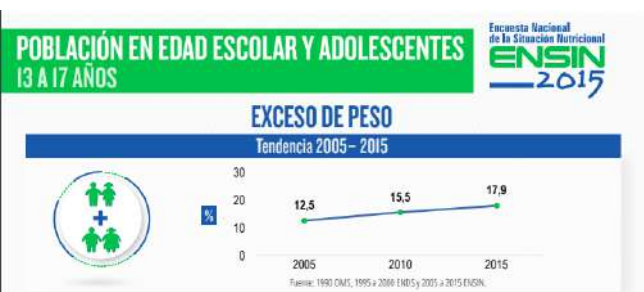
Así mismo, se evidencia que el 41% de niños entre los seis a veintitrés meses de edad amamantados y no amamantados tienen una dieta mínima aceptable.



- Menores en edad escolar, comprendida entre los 5 y los 17 años de edad, se evidencia que siete de cada 100 menores presentan desnutrición crónica, y en las comunidades indígenas esta cifra asciende a treinta de cada 100 menores. Mientras que el exceso de peso, en este rango de población, se incrementó de 18,8 % en 2010 a 24,4% en 2015.



- Adolescentes de 13 a 17 años, se evidencia que la desnutrición crónica es de uno de cada diez adolescentes del país, en las poblaciones indígenas representa el 36,5%, en los más pobres de la población es del 14,9% y en zonas rurales es del 15,7%. Así mismo, el 17,9% de los adolescentes presentan exceso de peso.



Los datos anteriormente expuestos indican la necesidad latente de una adecuada alimentación, desde la primera infancia, para generar conciencia a la hora de tomar decisiones frente a los alimentos que se consumen, así como el fomento de una cultura de alimentación saludable.

Adicionalmente, la Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) desarrolló una investigación sobre “Las buenas prácticas en programas de información y comunicación en educación alimentaria y nutricional”, dicho estudio incluye la población Colombiana, y evidenció que uno de los problemas comunes en el desarrollo de acciones educativas es la falta de apoyo político y de financiación para la realización de acciones efectivas.

Según la Observación General número 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

El derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Es también inseparable de la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas, en los planos nacional e internacional, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos.

- Enfermedades crónicas no transmisibles:

Acorde con el Boletín del Observatorio en Salud sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Colombia:

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación [...].

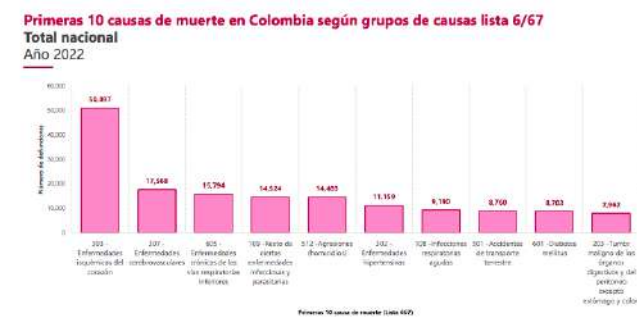
Los problemas principales (cardiopatía, episodios cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) son causados por factores de riesgo como la hipertensión, el azúcar sanguíneo elevado, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad, que a la vez son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol.

Debido a la problemática que implican las ECNT, el riesgo para la salud pública y el impacto en el sistema de salud, se han implementado algunas acciones, como las contenidas en:

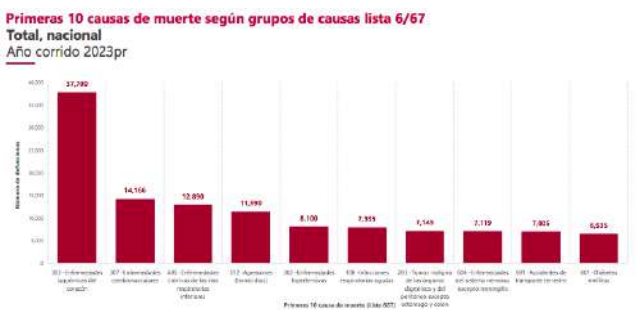
- Documento técnico de soporte para la reglamentación de tiendas escolares saludables.
- Ley 1355 de 2009, “por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”

- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Plan Nacional de Salud Pública
- Ley 2120 de 2021, “*por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir Enfermedades no Transmisibles y se adoptan otras disposiciones.*”

En Colombia, las enfermedades de tipo respiratorio, la hipertensión y las afecciones cardiacas, son unas de las principales causas de muerte durante el último año, tal y como lo muestran las estadísticas publicadas por el DANE, en el documento titulado “Estadísticas VITAE”⁸:



En el 2023, el DANE registró cifras muy similares a las del año inmediatamente anterior:



Las anteriores estadísticas demuestran que mejorar los hábitos alimenticios y estilos de vida que incluyan mayor actividad deportiva, podría causar impacto en la reducción de muertes por enfermedades relacionadas con la obesidad, hipertensión y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Así mismo, la pandemia del Covid-19 demostró que en el mundo, y, para el caso concreto, en Colombia, la preparación es vital. Es primordial que los sistemas de salud pública desarrollen acciones, programas y políticas de prevención, para así disminuir el impacto que generan las emergencias sanitarias.

2.5 Regulación

Es un deber del Estado, velar por el cumplimiento y protección de los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Las decisiones se deben tomar con información, y para ello es necesario educar al consumidor, desde la infancia, y en ese proceso educativo también influye el entorno físico y la infraestructura existente.

Por esta razón, la regulación Colombiana ha venido avanzando en estrategias y políticas públicas que lleven a la sociedad a llevar una vida más saludable, de manera más consciente y equilibrada.

En los entornos educativos se presentan esos espacios de formación en los cuales se adquiere el conocimiento y las herramientas para tomar las decisiones en un futuro.

En el marco de este avance normativo, nos encontramos con el Documento técnico de soporte para la reglamentación de tiendas escolares saludables, donde se define: “*Los entornos educativos saludables entonces son definidos como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa. contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al establecimiento educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia, su comunidad y su ambiente*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este documento, busca establecer algunos requisitos para la preparación, expendio o distribución de alimentos en las tiendas escolares. Esto con el fin de promover entornos que fomenten la alimentación saludable en las instituciones de educación preescolar, básica y media.⁹

Este documento sienta las bases para la implementación de un entorno saludable en las Instituciones Educativas del país. Sin embargo, a la fecha su implementación no ha sido eficiente ni efectiva y es por eso que deben tomarse medidas encaminadas al cumplimiento de la protección de los derechos de los NNA.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

Teniendo en cuenta los datos anteriormente expuestos, así como el avance en materia nacional e internacional frente a acciones que promuevan estilos de vida saludables, y teniendo presente las consecuencias negativas que conllevan para la salud de los colombianos los malos hábitos alimenticios, así como el sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, se hace necesaria la implementación del presente proyecto de ley, para fomentar desde los primeros años de la infancia una modificación de los estilos de vida tradicionales.

Los niños y niñas, como sujetos de especial protección constitucional, deben gozar a plenitud de todos sus derechos, por tanto, es deber del Estado y de la sociedad, en especial de los actores que intervienen en el proceso de formación, ejecutar

⁸ (DANE,2023) Estadísticas Vitales, Cifras de Defunciones. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/pres-EEVV-Defunciones-IIItrim2023.pdf>

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, 2019. Documento técnico de soporte para la reglamentación de tiendas escolares saludables.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/documento-tecnico-regalmentacion-tiendas-escolares.pdf>

acciones de promoción y prevención para fomentar en ellos interés por el autocuidado desde temprana edad y capacitarlos para que tomen decisiones informadas en torno a su alimentación que redunde en un mejor cuidado de la salud y bienestar.

Partiendo de las cifras de malnutrición en Colombia, acorde con la ENSIN 2015, se evidencia la presencia de factores de riesgo asociados al desarrollo de Enfermedades Crónicas no transmisibles que, según las estadísticas del DANE, son unas de las principales causas de mortalidad en Colombia. En este sentido, si desde la infancia los colombianos toman conciencia sobre la importancia del autocuidado en todos sus aspectos, y adoptan regímenes alimenticios más beneficiosos, estas cifras disminuiría impactando positivamente no solo el bienestar de los niños y niñas, sino al sistema de salud pública que se ve negativamente presionado debido a los malos hábitos alimenticios que mantiene la población en general; varias de las enfermedades de alto costo que saturan el sistema de salud reducirían su incidencia en la medida que los hábitos alimenticios de la sociedad mejoren.

Es primordial entonces la implementación de la Alimentación Saludable en todas las instituciones educativas del país, otorgándoles a los niños, niñas y adolescentes un entorno positivo, en la cual se les inculque hábitos saludables y su nutrición se base en alimentos reales que aporten a su crecimiento y desarrollo.

3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

- Constitución Política de Colombia: En pro de la consecución de los fines del Estado, la carta magna indica, en su artículo 44 que:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, **la salud** y la seguridad social, **la alimentación equilibrada**, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión [énfasis propio].

La protección al derecho fundamental a la salud y a la alimentación equilibrada de los NNA, así como la promoción de prácticas y acciones que conlleven al cumplimiento del mandato Constitucional, son uno de los principales motivos que tiene este proyecto de ley que busca, mediante la implementación de la Cátedra de Alimentación Saludable, brindar herramientas que permitan a los NNA la toma de decisiones en torno a hábitos de alimentación y nutrición saludables, previniendo factores de riesgo que puedan conllevar a dificultades en su estado de salud así como el de su entorno familiar y social.

- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONPES) 113-2008, reconoce la alimentación como un componente constitutivo del desarrollo humano y de la seguridad nacional.

Así mismo, en la conceptualización de la Seguridad Alimentaria, se apoya en diferentes dimensiones, dentro de las cuales se encuentra la dimensión de calidad de vida, y estableciendo que uno de los pilares fundamentales de esta la educación:

La dimensión de calidad de vida (bien – estar) o de los fines de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) se refiere a aquellos factores que inciden en la calidad de vida y tienen relación directa con la SAN. Los elementos fundamentales (no los únicos) en este punto son la conducta de las personas, las familias o las comunidades y los servicios públicos como la educación, la salud y el saneamiento básico. La conducta de las personas y la familia se ve reflejada en los hábitos de consumo y en los estilos de vida que, de alguna forma, determinan la posibilidad de convertir los alimentos de la canasta básica en alimentación adecuada.

Elementos como la educación, la salud, el acueducto y el alcantarillado, son determinantes en la dimensión de calidad de vida o de los fines de la SAN. Estos se constituyen en un puente fundamental para la promoción de estilos de vida saludable, de hábitos de consumo y de aprovechamiento biológico.

El CONPES reconoce la relación existente entre una adecuada alimentación y la calidad de vida de los ciudadanos colombianos.

- LEY 1098-2006 Código de Infancia y Adolescencia

Artículo 17: Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano

Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una **buena calidad de vida** y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad del ser humano. Este derecho supone la **generación de condiciones que les aseguren** desde la concepción cuidado, protección, **alimentación nutritiva y equilibrada**, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano [énfasis propio].

Se continúa dando relevancia a la relación entre una alimentación nutritiva y equilibrada con una buena calidad de vida. Al ser esta última un derecho reconocido por el código de infancia y adolescencia, es deber del Estado brindar las bases adecuadas a los NNA, y generar en ellos las condiciones y herramientas que les aseguren una vida digna, saludable, y con calidad.

Artículo 24:

Derecho a los alimentos. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante.

LEY 1355/2009 - *por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.*

Artículo 1º

Declárase. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

Al declarar la obesidad como una enfermedad de salud pública se evidencia el problema que se ha venido incrementando desde los años 80, y que se relaciona directamente con la aparición de diversas enfermedades, que pueden ser prevenibles si se implementan prácticas y acciones que conlleven al desarrollo de una cultura de estilos de vida saludable.

Se hace latente la necesidad de tomar acciones, más allá de las tradicionales, que den resultados positivos frente a la disminución de los desórdenes alimentarios que se producen desde muy temprana edad en los NNA.

Artículo 11

Parágrafo: Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

El desarrollo de hábitos saludables en NNA es responsabilidad de todos los actores que intervienen en el proceso de formación. Es responsabilidad de padres y cuidadores, del Estado y de las Instituciones educativas, ofrecer alternativas y espacios que creen experiencias amigables, facilitando a sus estudiantes la toma de decisiones frente a la implementación de hábitos saludables.

LEY 1751/2015 *por medio de la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*

Artículo 5º: Obligaciones del Estado, literal C.

Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

LEY 2120/2021 *por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones.*

Artículo 1º. Objeto. La presente ley adopta medidas efectivas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles, mediante el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre componentes de los alimentos a efectos de fomentar hábitos alimentarios saludables.

[...].

Artículo 3º. Definiciones. Para los efectos de la presente ley se entienden las siguientes definiciones:

Entorno Saludable: Los Entornos Saludables se entienden como el punto de encuentro y relación de los individuos donde se promueven referentes sociales y culturales que brindan parámetros de comportamiento para el fomento de acciones integrales de promoción de la salud y el bienestar.

Modos y condiciones de vida saludable: son un conjunto de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, que actúan de manera independiente. Se gestionan y promueven desde lo sectorial, transectorial y comunitario, para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable.

Alimentación saludable: Es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento. Se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes.

[...].

Hábitos y estilos de vida saludables: corresponde a los índices corporales adecuados (masa corporal, grasa, entre otros), la actividad física adecuada, la buena higiene personal y un ambiente limpio que influye en la salud humana. Adopta criterios relacionados con un peso corporal saludable asociado a los índices corporales adecuados y la mantención del balance energético, así como la obtención de un buen estado físico, realizando actividad física adecuada en forma regular. Incorpora criterios de protección contra los agentes que causan enfermedades.

[...]

Artículo 9º. Promoción de entornos saludables en espacios educativos públicos y privados. En el marco de la formulación y coordinación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional promoverá entornos saludables en los espacios educativos públicos y privados, para tal efecto:

1. Articulará acciones que propendan al acceso de la comunidad educativa a agua potable en las instituciones educativas del territorio nacional.

2. Fomentará y promoverá la alimentación saludable y balanceada; y el consumo de frutas, verduras y demás productos de producción local, en el entorno educativo.

3. Desarrollará y articulará acciones pedagógicas dirigidas a la comunidad escolar sobre la alimentación balanceada y saludable [énfasis propio].

4. Establecerá estrategias informativas, pedagógicas y campañas educativas sobre la lectura de etiquetado nutricional.

3.1. MARCO DE REFERENCIA INTERNACIONAL

• Declaración Universal de Derecho Humanos:

Artículo 24

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar, y en especial la alimentación**, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad [énfasis propio].

• Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un **nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación**, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. **Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho**, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento. (Negrilla fuera del texto).

2. **Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional**, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para: a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales [énfasis propio].

• Directrices Voluntarias Organización para las Naciones Unidas Para la Alimentación y la Agricultura (2004)

- Directriz número 10

10.1 En caso necesario, los Estados deberían tomar medidas para mantener, adaptar o fortalecer la diversidad de la alimentación y hábitos sanos de consumo y de preparación de los alimentos, así como las modalidades de alimentación, en particular la lactancia materna, asegurándose al mismo tiempo de que los cambios en la disponibilidad de alimentos y en el acceso a ellos no afecten negativamente a la composición de la dieta y la ingesta dietética.

10.2 Se alienta a los Estados a adoptar medidas, en particular mediante la educación, la información y la reglamentación sobre el etiquetado, destinadas a evitar el consumo excesivo y no equilibrado de alimentos, que puede conducir

a la malnutrición, a la obesidad y a enfermedades degenerativas.

10.9 Los Estados deberían reconocer que la alimentación es una parte vital de la cultura de una persona y se les alienta a tener en cuenta las prácticas, costumbres y tradiciones de las personas en relación con la alimentación.

10.10 Se recuerda a los Estados los valores culturales de los hábitos dietéticos y alimentarios en las diferentes culturas; los Estados deberían establecer métodos para promover la inocuidad de los alimentos, una ingesta nutricional positiva, incluido un reparto justo de los alimentos en el seno de las comunidades y los hogares, con especial hincapié en las necesidades y los derechos de las niñas y los niños, de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes, en todas las culturas.

- Directriz número 11

11.5 Los Estados deberían proporcionar información a los ciudadanos con objeto de fortalecer su capacidad para participar en las decisiones sobre las políticas relacionadas con la alimentación que les puedan afectar y para impugnar las decisiones que amenacen sus derechos.

11.7 Los Estados deberían promover o integrar en los programas escolares la educación sobre los derechos humanos, incluidos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y, en especial, la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada.

3.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (2015)

En el 2015, los líderes mundiales adoptaron una nueva agenda de desarrollo sostenible, con el fin de erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar prosperidad para todos, cumpliendo con los 17 objetivos establecidos.

Frente a la meta de mejorar la nutrición en el mundo, resaltan dos objetivos:

- 2. Hambre cero
- 3. Salud y bienestar

4. IMPACTO FISCAL

La Ley 819 de 2003 “*por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*”, en el artículo 7° establece:

“**Artículo 7°. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberán contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces.”

De esta manera, la Corte Constitucional expresó en la Sentencia C-911 de 2007, bajo la ponencia del Magistrado Jaime Araujo Rentería, que el análisis del impacto fiscal de un proyecto de ley no debe ser visto como un impedimento insuperable para la labor legislativa. Es el Ministerio de Hacienda, como entidad competente y dotada de las herramientas necesarias, quien debe llevar a cabo estos estudios para complementar las exposiciones de motivos de las iniciativas legislativas, actuando como una entidad de apoyo.

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

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-866 de 2020, con ponencia del Magistrado Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, ha delineado las subreglas para el análisis del impacto fiscal de las iniciativas legislativas así:

“En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y

la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los Congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica”. (Subrayado y negrilla propio).

Durante el trámite legislativo, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público puede decidir deliberadamente si es necesario o no realizar un estudio del impacto fiscal de las normas en proceso. Sin embargo, la falta de un pronunciamiento al respecto no impide una posible declaración de inconstitucionalidad en el futuro.

La Corte Constitucional en Sentencia C-110 de 2019, con Magistrado Ponente Alejandro Linares Cantillo, reiteró que la responsabilidad principal de realizar el estudio del impacto fiscal de una norma recae en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, debido a su conocimiento técnico y su rol principal como ejecutor del gasto público.

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

Lo anterior ha sido confirmado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia reciente. Por ejemplo, en la Sentencia C-520 de 2019, con la Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger, se señaló que el análisis de impacto fiscal en el trámite legislativo ha flexibilizado las obligaciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, con el fin de evitar que se convierta en una barrera formal que limite desproporcionadamente la actividad del legislador, tal como se consideró a continuación:

“La jurisprudencia de esta Corporación ha flexibilizado las obligaciones que surgen de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, de forma que no se transforme en una barrera formal que contrarie o limite de desproporcionadamente la actividad del legislador, dicha flexibilización no puede interpretarse como una autorización para que el legislador o el gobierno puedan eximirse de cumplir con lo dispuesto en la Ley Orgánica del Presupuesto”

Finalmente, la misma sentencia fija las subreglas constitucionales:

“(i.) Verificar si la norma examinada ordena un gasto o establece un beneficio tributario, o si simplemente autoriza al Gobierno nacional a incluir un gasto, pues en este último caso no se hace exigible lo dispuesto en la Ley Orgánica de Presupuesto;

(ii.) Comprobar si efectivamente, en las exposiciones de motivos de los proyectos y en las ponencias para debate se incluyeron expresamente informes y análisis sobre los efectos fiscales de las medidas y se previó, al menos someramente, la fuente de ingreso adicional para cubrir los mencionados costos;

(iii.) Establecer si el Ministerio de Hacienda rindió concepto acerca de los costos fiscales que se han estimado para cada una de las iniciativas legislativas bajo el entendido de que la no presentación del concepto no constituye un veto a la actividad del legislador;

(iv.) En caso de que el Ministerio de Hacienda haya rendido concepto, revisar que el mismo haya sido valorado y analizado en el Congreso de la República, aunque no necesariamente acogido.

(v.) Analizar la proporcionalidad de la exigencia en cuanto a la evaluación del impacto fiscal de las medidas, tomando en consideración el objeto regulado y la naturaleza de la norma, a fin de ponderar la racionalidad fiscal que implica la evaluación de impacto, frente al ámbito de configuración que tiene el legislador según se trate de cada medida en particular”

Ahora bien, se considera que el presente proyecto de ley no constituye impacto fiscal pues no implica la ordenación de gastos ni la generación de beneficios tributarios.

5. COMPETENCIAS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

• Constitucional:

“**Artículo 114.** Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las

leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.

El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes”.

“**Artículo 150.** Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

Interpretar, reformar y derogar las leyes.

• Legal

LEY 5ª DE 1992. “por la cual se expide el reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes.”

“**Artículo 6º. CLASES DE FUNCIONES DEL CONGRESO.** El Congreso de la República cumple:

(...)

2. *Función legislativa, para elaborar, interpretar, reformar y derogar las leyes y códigos en todos los ramos de la legislación.*

Artículo 139. PRESENTACIÓN DE PROYECTOS. Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus Plenarias.

Artículo 140. INICIATIVA LEGISLATIVA. Pueden presentar proyectos de ley:

1. *Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.”*

6. CONFLICTO DE INTERESES

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Se estima que la discusión y aprobación del presente proyecto de ley no genera conflictos de interés en razón de beneficios particulares, actuales y directos a los Congresistas conforme a lo dispuesto en la ley.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019):

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el Congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del Congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5ª de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019:

“Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del Congresista.

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

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

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.”*

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

Del honorable Congresista,


ALVARO LEONEL RUEDA CABALLERO
Representante a la Cámara por Santander.

El día 4 de agosto del año 2025

Se afijo presentado en este despacho el

proyecto de ley Acto Legislativo

164 Con su correspondiente

Exposición de Motivos, suscrito Por:

HR Alvaro Leonel Rueda

SECRETARIO GENERAL

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., julio de 2024.

Doctor:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General.

Cámara de Representantes.

La ciudad.

Asunto. Radicación de 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.

Respetado Secretario,

En virtud de nuestras facultades legales y Constitucionales como Representantes a la Cámara, y en ejercicio de las atribuciones consagradas en el artículo 154 de la Constitución de Colombia, así como lo establecido en el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992 y las modificaciones del artículo 13 de la Ley 974 de 2005, radicamos ante la Secretaría General de la honorable Cámara de Representantes el 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.

La presente iniciativa congresional está compuesta por:

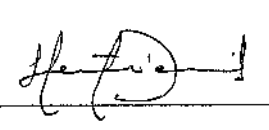
- 1. Articulado.
- 2. Exposición de motivos

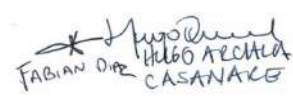
Adjunto original y tres (3) copias del documento.

Atentamente;

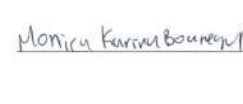
Atentamente:

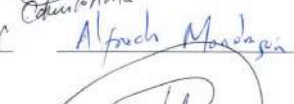
ÓSCAR SANCHEZ LEÓN
Representante a la Cámara por el departamento de Cundinamarca

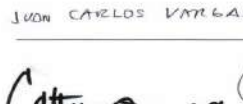


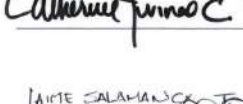

FABIAN DIEZ CASANAVE

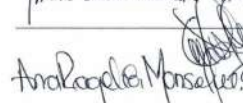

Alvaro Lopez

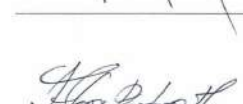

Monica Karina Bouneque

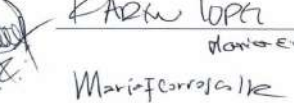

Alfonso Masadaya

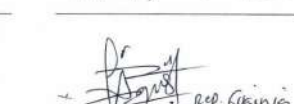

JUAN CARLOS VARGAS

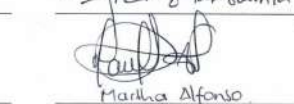

Catharina Pinao


JAIME SALAMANCA


Andropele Monsalvo


KAREN LOPEZ


MARIA EUGENIA IONA


Maria Corroja


Maria Alfonso

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 de 9 a 17 años y niños de 9 a 14 años en Colombia, de conformidad con lo dispuesto en dicha resolución.

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 la 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 muertes 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 la 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 aproximado 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 suministrado 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

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

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).**

VI. CONFLICTO DE INTERESES.

De conformidad con lo precitado en el artículo 3º 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 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

El artículo 286 de la Ley 5ª 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 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.

Atentamente:


 OSCAR SANCHEZ LEON
 Representante a la Cámara por el
 departamento de Cundinamarca


 FABIAN DIAZ

Monica Kern Bauninger

Alfredo Mondragon

JUAN CARLOS VARGAS

Catherine Furrow C.


 CAROLINA
 Maria Florencia

AMR BAIL SALMANA

María Florencia

Analogous to $\frac{1}{2} \log 2$

[Handwritten signature]

Rep. Guaino

Martha Alfonso

Concilio A

Alexandra Cárquez

Hugo Alberto
CAGANALE

~~_____~~

Kona signu

El día 4 de Agosto del año 2025
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley ✓ Acto Legislativo
No. 165 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito por:
H. Oscar Sánchez León y otros
[Signature]
SECRETARIO GENERAL

CONTENIDO

Gaceta número 1408 - Jueves, 14 de agosto de 2025

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

Págs.

Proyecto de Ley número 164 de 2025 Cámara, por medio del cual se dictan disposiciones en materia de contratación estatal para la alimentación saludable en las Instituciones Educativas Oficiales y Centro Educativos Oficiales, y se dictan otras disposiciones

1

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.....

13