REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - Nº 1367 Bogotá, D. C., miércoles, 23 de septiembre de 2026 EDICIÓN DE 21 PÁGINAS

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 141 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se adiciona el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, se crea la modalidad de acogimiento familiar solidario en salud para personas habitantes de la calle como beneficiarias adicionales del régimen contributivo y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 27 de julio de 2026

Doctor

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Secretario General

Honorable Cámara de Representantes Ciudad

Ref: Radicación Proyecto de Ley

En mi condición de miembro del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en la Constitución Política de Colombia y en la Ley 5ª de 1992, por su digno conducto me permito poner a consideración de la Honorable Cámara de Representantes el siguiente proyecto de ley, *por medio de la cual se adiciona el articulo 163 de la Ley 100 de 1993, se crea la modalidad de acogimiento familiar solidario en salud para personas habitantes de la calle como beneficiarias adicionales del régimen contributivo y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,



PROYECTO DE LEY NÚMERO 141 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se adiciona el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, se crea la modalidad de acogimiento familiar solidario en salud para personas habitantes de la calle como beneficiarias adicionales del régimen contributivo y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. ***Objeto.*** La presente ley tiene por objeto crear una modalidad especial, voluntaria y exclusivamente sanitaria que permita a las personas mayores de edad habitantes de la calle, sin capacidad de pago, ser inscritas en la entidad promotora de salud del régimen contributivo de un familiar cotizante, como beneficiarias adicionales solidarias, sin sustituir, desplazar, excluir ni afectar a los beneficiarios ordinarios del núcleo familiar y sin generar pagos adicionales a cargo del cotizante.

Artículo 2°. ***Acogimiento familiar solidario en salud.*** Para efectos de la presente ley, el acogimiento familiar solidario en salud es la manifestación libre, expresa, informada y concurrente mediante la cual un afiliado cotizante solicita la inscripción en su entidad promotora de salud de un familiar mayor de edad habitante de la calle, sin capacidad de pago, bajo la categoría de beneficiario adicional solidario.

Esta modalidad produce efectos únicamente en la afiliación, la administración del riesgo y la cobertura en salud. No exige convivencia, cambio

de domicilio, alojamiento, custodia, representación legal, obligación alimentaria adicional, rehabilitación, internación, administración de bienes ni incorporación física de la persona al hogar del cotizante.

La expresión persona habitante de la calle se entenderá en los términos de la Ley 1641 de 2013 y del alcance fijado por la Sentencia C-385 de 2014. La existencia o conservación de vínculos familiares no excluye dicha condición.

Artículo 3°. Adiciónense un literal j) y los parágrafos 3°, 4°, 5° y 6° al artículo 163 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 218 de la Ley 1753 de 2015, así:

“j) De manera adicional y sin sustituir o excluir a las personas señaladas en los literales a) a i) del presente artículo, las personas mayores de edad habitantes de la calle que carezcan de capacidad de pago y sean familiares del afiliado cotizante hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, siempre que medien la solicitud del cotizante y el consentimiento libre, expreso e informado de la persona que será inscrita”.

“Parágrafo 3°. Las personas inscritas conforme al literal j) tendrán la calidad de beneficiarios adicionales solidarios. Su inscripción será independiente del número y de la clase de beneficiarios que ya integren el núcleo familiar del cotizante, no alterará la permanencia de estos y no obligará al cotizante a escoger, retirar, sustituir o excluir a ninguno de ellos”.

“Parágrafo 4°. La inclusión de la persona en el listado censal de población habitante de la calle o la certificación expedida por la entidad territorial competente acreditará, para los exclusivos efectos de esta modalidad, la condición de habitabilidad en calle y la falta de capacidad de pago. No se exigirá dependencia económica respecto del cotizante, convivencia, domicilio común, declaración de manutención integral ni evaluación de las condiciones de vivienda del cotizante”.

“Parágrafo 5°. Por cada beneficiario adicional solidario la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) reconocerá una única Unidad de Pago por Capitación, equivalente a la que le habría correspondido a la persona en el régimen subsidiado, incluidos los ajustes aplicables conforme a la regulación vigente. El reconocimiento conservará la misma fuente pública de financiación del aseguramiento subsidiado, se identificará de manera diferenciada y no dará lugar al reconocimiento de una UPC contributiva, un diferencial entre regímenes ni una UPC concurrente o duplicada”.

“Parágrafo 6°. La inscripción del beneficiario adicional solidario no estará sujeta al pago, por parte del cotizante, de cotización adicional, Unidad de Pago por Capitación adicional, *per cápita* de promoción y prevención, valor de solidaridad ni cualquier otro pago previsto para los afiliados adicionales. Esta categoría no causará prestaciones económicas por incapacidad ni licencias”.

Artículo 4°. ***Carácter complementario.*** La modalidad de acogimiento familiar solidario en salud es complementaria de la afiliación universal, de la afiliación de oficio, de la movilidad entre regímenes y de las obligaciones de búsqueda activa a cargo de las entidades territoriales. Su creación no restringe el derecho de las personas habitantes de la calle a ser afiliadas al régimen subsidiado ni releva a las autoridades de las obligaciones vigentes para garantizar su aseguramiento.

Artículo 5°. ***Requisitos***. Para la inscripción como beneficiario adicional solidario deberán acreditarse los siguientes requisitos:

1. Ser una persona mayor de dieciocho (18) años habitante de la calle y carecer de capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo.

2. Tener con el afiliado cotizante parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

3. Que el familiar solicitante tenga afiliación vigente como cotizante al régimen contributivo.

4. Contar con la solicitud del cotizante y con el consentimiento libre, expreso e informado de la persona que será inscrita. Cuando esta requiera apoyos para manifestar su voluntad, se aplicarán las normas vigentes sobre capacidad legal y apoyos.

5. No reunir simultáneamente las condiciones para ser cotizante ni pertenecer a un régimen especial o de excepción. Si la persona tiene derecho a ser beneficiaria ordinaria del artículo 163 de la Ley 100 de 1993, se aplicará la categoría ordinaria que resulte más favorable.

Artículo 6°. ***Acreditación de las condiciones.*** La condición de persona habitante de la calle y la falta de capacidad de pago se verificarán mediante el listado censal elaborado por la alcaldía municipal o distrital o mediante certificación gratuita de la entidad territorial competente. La prueba del parentesco se efectuará mediante registro civil u otro documento legalmente idóneo, de acuerdo con las reglas generales de afiliación.

La ausencia inicial de documento de identificación no podrá convertirse en una barrera definitiva. La entidad territorial activará la ruta ante la Registraduría Nacional del Estado Civil y mantendrá la afiliación de oficio o la cobertura que corresponda mientras se completa la identificación requerida para el registro de la nueva modalidad.

Las entidades promotoras de salud no podrán exigir documentos, declaraciones o trámites adicionales a los previstos en esta ley y en su reglamentación.

Artículo 7°. ***Procedimiento de inscripción.*** La solicitud podrá presentarse mediante el Sistema de Afiliación Transaccional o directamente ante la entidad promotora de salud del cotizante. Verificados la condición de elegibilidad, el parentesco y los consentimientos, la entidad promotora de salud efectuará la inscripción en el término que establezca el Gobierno nacional, el cual no podrá exceder de cinco (5) días hábiles, y reportará la novedad a la Adres y a la entidad territorial competente.

Cuando la persona se encuentre previamente afiliada al régimen subsidiado, no se le exigirá gestionar su retiro. La terminación del reconocimiento anterior y la activación de la modalidad solidaria deberán efectuarse de manera coordinada, sin solución de continuidad y sin doble afiliación o doble reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación.

La entidad promotora de salud no podrá imponer periodos de carencia, estudios de salud, restricciones por preexistencias, pago de UPC adicional por el cotizante ni requisitos relacionados con convivencia, alojamiento o manutención.

Artículo 8°. ***Cobertura y efectos***. El beneficiario adicional solidario tendrá derecho a los servicios y tecnologías financiados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las reglas vigentes. La modalidad no crea un plan de beneficios distinto, superior o adicional y no modifica las prestaciones sanitarias que el Estado debe garantizar a todas las personas afiliadas.

La afiliación no convierte al cotizante en representante legal, cuidador, guardador, custodio, responsable de las decisiones clínicas ni obligado a asumir vivienda, alimentación, tratamientos o deudas del beneficiario adicional solidario.

Artículo 9°. ***Financiación y neutralidad fiscal por UPC***. La modalidad se financiará con los recursos que ya corresponden al aseguramiento en salud de la persona habitante de la calle dentro del régimen subsidiado. La Adres reconocerá una sola UPC, por el mismo valor y con cargo a la misma fuente que habría financiado su afiliación subsidiada. En ningún caso la adscripción al núcleo familiar contributivo generará una UPC contributiva, un diferencial a cargo del Presupuesto General de la Nación ni un pago adicional a cargo del cotizante.

Los ajustes del Sistema de Afiliación Transaccional, la Base de Datos Única de Afiliados y los procesos de reconocimiento y giro serán atendidos por las entidades competentes dentro de sus funciones y apropiaciones vigentes, sin crear fondos, subsidios, estructuras administrativas ni beneficios económicos nuevos.

Artículo 10. ***Continuidad y terminación de la modalidad.*** La inscripción se mantendrá mientras subsistan la condición de persona habitante de la calle, la falta de capacidad de pago, la calidad de cotizante del familiar y los consentimientos requeridos. La adquisición de capacidad de pago dará lugar a la afiliación como cotizante. La pérdida de la calidad de cotizante del familiar, la revocatoria del consentimiento de cualquiera de las partes o la desaparición de las condiciones de elegibilidad dará lugar a la categoría de afiliación que corresponda.

Si al terminar la modalidad la persona continúa sin capacidad de pago, la entidad territorial gestionará de oficio su inscripción o continuidad en el régimen subsidiado. En ningún caso la transición podrá interrumpir tratamientos en curso, generar pérdida temporal del aseguramiento o afectar la atención de urgencias.

Artículo 11. ***Información, interoperabilidad y protección de datos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, la Adres, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud adoptarán mecanismos interoperables para validar la elegibilidad, evitar multiafiliación y doble reconocimiento de UPC y garantizar la trazabilidad de las transiciones.

La información sobre habitabilidad en calle, salud y capacidad de pago será tratada conforme a la Ley 1581 de 2012 y solo podrá utilizarse para la afiliación, el aseguramiento, la auditoría, la continuidad de la cobertura y el seguimiento agregado de la modalidad. No se creará un registro público nominal de beneficiarios.

Artículo 12. ***Seguimiento.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Adres publicarán anualmente información agregada y anonimizada sobre solicitudes, afiliaciones efectivas, continuidad, transiciones entre regímenes, negaciones y UPC reconocidas en esta modalidad. El informe será remitido a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.

Artículo 13. ***Reglamentación.*** El Gobierno nacional reglamentará la presente ley mentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación. La reglamentación definirá el código especial de afiliación, el flujo de información y recursos, la coordinación entre el régimen subsidiado y la entidad promotora de salud del cotizante, la forma de acreditar y renovar las condiciones de elegibilidad y las salvaguardas para impedir cobros al cotizante, doble afiliación y doble pago.

Artículo 14. ***Vigencia***. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Congresistas,




El día 29 de Julio 2026
Ha sido pr... despacho el
Proyecto de Ley X
No. 141
...diente
Exposición de Mot...
HR. ARCELY
ALVARADO PATIÑO
SEC...

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente exposición de motivos está compuesta por catorce (14) apartes:

1. Objeto y alcance exclusivamente sanitario
2. Personas objeto del proyecto
3. Punto de partida: la afiliación universal ya existe
4. Problema jurídico específico
5. Justificación social y sanitaria
6. Solución legislativa y elementos centrales
7. Marco constitucional y normativo
8. Competencia legislativa, naturaleza y comisión
9. Análisis de impacto fiscal
10. Contenido del proyecto
11. Conflictos de interés
12. Conclusión
13. Pliego de modificaciones
14. Referencias

1. OBJETO Y ALCANCE EXCLUSIVAMENTE SANITARIO

La iniciativa tiene un propósito concreto: permitir que una persona mayor de edad habitante de la calle, sin capacidad de pago, pueda ser inscrita en la entidad promotora de salud de un familiar cotizante como beneficiaria adicional solidaria del régimen contributivo. Esta inscripción se suma a los beneficiarios ordinarios del núcleo familiar y, por tanto, no obliga al cotizante a retirar, reemplazar o escoger entre su cónyuge, compañero o compañera permanente, hijos, pAdres, menores en custodia u otros beneficiarios reconocidos por el artículo 163 de la Ley 100 de 1993.

El concepto de acogimiento utilizado por el Proyecto se limita a la afiliación en salud. No es un programa de alojamiento, Convivencia, custodia, rehabilitación, reintegración familiar, asistencia económica ni cuidado personal. El familiar cotizante presta su consentimiento para que la persona sea adscrita administrativamente a su entidad promotora de salud, pero no adquiere por ello obligaciones civiles, alimentarias, patrimoniales o de representación distintas de las que ya puedan existir por mandato de la ley.

2. PERSONAS OBJETO DEL PROYECTO

La población destinataria está expresamente delimitada: personas mayores de dieciocho años que hagan de la calle su lugar de habitación permanente o transitoria, conforme a la Ley 1641 de 2013; carezcan de capacidad de pago para cotizar; conserven un vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con un cotizante del régimen contributivo; y manifiesten libremente su consentimiento para la inscripción.

La Sentencia C-385 de 2014 declaró inexequible la exigencia según la cual una persona habitante de la calle debía haber roto sus vínculos familiares. Por ello, la existencia de un familiar dispuesto a facilitar su afiliación no desvirtúa la condición de habitabilidad en calle. La iniciativa parte precisamente de que esos vínculos pueden conservarse y expresarse mediante apoyos concretos, aun cuando no exista convivencia.

3. PUNTO DE PARTIDA: LA AFILIACIÓN UNIVERSAL YA EXISTE

El proyecto no parte de la idea de que las personas habitantes de la calle carezcan hoy de un derecho de afiliación. El artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 estableció la universalización del aseguramiento y ordenó que todas las personas residentes en el país sean afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Decreto número 780 de 2016 reconoce como afiliadas al régimen subsidiado a las personas sin capacidad de pago y a las poblaciones identificadas mediante listados censales; incluye expresamente a la población habitante de la calle y atribuye a las alcaldías municipales y distritales la elaboración del respectivo listado.

La regulación también obliga a las entidades territoriales a buscar continuamente a la población no afiliada, gestionar su incorporación y realizar la afiliación de oficio cuando se cumplan las condiciones. En consecuencia, la persona habitante de la calle sin capacidad de pago ya cuenta jurídicamente con una ruta de afiliación al régimen subsidiado y con una UPC financiada con recursos públicos. La iniciativa no sustituye esa obligación, no reduce su alcance y no convierte la solidaridad familiar en requisito para recibir atención.

4. PROBLEMA JURÍDICO ESPECÍFICO

La dificultad que se pretende resolver no es la inexistencia del aseguramiento universal, sino la ausencia de una modalidad gratuita que permita vincular a la entidad promotora de salud de un familiar cotizante a una persona habitante de la calle que no reúne las condiciones ordinarias para integrar su núcleo familiar. El artículo 163 de la Ley 100 de 1993 enumera de manera taxativa los beneficiarios

del régimen contributivo y la reglamentación vigente solo permite incorporar a otros parientes como afiliados adicionales cuando el cotizante paga la UPC correspondiente, el per cápita de promoción y prevención y un valor de solidaridad.

Ese mecanismo no responde al objeto de este proyecto. La persona habitante de la calle carece de capacidad de pago y el familiar puede estar dispuesto a facilitar su afiliación, pero no a asumir mensualmente el costo de un afiliado adicional. La consecuencia es una brecha normativa: existe financiación pública para que la persona permanezca en el régimen subsidiado, pero esa misma financiación no puede acompañarla cuando, por decisión voluntaria de ambas partes, se pretende adscribirla a la EPS del familiar cotizante.

La categoría de beneficiario adicional solidario cierra esa brecha. El familiar cotizante no se convierte en pagador del aseguramiento; la Adres continúa financiando una única UPC con recursos públicos y la EPS del cotizante asume la administración del riesgo y el pago de los servicios a su red. Así, el cambio es de adscripción administrativa y de entidad responsable del aseguramiento, no de derecho, plan de beneficios ni monto público reconocido por persona.

5. JUSTIFICACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

El Censo de Habitantes de la Calle de 2021 contó 6.248 personas en el operativo adelantado en 444 municipios; el 87,6 % eran hombres y el 12,4 % mujeres. Estas cifras corresponden a esa fase censal y no deben presentarse como un total nacional acumulado. Su relevancia para el proyecto radica en mostrar que se trata de una población identificable por los instrumentos territoriales que ya utiliza el aseguramiento subsidiado.

La medida no presume que el régimen contributivo otorgue un plan de beneficios superior al subsidiado. El derecho fundamental a la salud, la universalidad, la continuidad y la igualdad en el acceso deben garantizarse en ambos regímenes. El valor añadido de la iniciativa consiste en habilitar una alternativa familiar voluntaria que hoy no existe sin pago adicional, facilitar la identificación de una EPS responsable y reducir barreras administrativas en las transiciones, sin debilitar la afiliación subsidiada.

Los efectos esperados de la reforma son:

- Habilitar una opción adicional de afiliación para personas habitantes de la calle que conservan vínculos familiares;

- Eliminar el pago de UPC adicional como barrera para que el familiar cotizante manifieste su solidaridad;

- Proteger de manera expresa a todos los beneficiarios actuales del núcleo familiar;

- Conservar una única fuente pública de financiación y evitar el doble reconocimiento de UPC;

- Garantizar continuidad durante el paso entre la afiliación subsidiada y la modalidad solidaria; y

- Asegurar el retorno automático al régimen subsidiado cuando finalice la modalidad y la persona continúe sin capacidad de pago.

6. SOLUCIÓN LEGISLATIVA Y ELEMENTOS CENTRALES

La reforma adiciona el literal j) al artículo 163 de la Ley 100 de 1993 y crea una categoría distinta del afiliado adicional regulado por el Decreto número 780 de 2016. Sus características son las siguientes:

- Es adicional y no excluyente respecto de los beneficiarios ordinarios;

- Se limita a personas mayores de edad habitantes de la calle sin capacidad de pago;

- Exige vínculo familiar verificable y consentimiento de las dos personas involucradas;

- No exige convivencia, dependencia económica respecto del cotizante, custodia ni manutención;

- No impone cotización, UPC adicional, per cápita de promoción y prevención ni valor de solidaridad al cotizante;

- Reconoce una sola UPC equivalente a la que habría correspondido en el régimen subsidiado;

- No genera prestaciones económicas; y

- Asegura continuidad y trazabilidad en las transiciones.

7. MARCO CONSTITUCIONAL Y NORMATIVO

La propuesta se apoya en los mandatos de igualdad material, seguridad social y salud, así como en las reglas vigentes de universalización, afiliación de oficio y protección especial de las personas habitantes de la calle.

NORMA	INCIDENCIA EN EL PROYECTO
Constitución Política, artículos 13, 48 y 49	Ordena protección reforzada, seguridad social y acceso a la salud bajo dirección del Estado.
Ley 100 de 1993, artículo 163	Define el núcleo familiar contributivo y es la disposición que se adiciona.
Ley 1438 de 2011, artículo 32	Establece la universalización del aseguramiento y la afiliación de todas las personas residentes.
Ley 1751 de 2015	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo y exige acceso oportuno, continuo y sin discriminación.
Ley 1641 de 2013	Define a la persona habitante de la calle y fija el marco de la política pública social.
Sentencia C-385 de 2014	Aclara que la conservación de vínculos familiares no excluye la condición de habitabilidad en calle.

Decreto número 780 de 2016	Regula SAT, afiliación subsidiada, listados censales, búsqueda activa, movilidad y afiliados adicionales.
Decretos números 64 de 2020 y 616 de 2022	Fortalecen la afiliación de oficio y los mecanismos de universalización del aseguramiento.
Decreto número 1285 de 2022	Adopta la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022-2031.
Ley 819 de 2003, artículo 7°	Exige hacer explícito el análisis de impacto fiscal cuando una iniciativa ordena gasto.

8. COMPETENCIA LEGISLATIVA, NATURALEZA Y COMISIÓN

La iniciativa puede tramitarse mediante ley ordinaria, pues desarrolla reglas de afiliación y composición del núcleo familiar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin reformar el núcleo esencial de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. De conformidad con la Ley 3ª de 1992, su primer debate corresponde a la Comisión Séptima Constitucional Permanente por tratarse de asuntos de seguridad social y salud.

El proyecto no crea una nueva entidad, fondo, subsidio o estructura administrativa. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Adres conservan sus competencias de regulación, administración de información y reconocimiento de recursos. La reglamentación se concentra en desarrollar el código de afiliación, el flujo de datos y la transición financiera necesaria para ejecutar la nueva categoría legal.

9. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL

La iniciativa no crea una nueva obligación de aseguramiento ni una nueva población a cargo del Estado. Las personas habitantes de la calle sin capacidad de pago ya son destinatarias de la afiliación universal, pueden ser identificadas mediante listado censal y deben ser afiliadas al régimen subsidiado, incluso de oficio. Por consiguiente, el Estado ya tiene la obligación jurídica de financiar su aseguramiento mediante la UPC correspondiente al régimen subsidiado.

El proyecto conserva exactamente esa obligación financiera. La adscripción del beneficiario adicional solidario a la EPS del familiar cotizante no genera una UPC contributiva ni un diferencial entre regímenes. La Adres reconoce una única UPC, por el mismo valor y con cargo a la misma fuente pública que habría financiado a la persona en el régimen subsidiado. Tampoco existe pago concurrente, pues la activación de la nueva modalidad debe coincidir con la terminación del reconocimiento anterior.

En consecuencia, el efecto fiscal incremental por concepto de UPC es neutro: no aumenta el valor reconocido por persona, no se crea un nuevo beneficio sanitario, no se amplía el plan de servicios y no se impone aporte alguno al cotizante. Si una persona no estaba efectivamente afiliada, el reconocimiento de su UPC materializa una obligación de universalización ya existente y no una obligación originada por esta modalidad.

Los ajustes administrativos y tecnológicos requeridos para identificar la categoría en el Sistema de Afiliación Transaccional, la Base de Datos Única de Afiliados y los procesos de la Adres deberán ser atendidos dentro de las funciones y apropiaciones vigentes. Por ello, para efectos del artículo 7° de la Ley 819 de 2003, la iniciativa no genera un costo fiscal incremental de aseguramiento ni requiere financiar una UPC adicional o un diferencial. Durante el trámite legislativo será pertinente solicitar concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, la Adres y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para validar el flujo operativo y contable, sin alterar la regla de neutralidad definida por el proyecto.

10. CONTENIDO DEL PROYECTO

Los artículos 1° y 2° delimitan el objeto sanitario y definen el acogimiento familiar solidario en salud.

El artículo 3° adiciona el literal j) y cuatro parágrafos al artículo 163 de la Ley 100 de 1993.

El artículo 4° preserva la afiliación universal, la afiliación de oficio y las obligaciones territoriales vigentes.

Los artículos 5° a 7° regulan requisitos, acreditación y procedimiento de inscripción.

El artículo 8° delimita la cobertura y excluye efectos civiles, patrimoniales o de cuidado.

El artículo 9° establece la financiación con una sola UPC equivalente a la subsidiada y la neutralidad fiscal.

Los artículos 10 y 11 garantizan continuidad, interoperabilidad, trazabilidad y protección de datos.

Los artículos 12 a 14 regulan seguimiento, reglamentación y vigencia.

11. CONFLICTOS DE INTERÉS

De conformidad con los artículos 286 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, modificados por la Ley 2003 de 2019, la iniciativa contiene una regulación general, impersonal y abstracta y no otorga por sí misma un beneficio particular, actual y directo a un congresista. Lo anterior no exime a cada integrante del Congreso de examinar sus circunstancias concretas y declarar oportunamente cualquier conflicto de interés que pueda configurarse.

12. CONCLUSIÓN

La propuesta reconoce dos realidades que deben armonizarse. La primera es que las personas habitantes de la calle ya tienen derecho a la afiliación subsidiada y que las autoridades deben buscar y asegurar a quienes no estén afiliados. La segunda es que actualmente no existe una modalidad gratuita que permita incorporar a esas personas a la EPS de un familiar cotizante como beneficiarias verdaderamente adicionales, sin desplazar a los beneficiarios existentes y sin trasladar el costo al cotizante.

El acogimiento familiar solidario en salud llena ese vacío con una medida delimitada, voluntaria y fiscalmente neutra: cambia la adscripción administrativa, pero conserva una sola UPC, su valor subsidiado y su fuente pública; protege a los beneficiarios actuales; no exige convivencia; y garantiza continuidad cuando la modalidad inicia o termina. Por estas razones se solicita al Congreso de la República dar trámite y aprobar la iniciativa.

13. PLIEGO DE MODIFICACIONES

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
	Artículo 3°. Adiciónense un literal j) y los parágrafos 3°, 4°, 5° y 6° al artículo 163 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 218 de la Ley 1753 de 2015, así: **"j) De manera adicional y sin sustituir o excluir a las personas señaladas en los literales a) a i) del presente artículo, las personas mayores de edad habitantes de la calle que carezcan de capacidad de pago y sean familiares del afiliado cotizante hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, siempre que medien la solicitud del cotizante y el consentimiento libre, expreso e informado de la persona que será inscrita".** **"Parágrafo 3°. Las personas inscritas conforme al literal j) tendrán la calidad de beneficiarios adicionales solidarios. Su inscripción será independiente del número y de la clase de beneficiarios que ya integren el núcleo familiar del cotizante, no alterará la permanencia de estos y no obligará al cotizante a escoger, retirar, sustituir o excluir a ninguno de ellos".** **"Parágrafo 4°. La inclusión de la persona en el listado censal de población habitante de la calle o la certificación expedida por la entidad territorial competente acreditará, para los exclusivos efectos de esta modalidad, la condición de habitabilidad en calle y la falta de capacidad de pago. No se exigirá dependencia económica respecto del cotizante, convivencia, domicilio común, declaración de manutención integral ni evaluación de las condiciones de vivienda del cotizante".** **"Parágrafo 5°. Por cada beneficiario adicional solidario la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) reconocerá una única Unidad de Pago por Capitación, equivalente a la que le habría correspondido a la persona en el régimen subsidiado, incluidos los ajustes aplicables conforme a la regulación vigente. El reconocimiento conservará la misma fuente pública de financiación del aseguramiento subsidiado, se identificará de manera diferenciada y no dará lugar al reconocimiento de una UPC contributiva, un diferencial entre regímenes ni una UPC concurrente o duplicada".** **"Parágrafo 6°. La inscripción del beneficiario adicional solidario no estará sujeta al pago, por parte del cotizante, de cotización adicional, Unidad de Pago por Capitación adicional, per cápita de promoción y prevención, valor de solidaridad ni cualquier otro pago previsto para los afiliados adicionales. Esta categoría no causará prestaciones económicas por incapacidad ni licencias".**

De los Congresistas,



ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare
Centro Democrático

14. REFERENCIAS

- Constitución Política de Colombia. Consulta official.
- Ley 100 de 1993. Consulta oficial.
- Ley 1753 de 2015, artículo 218. Consulta oficial.

- Ley 1438 de 2011. Consulta oficial.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. Consulta oficial.
- Ley 1641 de 2013. Consulta oficial.
- Corte Constitucional, Sentencia C-385 de 2014. Consulta oficial.
- Decreto número 780 de 2016. Consulta oficial.
- Decreto número 64 de 2020. Consulta oficial.
- Decreto número 616 de 2022. Consulta oficial.
- Decreto número 1285 de 2022. Consulta oficial.
- Ley 819 de 2003. Consulta oficial.
- Ley 1581 de 2012. Consulta oficial.
- Ley 2003 de 2019. Consulta oficial.
- Ley 3ª de 1992. Consulta oficial.
- DANE, Censo de Habitantes de la Calle 2021. Consulta oficial

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 142 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, se amplía el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 27 de julio de 2026

Doctor

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Secretario General

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Ref: Radicación Proyecto de Ley

En mi condición de miembro del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en la Constitución Política de Colombia y en la Ley 5ª de 1992, por su digno conducto me permito poner a consideración de la Honorable Cámara de Representantes el siguiente proyecto de ley *"por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, se amplía el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y se dictan otras disposiciones"*.

Cordialmente,



PROYECTO DE LEY NÚMERO 142 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, se amplía el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. ***Objeto.*** La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 1626 de 2013 para garantizar, de manera progresiva y sin regresividad, el acceso universal, gratuito, equitativo, oportuno e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de todas las personas que habiten el territorio nacional, desde los nueve (9) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, sin distinción de sexo, identidad de género, orientación sexual, escolarización, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, capacidad de pago, nacionalidad o situación migratoria. Para tal efecto, se ampliará la población beneficiaria del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se actualizará la tecnología vacunal, de acuerdo con criterios de seguridad, eficacia o efectividad, protección clínicamente relevante, equidad, costo-efectividad, impacto presupuestal, disponibilidad y factibilidad programática.

La ley busca fortalecer la prevención primaria de los cánceres y de las demás enfermedades asociadas al VPH, reducir la transmisión del virus y contribuir a disminuir la carga de enfermedad, las inequidades territoriales y la mortalidad atribuible a la infección persistente por VPH en Colombia.

Artículo 2°. Modifíquese el título de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:

"Por medio de la cual se garantiza ***el acceso*** *gratuito****, universal, equitativo e informado a*** *la vacunación* ***contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), se adoptan medidas para prevenir los cánceres y las demás enfermedades asociadas al VPH*** *y se dictan otras disposiciones".*

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 1°. ***Garantía de acceso.*** El Gobierno nacional, **por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social y con la concurrencia de las entidades territoriales y de los demás actores que intervienen en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), garantizará la vacunación gratuita contra el VPH a toda persona que habite el territorio nacional desde el día en que cumpla nueve (9) años y hasta el día anterior a cumplir veintiséis (26) años, cuando no haya iniciado el esquema o requiera completarlo conforme a los lineamientos técnicos vigentes.**

Parágrafo 1°. La gratuidad comprende el biológico, los insumos, la aplicación, la orientación previa, el registro, la certificación y el seguimiento de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, sin cuotas moderadoras, copagos, cobros de recuperación ni ninguna otra barrera económica.

Parágrafo 2°. El acceso no podrá condicionarse a orden médica, afiliación al sistema de salud, matrícula o asistencia escolar, documento de identidad específico, prueba de VPH, citología, examen de detección, certificación de residencia, nacionalidad o situación migratoria. Lo anterior se entiende sin perjuicio de la verificación clínica de contraindicaciones y precauciones conforme a los lineamientos técnicos.

Parágrafo 3°. Quien inicie el esquema antes de cumplir veintiséis (26) años conservará el derecho a completarlo gratuitamente, aun cuando la dosis o las dosis posteriores deban aplicarse después de esa edad. Las personas con esquema completo no recibirán dosis adicionales por el solo cambio de tecnología, salvo recomendación expresa de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización o de la instancia que haga sus veces.

Parágrafo 4°. La vacunación será voluntaria y estará precedida de información clara, suficiente, accesible y basada en evidencia. El consentimiento se obtendrá conforme a la Constitución y la ley, con respeto por la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes y procurando su asentimiento. La negativa no podrá generar sanciones, exclusiones escolares, laborales o de servicios, ni otra consecuencia adversa distinta de la información sobre riesgos y beneficios.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 2°. ***Inclusión y actualización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.*** El Ministerio de **Salud y** Protección Social **actualizará el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para incorporar a la población señalada en el artículo 1° de la presente ley y garantizará el suministro continuo, suficiente y oportuno de la vacuna contra el VPH.**

La tecnología incorporada deberá ofrecer, como mínimo, protección frente a los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 del VPH, equivalente a la vacuna nonavalente, o corresponder a una tecnología posterior que proporcione protección igual o superior y resulte adecuada para los fines de salud pública previstos en esta ley.

Parágrafo 1°. La incorporación o sustitución tecnológica requerirá autorización sanitaria vigente del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), recomendación favorable de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización y evaluación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, o de las entidades que hagan sus veces. La evaluación considerará, al menos, seguridad, calidad, eficacia o efectividad, duración y amplitud de la protección, esquema de dosis, costo-efectividad, impacto presupuestal, equidad, disponibilidad, capacidad de abastecimiento y factibilidad programática.

Parágrafo 2°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará la evaluación y expedirá un acto administrativo motivado que defina la tecnología, el esquema, las poblaciones especiales, las contraindicaciones, la estrategia de transición y el cronograma de adquisición. Cumplidos los requisitos sanitarios y técnicos, la contratación y disponibilidad programática de la tecnología prevista en el inciso segundo deberán iniciarse, a mas tardar, dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la promulgación de esta ley.

Parágrafo 3°. La escasez temporal, la interrupción del suministro o una circunstancia sanitaria excepcional no suspenderán el derecho a la vacunación. Mientras se supera la contingencia, el Ministerio podrá disponer el uso transitorio de la vacuna autorizada con la mayor protección disponible, mediante decisión motivada, plan de abastecimiento y cronograma público de normalización, sin perjuicio de la meta tecnológica establecida en este artículo.

Parágrafo 4°. El número de dosis y sus intervalos serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con fundamento en la mejor evidencia disponible, las recomendaciones de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización, la situación de las personas inmunocomprometidas y las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Artículo 5°. Adiciónese un artículo 2A a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2A. ***Implementación progresiva y no regresividad.*** **La ampliación etaria se implementará de forma progresiva, continua y con enfoque de equidad territorial, con arreglo al siguiente plazo máximo:**

Cobertura vigente: desde la entrada en vigencia de esta ley se preservará y fortalecerá la vacunación gratuita para la población de nueve (9) a diecisiete (17) años.

Primera fase: a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de dieciocho (18) a veinte (20) años.

Segunda fase: a más tardar dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de veintiuno (21) a veinticinco (25) años.

Parágrafo 1°. Las fases se dirigirán prioritariamente a quienes no hayan sido vacunados o tengan esquema incompleto. El Ministerio podrá anticipar la ampliación total o parcial cuando exista disponibilidad presupuestal, programática y de biológicos.

Parágrafo 2°. La implementación no podrá disminuir la cobertura, oportunidad, gratuidad o protección ya reconocida por el PAI a ninguna población. Las decisiones de priorización temporal deberán fundarse en necesidad sanitaria, riesgo, equidad, evidencia y eficiencia, y no podrán constituir discriminación por sexo, género, origen, territorio o capacidad de pago.

Parágrafo 3°. La población inmunocomprometida, las víctimas de violencia sexual y los demás grupos con mayor riesgo recibirán el esquema y la atención diferencial que determine el Ministerio, sin que ello limite la universalidad prevista en esta ley.

Artículo 6°. Adiciónese un artículo 2B a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2B. ***Responsabilidades institucionales.*** Las entidades actuarán de manera coordinada dentro de sus competencias constitucionales y legales, así:

1. Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá la política, definirá los lineamientos, coordinará la compra centralizada y la distribución de los biológicos e insumos, fijará metas e indicadores y garantizará la asistencia técnica. El Instituto Nacional de Salud y el Invima ejercerán las funciones de vigilancia epidemiológica, seguridad y farmacovigilancia que les correspondan.

2. Entidades territoriales. Los departamentos, distritos y municipios incorporarán las metas en sus planes de salud pública, asegurarán almacenamiento y distribución, realizarán búsqueda activa y vacunación intramural y extramural, y priorizarán zonas rurales, dispersas, fronterizas, étnicas y con coberturas inferiores al promedio nacional.

3. Entidades responsables del aseguramiento. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, regímenes exceptuados y especiales y demás responsables del aseguramiento identificarán nominalmente a la población no vacunada o con esquema incompleto, informarán y canalizarán activamente, sin limitar el acceso a su propia red.

4. Prestadores y vacunadores. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y los puntos de vacunación autorizados aplicarán el biológico sin barreras, registrarán oportunamente cada dosis, brindarán información comprensible y cumplirán los protocolos de seguridad, cadena de frío y seguimiento.

5. Sector educativo. El Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación facilitarán, respetando la voluntariedad y el consentimiento informado, jornadas educativas y de vacunación en instituciones oficiales y no oficiales. La escolarización no será requisito de acceso.

6. Articulación social. El Gobierno promoverá la participación de organizaciones juveniles, comunitarias, científicas, de pacientes, de mujeres, de población LGBTIQ+, de pueblos étnicos y de personas con discapacidad para diseñar estrategias culturalmente pertinentes y accesibles.

Artículo 7°. Adiciónese un artículo 2C a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2C. ***Información, educación y decisión informada.*** **El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales y el sector educativo, desarrollará de forma permanente una estrategia nacional de información y educación sobre el VPH, las enfermedades asociadas, la seguridad y efectividad de las vacunas, el esquema vigente, la gratuidad y los lugares de acceso.**

Parágrafo 1°. La información será científica, no estigmatizante, diferenciada por curso de vida, accesible para personas con discapacidad, adaptada a contextos territoriales y étnicos, y dirigida a mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas. Incluirá mecanismos de escucha y respuesta rápida a información falsa o engañosa.

Parágrafo 2°. La vacunación contra el VPH no sustituye la educación sexual integral, el uso de medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual ni los programas de tamización, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los cánceres asociados al VPH. Las campañas explicarán expresamente esta complementariedad.

Parágrafo 3°. La información destinada a obtener el consentimiento explicará beneficios, riesgos frecuentes y relevantes, alternativas, esquema aplicable, manejo de posibles eventos adversos y canales de consulta. Se evitarán incentivos, amenazas o prácticas que vicien la decisión.

Artículo 8°. Adiciónese un artículo 2D a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2D. Información nominal, seguimiento y evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social fortalecerá el registro nominal de vacunación y su interoperabilidad, de conformidad con el régimen de protección de datos personales. La falta de registro previo o de documento de identificación no podrá ser utilizada para negar la vacunación; la entidad aplicadora adoptará los mecanismos de identificación temporal y depuración definidos por el Ministerio.

Parágrafo 1°. El seguimiento incluirá, como mínimo, coberturas de inicio y esquema completo por edad, sexo, municipio, ruralidad, pertenencia étnica, discapacidad, afiliación y situación migratoria, cuando la captura sea legal, pertinente y segura; oportunidad de aplicación; pérdida de oportunidades; disponibilidad y desabastecimientos; eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización; y ejecución presupuestal.

Parágrafo 2°. La información pública se divulgará de manera agregada, interoperable y accesible, con salvaguardas de confidencialidad. Los datos sensibles no podrán utilizarse con fines

discriminatorios, migratorios, sancionatorios o comerciales.

Parágrafo 3°. El Ministerio promoverá estudios de efectividad, seguridad, duración de la protección, impacto epidemiológico y costo-efectividad en Colombia, sin perjuicio de la vigilancia de cánceres, lesiones precursoras y demás enfermedades asociadas al VPH.

Artículo 9°. Adiciónese un artículo 2E a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2E. ***Financiación y sostenibilidad.*** **La implementación de la presente ley se financiará con las apropiaciones que se incorporen anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el sector salud y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en desarrollo de la Ley 2406 de 2024; con los recursos territoriales destinados a las acciones de salud pública dentro de sus competencias; y con las demás fuentes legalmente autorizadas, incluidos recursos de cooperación no reembolsable.**

Parágrafo 1°. La programación y ejecución se sujetarán al Marco Fiscal de Mediano Plazo, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y a las disponibilidades presupuestales, sin desconocer los principios de progresividad, sostenibilidad, planeación, equidad y no regresividad. El Gobierno priorizará la compra centralizada, la negociación de precios, la planeación plurianual y los mecanismos permitidos por el ordenamiento para asegurar eficiencia y continuidad.

Parágrafo 2°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación, los ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público publicarán una estimación de impacto presupuestal por fases, con población susceptible, número de dosis, precio de adquisición, costos logísticos, administrativos, comunicacionales, de información y de vigilancia, y la actualizarán cuando cambie la tecnología o el esquema.

Parágrafo 3°. La presente ley no crea una renta de destinación específica ni autoriza cobros a los beneficiarios. Las apropiaciones se incorporarán conforme a las reglas orgánicas del presupuesto y a la disponibilidad fiscal de cada vigencia.

Artículo 10. Adiciónese un artículo 2F a la Ley 1626 de 2013, así:

Artículo 2F. ***Rendición de cuentas al Congreso.*** **A más tardar el treinta y uno**

(31) de marzo de cada año, el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes y publicará en su sitio web un informe sobre la aplicación de esta ley durante la vigencia anterior.

Parágrafo. El informe contendrá, al menos, coberturas desagregadas para los grupos de nueve (9) a diecisiete (17), dieciocho (18) a veinte (20) y veintiuno (21) a veinticinco (25) años; brechas territoriales y poblacionales; tecnología y esquema utilizados; adquisiciones, precio promedio por dosis y disponibilidad; ejecución presupuestal; acciones de información y vacunación extramural; seguridad y farmacovigilancia; desabastecimientos; resultados de evaluación; y medidas correctivas. Cuando la madurez de los datos lo permita, incorporará tendencias de lesiones precursoras, cánceres y otras enfermedades asociadas al VPH.

Artículo 11. ***Reglamentación y coordinación.*** El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación. La reglamentación armonizará sus disposiciones con la Ley 1751 de 2015, la Ley 715 de 2001, la Ley 2406 de 2024, la política de atención integral en salud, el Plan Decenal de Salud Pública y las normas sanitarias y presupuestales aplicables. La falta de reglamentación no suspenderá la cobertura vigente ni los plazos máximos fijados en esta ley.

Artículo 12. ***Vigencia y derogatorias.*** La presente ley rige a partir de su promulgación, modifica el título y los artículos 1° y 2° de la Ley 1626 de 2013, adiciona los artículos 2A, 2B, 2C, 2D, 2E y 2F a la misma ley y deroga las disposiciones que le sean contrarias. Ninguna de sus normas podrá interpretarse para reducir beneficios o coberturas más favorables reconocidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

De los Congresistas,

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare
Centro Democrático

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL

El día 29 de Julio del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de Ley X Acto Legislativo ____
No. 142 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: HR. ARLEDY ALVARADO PATIÑO

SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente exposición de motivos está compuesta por seis (6) apartes:

1. Objeto del proyecto de ley
2. Justificación del proyecto de ley
3. Conflictos de interés

4. Impacto fiscal
5. Pliego de modificaciones
6. Referencias

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley modifica la Ley 1626 de 2013 para convertir en garantía legal estable la vacunación gratuita contra el VPH para todas las personas entre los nueve (9) y los veinticinco (25) años inclusive, sin distinción de sexo y sin barreras por escolaridad, afiliación, capacidad de pago, nacionalidad o situación migratoria. La edad inferior de nueve años responde a la indicación programática y sanitaria vigente: la expresión inicial "hasta los veinticinco años" no puede interpretarse como aplicable desde el nacimiento, sino desde la edad mínima autorizada y recomendada para esta vacuna.

La iniciativa también actualiza el componente tecnológico. Ordena incorporar una vacuna con protección al menos equivalente a la nonavalente −genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58− o una tecnología posterior de protección igual o superior, siempre que cuente con autorización sanitaria y con las evaluaciones técnica, económica y programática previstas en el ordenamiento. La redacción es tecnológicamente neutral: fija un umbral mínimo de protección y evita convertir una marca comercial o una formulación inmutable en ley.

A la vez, el proyecto preserva la decisión libre e informada. Por esa razón modifica el título de la Ley 1626 de 2013, que conserva la palabra "obligatoria", y lo armoniza con el contenido material de dicha ley, con la Ley Estatutaria de Salud y con la jurisprudencia constitucional. La garantía estatal de oferta, financiación y acceso no equivale a una imposición corporal a la persona.

Los resultados buscados son: aumentar la cobertura y completar esquemas; reducir la circulación del VPH; prevenir cánceres de cuello uterino, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe, además de verrugas anogenitales y otras enfermedades asociadas; cerrar brechas entre sexos y territorios; y crear mecanismos de financiación, información, seguimiento y rendición de cuentas.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

1. El VPH como problema de salud pública prevenible

El VPH es una infección de transmisión sexual extremadamente frecuente. La mayoría de las infecciones se resuelve espontáneamente, pero la persistencia de genotipos oncogénicos puede producir lesiones precursoras y diversos cánceres. La Organización Mundial de la Salud identifica a los tipos 16 y 18 como responsables de una proporción mayoritaria del cáncer de cuello uterino, mientras otros tipos de alto riesgo − 31, 33, 45, 52 y 58− explican una parte adicional sustancial. Los tipos 6 y 11 se asocian principalmente con verrugas anogenitales.

La vacunación antes de la exposición ofrece el mayor beneficio individual y colectivo, pero la evidencia y las autorizaciones sanitarias permiten estrategias de recuperación en edades posteriores. La Organización Panamericana de la Salud señala que la vacunación puede recomendarse desde los nueve años y extenderse, según el programa nacional, hasta los veintiséis años. La política propuesta utiliza como límite legal los veinticinco años inclusive, es decir, hasta el día anterior a cumplir veintiséis.

Las recomendaciones internacionales admiten esquemas diferenciados por edad e inmunocompromiso. Por ello, una ley bien diseñada no debe congelar el número de dosis: esa determinación debe permanecer en cabeza de la autoridad sanitaria, con base en evidencia, recomendaciones de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización y condiciones particulares de las personas inmunocomprometidas.

2.2. Carga de cáncer y necesidad de prevención primaria en Colombia

La carga de enfermedad continúa siendo relevante. La ficha país de GLOBOCAN 2024, publicada por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, estimó para Colombia 4.738 casos nuevos y 2.331 muertes por cáncer de cuello uterino durante 2024, además de 15.389 casos prevalentes a cinco años. Estas estimaciones no abarcan toda la carga de cánceres y enfermedades atribuibles al VPH en hombres y mujeres, por lo que el beneficio potencial de la prevención trasciende el cuello uterino.

Los lineamientos nacionales del PAi reconocen que más del 99 % de los casos de cáncer de cuello uterino se asocian con infección persistente por genotipos oncogénicos del VPH. La prevención secundaria mediante tamización y el diagnóstico oportuno siguen siendo indispensables, pero actúan en etapas distintas. Una política integral debe combinar vacunación, educación sexual, tamización, diagnóstico y tratamiento; ninguna de estas intervenciones sustituye a las demás.

2.3. Evolución del PAI y brecha entre la ley de 2013 y la política vigente

La Ley 1626 de 2013 garantizó gratuitamente la vacuna a las niñas ubicadas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria, e indicó una aplicación gradual. La Corte Constitucional precisó en la Sentencia C-350 de 2017 que la referencia a grados escolares operaba como aproximación etaria y no permitía excluir a niñas no escolarizadas. Sin embargo, el texto legal quedó anclado a una población femenina y a una forma de identificación escolar que ya no refleja el desarrollo del programa.

La política administrativa avanzó más rápido que la ley. Los lineamientos nacionales del PAI para 2026 contemplan una dosis para niñas, niños y adolescentes sanos de nueve (9) a diecisiete (17) años, y un esquema de dos dosis para personas inmunocomprometidas en ese grupo etario. La ampliación a varones y hasta los diecisiete años es

un avance significativo, pero depende de decisiones administrativas y no cubre la población de dieciocho a veinticinco años prevista en este proyecto.

Los lineamientos operativos de 2024 identifican la vacuna tetravalente frente a los tipos 6, 11, 16 y 18 como la tecnología utilizada por el PAI. La propuesta no desconoce su valor preventivo: dispone una transición ordenada hacia una vacuna con mayor amplitud de protección, sujeta a autorización sanitaria, evaluación de tecnología, viabilidad presupuestal, abastecimiento y compra centralizada. Durante una escasez temporal, la continuidad de la vacunación prevalece sobre la interrupción del servicio.

2.4. Igualdad, neutralidad por sexo y enfoque de curso de vida

El VPH se transmite entre personas y causa enfermedad en distintos sexos. Vacunar sin distinción protege directamente a quienes reciben el biológico, reduce reservorios de transmisión y disminuye la dependencia de una inmunidad indirecta que puede ser insuficiente para personas con diversas prácticas sexuales. También evita que la política reproduzca la idea equivocada de que el VPH es exclusivamente un asunto de mujeres.

La Sentencia C-350 de 2017 consideró constitucional la focalización femenina contenida en el diseño de 2013 a partir de la evidencia y la carga entonces examinadas. Esa decisión no impide que el legislador amplíe hoy la protección. La evolución del PAI hacia la vacunación de niños, la evidencia sobre cánceres no cervicales y el mandato de igualdad justifican una regulación neutral por sexo, compatible con los artículos 13, 44 y 49 de la Constitución y con el principio de equidad de la Ley 1751 de 2015.

La ampliación hasta los veinticinco años funciona principalmente como estrategia de recuperación para personas que no fueron vacunadas durante la adolescencia o no completaron el esquema. El proyecto evita revacunar automáticamente a quienes ya cuentan con esquema completo: una dosis adicional solo procederá por recomendación técnica expresa. Esta regla protege recursos, previene intervenciones innecesarias y permite concentrar el esfuerzo en la población susceptible.

2.5. Vacuna nonavalente y técnica de actualización tecnológica

La vacuna nonavalente añade protección frente a cinco genotipos oncogénicos − 31, 33, 45, 52 y 58− a los cuatro incluidos en la vacuna tetravalente. La Organización Mundial de la Salud informa que las vacunas autorizadas contra el VPH son seguras y que la formulación nonavalente amplía la cobertura de tipos relacionados con cáncer. Ese mayor alcance constituye una razón sanitaria legítima para evaluar su incorporación al PAI.

No obstante, la selección de una tecnología con recursos públicos exige más que una comparación nominal. Deben examinarse la efectividad en condiciones reales, duración de la protección, esquema de dosis, costo-efectividad, impacto presupuestal, oferta mundial, cadena de frío, negociación de precios, equidad y capacidad operativa. La Ley 2406 de 2024 ya creó un marco para modernizar permanentemente el PAI y asignó a la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización, al Ministerio de Salud y al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud funciones de evaluación. El proyecto utiliza esa arquitectura y no crea una instancia paralela.

La fórmula "protección al menos equivalente a la nonavalente o superior" tiene tres ventajas: establece un resultado verificable; evita una referencia exclusiva a marca o proveedor; y permite incorporar vacunas futuras sin reformar de nuevo la ley. La autorización del Invima y la decisión motivada del Ministerio preservan la competencia sanitaria y la transparencia.

2.6. Fundamento constitucional, legal y jurisprudencial

La Constitución sustenta la iniciativa en el derecho a la igualdad (artículo 13), la prevalencia de los derechos de niños, niñas y adolescentes (artículo 44), el derecho y servicio público de salud bajo dirección estatal (artículo 49), la competencia general del Congreso para hacer las leyes (artículo 150), la iniciativa legislativa (artículo 154), la unidad de materia (artículo 158), la correspondencia entre título y contenido (artículo 169), la sostenibilidad fiscal como criterio orientador (artículo 334) y la prioridad social del gasto público (artículos 350 y 366).

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 impone al Estado deberes de prevención, acceso en igualdad, reducción de desigualdades y garantía progresiva del derecho fundamental a la salud, dentro de criterios de sostenibilidad. La Ley 715 de 2001 distribuye competencias de salud pública y atribuye a la Nación la adquisición y distribución de biológicos del PAI. La Ley 2406 de 2024 ordena la financiación permanente de la modernización del programa, consagra universalidad, gratuidad, innovación, equidad, progresividad, sostenibilidad y planeación, y prevé compra centralizada y evaluación técnica.

En materia de autonomía, la Sentencia T-365 de 2017 sostuvo que la vacuna contra el VPH no puede imponerse contra la voluntad de la persona y resaltó el consentimiento informado. La Sentencia C-752 de 2015 observó que el cuerpo de la Ley 1626 configura una obligación estatal de garantía, no una orden de vacunación forzada.

Fuente	Disposiciones	Relevancia
Constitución Política	Artículos 13, 44, 49, 150, 154, 158, 169, 334, 350 y 366.	Igualdad; salud; competencia e iniciativa legislativa; unidad de materia; sostenibilidad y prioridad del gasto social.
Ley 1626 de 2013	Artículos 1° a 3°.	Garantía gratuita original y deber de actualización del PAI; norma directamente modificada.
Ley 1751 de 2015	Artículos 2°, 5°, 6° y 9°.	Derecho fundamental a la salud; prevención; equidad; progresividad y sostenibilidad.
Ley 715 de 2001	Artículos 42 y 46.	Competencias nacionales y territoriales de salud pública; adquisición y distribución de biológicos del PAI.
Ley 2406 de 2024	Artículos 1° a 11.	Financiación y modernización permanente del PAI; evaluación, compra centralizada, universalidad e informes al Congreso.
Ley 819 de 2003	Artículo 7°.	Análisis explícito del impacto fiscal, fuente de financiación y compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.
Leyes 3ª de 1992 y 754 de 2002	Artículo 2° sobre Comisiones Séptimas.	Competencia para el primer debate por tratarse de salud y seguridad social.
Leyes 5ª de 1992 y 2003 de 2019	Régimen legislativo y artículos 286 a 291.	Trámite del proyecto y deber de declarar posibles conflictos de interés.
Jurisprudencia constitucional	C-752/15, C-350/17, T-365/17 y C-175/23.	Alcance de la Ley 1626, igualdad, autonomía y consentimiento, e impacto fiscal de iniciativas congresionales.

2.7. Tipo de ley, iniciativa, comisión competente y trámite

La iniciativa debe tramitarse como ley ordinaria. Regula una intervención concreta de salud pública y modifica una ley ordinaria; no desarrolla de manera integral, estructural y completa el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud ni crea un procedimiento de protección propio de reserva estatutaria. Tampoco corresponde a las materias de ley orgánica.

Puede ser presentada por Congresistas y radicarse en cualquiera de las cámaras, porque la Constitución no reserva al Gobierno la iniciativa sobre esta materia ni impone cámara de origen. Para esta versión se propone radicación en la Secretaría General de la Cámara de Representantes; si la autoría principal corresponde a un senador, basta adaptar el encabezado y el orden de tránsito.

2.8. Diseño de implementación y salvaguardas

La progresividad propuesta no deja la universalidad indefinida: fija una primera fase de doce meses para personas de dieciocho a veinte años y una segunda, dentro de veinticuatro meses, para personas de veintiuno a veinticinco años. La cobertura vigente de nueve a diecisiete años queda protegida desde la entrada en vigor. El Ministerio puede anticipar fases, pero no reducir beneficios ya reconocidos.

La norma elimina barreras frecuentes: orden médica, afiliación, escolarización, prueba de VPH, citología, documento específico y estatus migratorio. Al mismo tiempo conserva las contraindicaciones clínicas y la evaluación individual cuando sea necesaria. Las responsabilidades se distribuyen conforme a las competencias vigentes: la Nación dirige y compra; los territorios ejecutan salud pública; aseguradores identifican y canalizan; prestadores vacunan y registran; y el sector educativo facilita información y jornadas sin convertir la matrícula en requisito.

El registro nominal, la interoperabilidad y la rendición anual de cuentas permiten medir cobertura real, no solo dosis distribuidas. La desagregación identifica brechas, mientras las reglas de protección de datos impiden usos migratorios, discriminatorios o comerciales. Finalmente, la comunicación pública se diseña como intervención permanente, accesible y basada en evidencia, indispensable para recuperar confianza y reducir oportunidades perdidas de vacunación.

3. CONFLICTOS DE INTERÉS

De conformidad con los artículos 286 a 291 de la Ley 5ª de 1992, modificados, entre otras, por la Ley 2003 de 2019, corresponde a cada congresista identificar, declarar y resolver las circunstancias que puedan afectar su imparcialidad. La descripción contenida en esta exposición es orientadora y no reemplaza la valoración individual ni la decisión de la respectiva corporación.

Por tratarse de una medida general, impersonal y abstracta que amplía una intervención de salud pública a un grupo abierto de habitantes, su discusión y votación no configura, por regla general, un beneficio particular, actual y directo para los Congresistas. El eventual hecho de pertenecer por edad al grupo beneficiario, o de tener familiares que pertenezcan a él, corresponde ordinariamente a una

situación compartida con un conjunto amplio de la población y no produce por sí solo conflicto.

Podría existir conflicto cuando el congresista, su cónyuge o compañero permanente, sus parientes en los grados previstos por la ley, o una persona jurídica con la que tenga vínculo relevante, ostenten un interés económico particular y directo en fabricantes, titulares de registros sanitarios, importadores, distribuidores o comercializadores de vacunas contra el VPH; en prestadores o contratistas que puedan beneficiarse de la expansión; o en procesos concretos de adquisición, logística, información o farmacovigilancia asociados al proyecto. También deben declararse litigios, contratos, participaciones, remuneraciones, donaciones o relaciones que individualicen un provecho o perjuicio actual.

4. IMPACTO FISCAL

4.1. Conclusión: el proyecto sí tiene impacto fiscal

El proyecto sí genera impacto fiscal incremental. La cobertura gratuita de nueve a diecisiete años ya existe en el PAI y cuenta con financiación pública; por tanto, el costo nuevo se concentra en cuatro componentes: (i) vacunación de recuperación para personas de dieciocho a veinticinco años no vacunadas o con esquema incompleto; (ii) eventual mayor número de dosis en grupos de edad o riesgo definidos técnicamente; (iii) diferencia de precio entre la tecnología actualmente utilizada y una vacuna nonavalente o superior; y (iv) costos de logística, cadena de frío, talento humano, información, sistemas de registro, búsqueda activa y farmacovigilancia.

La infraestructura y la compra centralizada del PAI producen economías de escala y evitan crear un programa paralelo, pero no eliminan el gasto adicional. También existen beneficios fiscales de largo plazo por cánceres, lesiones y tratamientos evitados; esos ahorros deben modelarse en una evaluación de costo-efectividad y retorno de la inversión y no asumirse como compensación inmediata del flujo presupuestal.

4.2. Población de referencia y límites de la estimación preliminar

Con base en las proyecciones nacionales de población del DANE publicadas en 2025, la población de dieciocho a veinticinco años para 2026 asciende aproximadamente a 7.091.382 personas. Este valor es un denominador bruto: no equivale al número de dosis por adquirir, porque debe descontarse a quienes ya fueron vacunados, identificar esquemas incompletos, aplicar la cobertura esperada, considerar contraindicaciones y definir el número de dosis según edad e inmunocompromiso.

Edad/ Grupo	Población proyectada 2026
18	871.048
19	882.590
20	884.313
21	885.685
22	886.909
23	889.281
24	892.994
25	898.562
Total 18-20	2.637.951
Total 21-25	4.453.431
Total 18-25	7.091.382

No es técnicamente responsable asignar una cifra única de costo antes de contar con: el cruce nominal de PAIWEB para estimar población susceptible; el esquema recomendado por la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización; la evaluación de impacto presupuestal del IETS; y el precio efectivo de adquisición centralizada, que puede diferir de precios comerciales y estar sujeto a negociación o reserva contractual. La ausencia de esos datos no equivale a ausencia de impacto.

4.3. Fuente de financiación y compatibilidad con la Ley 819 de 2003

El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 exige que todo proyecto que ordene gasto haga explícito su impacto fiscal y su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, e identifique la fuente de financiación. La Sentencia C-175 de 2023 reiteró que, en iniciativas congresionales, el Congreso debe realizar una consideración mínima y explícita, mientras el Ministerio de Hacienda conserva una carga técnica reforzada para aportar cifras y formular observaciones; la falta de concepto no paraliza por sí sola el trámite si el legislador cumplió su deber.

La fuente propuesta son las apropiaciones anuales del Presupuesto General de la Nación destinadas al sector salud y al PAI, dentro del marco permanente de modernización y financiación creado por la Ley 2406 de 2024, complementadas por recursos territoriales de salud pública dentro de las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001 y por fuentes legalmente autorizadas. El proyecto no crea tributos, beneficios fiscales ni rentas de destinación específica y no traslada el costo al usuario.

La compatibilidad fiscal se fortalece mediante: implementación en dos fases; focalización en población no vacunada o con esquema incompleto; compra centralizada y negociación de precios; evaluación de impacto presupuestal; programación anual compatible con los marcos fiscal y de gasto; y preservación de la cobertura ya financiada. Estas medidas ordenan la ejecución, pero no autorizan a incumplir los plazos máximos ni a reducir derechos vigentes.

Antes de la ponencia para primer debate se recomienda oficiar al Ministerio de Salud y Protección Social, al IETS y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para obtener: población susceptible por cohorte; escenario de dosis; precio de referencia bajo compra centralizada; costos programáticos; ahorro potencial; espacio fiscal por vigencia; y concepto de compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las respuestas deberán incorporarse a la ponencia y, si modifican sustancialmente las cifras, actualizar la fórmula y el cronograma sin desnaturalizar la cobertura universal.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita ~~***y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.***~~	**Artículo 2°.** Modifíquese el título de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así: *"Por medio de la cual se garantiza* ***el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a*** *la vacunación* ***contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), se adoptan medidas para prevenir los cánceres y las demás enfermedades asociadas al VPH*** *y se dictan otras disposiciones".*
Artículo 1°. "Artículo condicionalmente exequible". El Gobierno nacional ~~**deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria. Parágrafo. Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias.**~~	**Artículo 3°.** Modifíquese el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así: **Artículo 1°.** ***Garantía de acceso.*** El Gobierno nacional, **por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social y con la concurrencia de las entidades territoriales y de los demás actores que intervienen en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), garantizará la vacunación gratuita contra el VPH a toda persona que habite el territorio nacional desde el día en que cumpla nueve (9) años y hasta el día anterior a cumplir veintiséis (26) años, cuando no haya iniciado el esquema o requiera completarlo conforme a los lineamientos técnicos vigentes.** **Parágrafo 1°. La gratuidad comprende el biológico, los insumos, la aplicación, la orientación previa, el registro, la certificación y el seguimiento de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, sin cuotas moderadoras, copagos, cobros de recuperación ni ninguna otra barrera económica.** **Parágrafo 2°. El acceso no podrá condicionarse a orden médica, afiliación al sistema de salud, matrícula o asistencia escolar, documento de identidad específico, prueba de VPH, citología, examen de detección, certificación de residencia, nacionalidad o situación migratoria. Lo anterior se entiende sin perjuicio de la verificación clínica de contraindicaciones y precauciones conforme a los lineamientos técnicos.** **Parágrafo 3°. Quien inicie el esquema antes de cumplir veintiséis (26) años conservará el derecho a completarlo gratuitamente, aun cuando la dosis o las dosis posteriores deban aplicarse después de esa edad. Las personas con esquema completo no recibirán dosis adicionales por el solo cambio de tecnología, salvo recomendación expresa de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización o de la instancia que haga sus veces.** **Parágrafo 4°. La vacunación será voluntaria y estará precedida de información clara, suficiente, accesible y basada en evidencia. El consentimiento se obtendrá conforme a la Constitución y la ley, con respeto por la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes y procurando su asentimiento. La negativa no podrá generar sanciones, exclusiones escolares, laborales o de servicios, ni otra consecuencia adversa distinta de la información sobre riesgos y beneficios.**

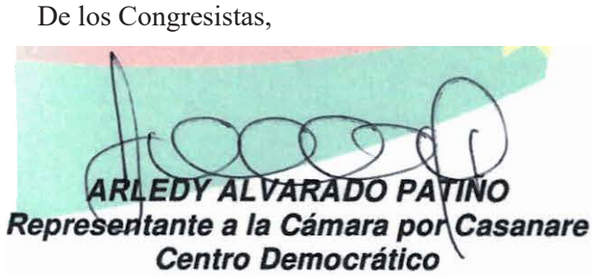
NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
Artículo 2°. El Ministerio de la Protección Social, **o la entidad que corresponda a partir de la vigencia de la presente ley, actualizarán el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).** **Parágrafo 1°.** ~~**Se incluirá dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en el plan básico de vacunación gratuita.**~~ ~~**Parágrafo 2°. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1° de esta ley, esta se hará de manera gradual e inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo.**~~ ~~**Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma Humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dicho virus.**~~	**Artículo 4°.** Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así: **Artículo 2°.** ***Inclusión y actualización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.*** El Ministerio de Salud y Protección Social **actualizará el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para incorporar a la población señalada en el artículo 1° de la presente ley y garantizará el suministro continuo, suficiente y oportuno de la vacuna contra el VPH.** **La tecnología incorporada deberá ofrecer, como mínimo, protección frente a los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 del VPH, equivalente a la vacuna nonavalente, o corresponder a una tecnología posterior que proporcione protección igual o superior y resulte adecuada para los fines de salud pública previstos en esta ley.** **Parágrafo 1°. La incorporación o sustitución tecnológica requerirá autorización sanitaria vigente del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), recomendación favorable de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización y evaluación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, o de las entidades que hagan sus veces. La evaluación considerará, al menos, seguridad, calidad, eficacia o efectividad, duración y amplitud de la protección, esquema de dosis, costo-efectividad, impacto presupuestal, equidad, disponibilidad, capacidad de abastecimiento y factibilidad programática.** **Parágrafo 2°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará la evaluación y expedirá un acto administrativo motivado que defina la tecnología, el esquema, las poblaciones especiales, las contraindicaciones, la estrategia de transición y el cronograma de adquisición. Cumplidos los requisitos sanitarios y técnicos, la contratación y disponibilidad programática de la tecnología prevista en el inciso segundo deberán iniciarse, a mas tardar, dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la promulgación de esta ley.** **Parágrafo 3°. La escasez temporal, la interrupción del suministro o una circunstancia sanitaria excepcional no suspenderán el derecho a la vacunación. Mientras se supera la contingencia, el Ministerio podrá disponer el uso transitorio de la vacuna autorizada con la mayor protección disponible, mediante decisión motivada, plan de abastecimiento y cronograma público de normalización, sin perjuicio de la meta tecnológica establecida en este artículo.** **Parágrafo 4°. El número de dosis y sus intervalos serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con fundamento en la mejor evidencia disponible, las recomendaciones de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización, la situación de las personas inmunocomprometidas y las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.**
	Artículo 5°. Adiciónese un artículo 2A a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2A.** ***Implementación progresiva y no regresividad.*** **La ampliación etaria se implementará de forma progresiva, continua y con enfoque de equidad territorial, con arreglo al siguiente plazo máximo:** **Cobertura vigente: desde la entrada en vigencia de esta ley se preservará y fortalecerá la vacunación gratuita para la población de nueve (9) a diecisiete (17) años. Primera fase: a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de dieciocho (18) a veinte (20) años. Segunda fase: a más tardar dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de veintiuno (21) a veinticinco (25) años**.

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
	Parágrafo 1°. Las fases se dirigirán prioritariamente a quienes no hayan sido vacunados o tengan esquema incompleto. El Ministerio podrá anticipar la ampliación total o parcial cuando exista disponibilidad presupuestal, programática y de biológicos. **Parágrafo 2°. La implementación no podrá disminuir la cobertura, oportunidad, gratuidad o protección ya reconocida por el PAI a ninguna población. Las decisiones de priorización temporal deberán fundarse en necesidad sanitaria, riesgo, equidad, evidencia y eficiencia, y no podrán constituir discriminación por sexo, género, origen, territorio o capacidad de pago.** **Parágrafo 3°. La población inmunocomprometida, las víctimas de violencia sexual y los demás grupos con mayor riesgo recibirán el esquema y la atención diferencial que determine el Ministerio, sin que ello limite la universalidad prevista en esta ley.**
	Artículo 6°. Adiciónese un artículo 2B a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2B. *Responsabilidades institucionales.* Las entidades actuarán de manera coordinada dentro de sus competencias constitucionales y legales, así:** **1. Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá la política, definirá los lineamientos, coordinará la compra centralizada y la distribución de los biológicos e insumos, fijará metas e indicadores y garantizará la asistencia técnica. El Instituto Nacional de Salud y el Invima ejercerán las funciones de vigilancia epidemiológica, seguridad y farmacovigilancia que les correspondan.** **2. Entidades territoriales. Los departamentos, distritos y municipios incorporarán las metas en sus planes de salud pública, asegurarán almacenamiento y distribución, realizarán búsqueda activa y vacunación intramural y extramural, y priorizarán zonas rurales, dispersas, fronterizas, étnicas y con coberturas inferiores al promedio nacional.** **3. Entidades responsables del aseguramiento. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, regímenes exceptuados y especiales y demás responsables del aseguramiento identificarán nominalmente a la población no vacunada o con esquema incompleto, informarán y canalizarán activamente, sin limitar el acceso a su propia red.** **4. Prestadores y vacunadores. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y los puntos de vacunación autorizados aplicarán el biológico sin barreras, registrarán oportunamente cada dosis, brindarán información comprensible y cumplirán los protocolos de seguridad, cadena de frío y seguimiento.** **5. Sector educativo. El Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación facilitarán, respetando la voluntariedad y el consentimiento informado, jornadas educativas y de vacunación en instituciones oficiales y no oficiales. La escolarización no será requisito de acceso.** **6. Articulación social. El Gobierno promoverá la participación de organizaciones juveniles, comunitarias, científicas, de pacientes, de mujeres, de población LGBTIQ+, de pueblos étnicos y de personas con discapacidad para diseñar estrategias culturalmente pertinentes y accesibles.**

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
	Artículo 7°. Adiciónese un artículo 2C a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2C. *Información, educación y decisión informada*. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales y el sector educativo, desarrollará de forma permanente una estrategia nacional de información y educación sobre el VPH, las enfermedades asociadas, la seguridad y efectividad de las vacunas, el esquema vigente, la gratuidad y los lugares de acceso.** **Parágrafo 1°. La información será científica, no estigmatizante, diferenciada por curso de vida, accesible para personas con discapacidad, adaptada a contextos territoriales y étnicos, y dirigida a mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas. Incluirá mecanismos de escucha y respuesta rápida a información falsa o engañosa.** **Parágrafo 2°. La vacunación contra el VPH no sustituye la educación sexual integral, el uso de medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual ni los programas de tamización, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los cánceres asociados al VPH. Las campañas explicarán expresamente esta complementariedad.** **Parágrafo 3°. La información destinada a obtener el consentimiento explicará beneficios, riesgos frecuentes y relevantes, alternativas, esquema aplicable, manejo de posibles eventos adversos y canales de consulta. Se evitarán incentivos, amenazas o prácticas que vicien la decisión.**
	Artículo 8°. Adiciónese un artículo 2D a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2D. Información nominal, seguimiento y evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social fortalecerá el registro nominal de vacunación y su interoperabilidad, de conformidad con el régimen de protección de datos personales. La falta de registro previo o de documento de identificación no podrá ser utilizada para negar la vacunación; la entidad aplicadora adoptará los mecanismos de identificación temporal y depuración definidos por el Ministerio.** **Parágrafo 1°. El seguimiento incluirá, como mínimo, coberturas de inicio y esquema completo por edad, sexo, municipio, ruralidad, pertenencia étnica, discapacidad, afiliación y situación migratoria, cuando la captura sea legal, pertinente y segura; oportunidad de aplicación; pérdida de oportunidades; disponibilidad y desabastecimientos; eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización; y ejecución presupuestal.** **Parágrafo 2°. La información pública se divulgará de manera agregada, interoperable y accesible, con salvaguardas de confidencialidad. Los datos sensibles no podrán utilizarse con fines discriminatorios, migratorios, sancionatorios o comerciales.** **Parágrafo 3°. El Ministerio promoverá estudios de efectividad, seguridad, duración de la protección, impacto epidemiológico y costo-efectividad en Colombia, sin perjuicio de la vigilancia de cánceres, lesiones precursoras y demás enfermedades asociadas al VPH.**

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
	Artículo 9°. Adiciónese un artículo 2E a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2E.** ***Financiación y sostenibilidad.*** **La implementación de la presente ley se financiará con las apropiaciones que se incorporen anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el sector salud y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en desarrollo de la Ley 2406 de 2024; con los recursos territoriales destinados a las acciones de salud pública dentro de sus competencias; y con las demás fuentes legalmente autorizadas, incluidos recursos de cooperación no reembolsable.** **Parágrafo 1°. La programación y ejecución se sujetarán al Marco Fiscal de Mediano Plazo, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y a las disponibilidades presupuestales, sin desconocer los principios de progresividad, sostenibilidad, planeación, equidad y no regresividad. El Gobierno priorizará la compra centralizada, la negociación de precios, la planeación plurianual y los mecanismos permitidos por el ordenamiento para asegurar eficiencia y continuidad.** **Parágrafo 2°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación, los ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público publicarán una estimación de impacto presupuestal por fases, con población susceptible, número de dosis, precio de adquisición, costos logísticos, administrativos, comunicacionales, de información y de vigilancia, y la actualizarán cuando cambie la tecnología o el esquema.** **Parágrafo 3°. La presente ley no crea una renta de destinación específica ni autoriza cobros a los beneficiarios. Las apropiaciones se incorporarán conforme a las reglas orgánicas del presupuesto y a la disponibilidad fiscal de cada vigencia.**
	Artículo 10. Adiciónese un artículo 2F a la Ley 1626 de 2013, así: **Artículo 2F.** ***Rendición de cuentas al Congreso.*** **A más tardar el treinta y uno (31) de marzo de cada año, el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes y publicará en su sitio web un informe sobre la aplicación de esta ley durante la vigencia anterior.** **Parágrafo. El informe contendrá, al menos, coberturas desagregadas para los grupos de nueve (9) a diecisiete (17), dieciocho (18) a veinte (20) y veintiuno (21) a veinticinco (25) años; brechas territoriales y poblacionales; tecnología y esquema utilizados; adquisiciones, precio promedio por dosis y disponibilidad; ejecución presupuestal; acciones de información y vacunación extramural; seguridad y farmacovigilancia; desabastecimientos; resultados de evaluación; y medidas correctivas. Cuando la madurez de los datos lo permita, incorporará tendencias de lesiones precursoras, cánceres y otras enfermedades asociadas al VPH.**

De los Congresistas,



6. REFERENCIAS

1. Constitución Política de Colombia, artículos 13, 44, 49, 150, 154, 158, 169, 334, 350 y 366. Consultar fuente oficial

2. Congreso de la República. Ley 1626 de 2013, texto oficial. Consultar fuente oficial

3. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Consultar fuente oficial

4. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Consultar fuente oficial

5. Congreso de la República. Ley 819 de 2003, artículo 7°. Consultar fuente oficial

6. Congreso de la República. Ley 2406 de 2024, modernización y actualización del PAI. Consultar fuente oficial

7. Congreso de la República. Ley 3ª de 1992, modificada por la Ley 754 de 2002, competencias de las comisiones constitucionales. Consultar fuente oficial

8. Congreso de la República. Ley 5ª de 1992, Reglamento del Congreso. Consultar fuente oficial

9. Congreso de la República. Ley 2003 de 2019, régimen de conflictos de interés. Consultar fuente oficial

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la gestión y administración del PAI 2026. Consultar fuente oficial

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos operativos para la vacunación contra el VPH en Colombia, 2024. Consultar fuente oficial

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos de la Primera Jornada Nacional de Vacunación 2026. Consultar fuente oficial

13. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, diciembre de 2022. Consultar fuente oficial

14. Organización Mundial de la Salud. Actualización de recomendaciones sobre el esquema de vacunación contra el VPH, 2022. Consultar fuente oficial

15. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus and cancer, ficha informativa. Consultar fuente oficial

16. Organización Panamericana de la Salud. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine. Consultar fuente oficial

17. IARC, Global Cancer Observatory. Colombia fact sheet, estimates for 2024. Consultar fuente oficial

18. DANE. Proyecciones de población nacional 2018–2070, actualización publicada en 2025. Consultar fuente oficial

19. Corte Constitucional. Sentencia C-350 de 2017. Consultar fuente oficial

20. Corte Constitucional. Sentencia T-365 de 2017. Consultar fuente oficial

21. Corte Constitucional. Sentencia C-752 de 2015. Consultar fuente oficial

22. Corte Constitucional. Sentencia C-175 de 2023, análisis de impacto fiscal de proyectos de iniciativa congresional. Consultar fuente oficial

CONTENIDO

Gaceta número 1367 - Miércoles, 23 de septiembre de 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY **Págs.**

Proyecto de Ley número 141 de 2026 Cámara, por medio de la cual se adiciona el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, se crea la modalidad de acogimiento familiar solidario en salud para personas habitantes de la calle como beneficiarias adicionales del régimen contributivo y se dictan otras disposiciones 1

Proyecto de Ley número 142 de 2026 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, se amplía el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y se dictan otras disposiciones 8

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026