



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 - N° 1605

Bogotá, D. C., miércoles, 21 de octubre de 2026

EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA CON
MODIFICACIONES PARA SEGUNDO
DEBATE DEL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 367 DE 2025 CÁMARA

*por medio de la cual se reconoce la obesidad
y el sobrepeso como enfermedades crónicas y
se establecen lineamientos para su prevención,
diagnóstico temprano, manejo integral y
seguimiento, y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., 16 de octubre de 2026

Honorable Representante

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

**Referencia: Informe de Ponencia para
Segundo Debate al Proyecto de Ley número 367
de 2025 Cámara**

Honorable Representante,

De conformidad con la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, rindo Informe de **PONENCIA POSITIVA** con modificaciones para Segundo Debate del **Proyecto de Ley número 367 de 2025 Cámara**, *por medio de la cual se reconoce la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas y se establecen lineamientos para su prevención, diagnóstico temprano, manejo integral y seguimiento, y se dictan otras disposiciones.*

Atentamente,

JAIRO LEÓN VARGAS

Porte Único

Representante a la Cámara por Bogotá

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO
DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO
367 DE 2025 CÁMARA

*por medio de la cual se reconoce la obesidad
y el sobrepeso como enfermedades crónicas y
se establecen lineamientos para su prevención,
diagnóstico temprano, manejo integral y
seguimiento, y se dictan otras disposiciones.*

I. OBJETO DEL PROYECTO

El Proyecto de Ley número 367 de 2025 Cámara tiene como propósito el reconocimiento de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas, multifactoriales, asociadas a determinantes sociales, psicológicos, culturales y ambientales, así como establecer lineamientos para su prevención, detección temprana, tratamiento integral y seguimiento, con enfoque de curso de vida, priorizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

II. ANTECEDENTES

Este proyecto obedece a que la obesidad y el sobrepeso constituyen una de las amenazas más urgentes para la salud pública en Colombia. De acuerdo con el World Obesity Atlas 2024, se estima que para 2035 dos de cada cinco niños y adolescentes en el mundo vivirán con sobrepeso u obesidad, y que la región de las Américas será la más afectada. En Colombia, más del 56% de los adultos presentan estas condiciones, al igual que el 24,3% de niños y el 17,9% de adolescentes.

Más allá de su vínculo con enfermedades crónicas como la diabetes o las cardiovasculares, la obesidad impacta de manera negativa la salud mental, la productividad laboral y el desempeño académico. En sectores como el transporte, se han

identificado riesgos asociados a la accidentalidad y la disminución del rendimiento físico por condiciones asociadas a la obesidad.

Además, las personas con sobrepeso experimentan limitaciones en espacios de trabajo que refuerzan el sedentarismo, falta de control del peso y barreras en salud mental. Si bien Colombia cuenta desde 2009 con la Ley 1355, que reconoce la obesidad como enfermedad crónica y promueve estrategias de prevención, hoy el país necesita un nuevo marco legal que responda a las realidades actuales. La implementación de la ley vigente ha sido limitada, y no contempla de forma suficiente elementos como:

- El abordaje de la obesidad desde la salud mental,
- El acompañamiento familiar y social,
- El entorno laboral como espacio de intervención,
- La educación como herramienta para la toma de decisiones,
- Necesidad de un sistema robusto de monitoreo y vigilancia.

Experiencias internacionales como México, Argentina y España han demostrado que un enfoque integral, multisectorial y empático, que combine componentes nutricionales, psicológicos, físicos y educativos, es más efectivo que las políticas basadas únicamente en la prohibición o la regulación del mercado.

Por eso, se propone avanzar hacia un nuevo proyecto de ley que actualice el abordaje de la obesidad en Colombia y la integre como parte estructural de la política pública en salud, educación, trabajo, y desarrollo social.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

3.1. Panorama global de la Obesidad: una crisis de salud pública creciente

La obesidad se ha posicionado como una de las principales enfermedades que amenazan la salud en el mundo entero en el siglo XXI. Clasificada como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, afecta a más de mil millones de personas en el mundo, de acuerdo con el World Obesity Atlas (2025). La transición epidemiológica y nutricional, el aumento del consumo de alimentos ultraprocesados y la disminución de la actividad física, son factores claves para el crecimiento de esta problemática (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La importancia de abordar la obesidad desde un enfoque integral, como una enfermedad crónica, radica, entre otros aspectos, en que además es precursora con múltiples Enfermedades No Transmisibles (ENT), como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cáncer y problemas músculo-esqueléticos. Adicionalmente, la obesidad tiene impactos negativos en la salud mental, la productividad laboral, los sistemas de salud y el desarrollo económico de los países. En ese sentido, se evidencia que la obesidad es

más que una condición clínica individual; se trata, más bien, de una manifestación de sistemas alimentarios, urbanos, sanitarios y sociales disfuncionales.

3.2. La obesidad en el mundo: cifras, tendencias y riesgos

De acuerdo con el World Obesity Atlas (2025), de mantenerse las tendencias actuales, para 2030, alrededor de 2,930 millones de personas adultas en el mundo vivirán con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25 kg/m², es decir, con sobrepeso u obesidad. Esta cifra representa el 50% de la población adulta en el mundo. Entre estas, más de 1,100 millones vivirán con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²), de las cuales aproximadamente 385 millones presentarán un IMC ≥ 35 kg/m², umbral clínico que generalmente requiere intervenciones médicas especializadas.

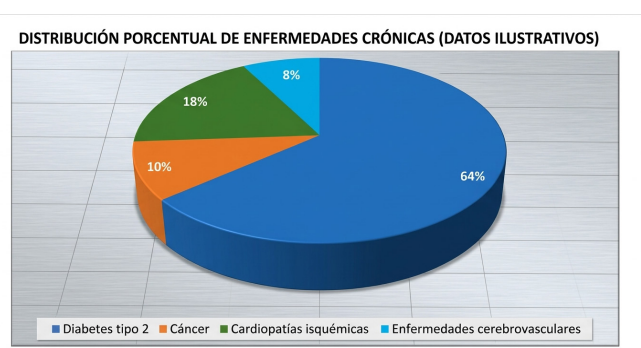
Esta tendencia no se limita únicamente a los países desarrollados. Al contrario, las naciones de ingresos medios están experimentando el crecimiento más acelerado en los índices de obesidad, lo que genera un doble riesgo: por un lado, el aumento de la carga de enfermedades asociadas y, en segundo lugar, la debilidad de los sistemas de salud para responder a dicha carga. Esta situación amenaza los logros alcanzados en reducción de pobreza, equidad en salud y desarrollo sostenible.

Tabla. Proyección de adultos con IMC alto por sexo (2010-2023)

Año	Hombres (millones, %)	Mujeres (millones, %)	Total, adultos con IMC ≥25
2010	786 (36%)	826 (37%)	1.612 millones
2015	936 (39%)	968 (40%)	1.904 millones
2030*	1.453 (50%)	1.477 (50%)	2.930 millones

Proyección. Fuente: World Obesity Federation (2025).

La obesidad está directamente relacionada con el aumento de Enfermedades No Transmisibles (ENT). En 2021 se estimó que el 15% de las muertes prematuras por ENT fueron atribuibles a un IMC elevado. Este porcentaje se eleva al 55% en el caso de la diabetes tipo 2 (Institute for Health Metrics, 2024).



Fuente: Institute for Health Metrics (2024).

Además de las muertes prematuras, la obesidad es responsable de 44,3 millones de años de vida vividos con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés), lo que representa el 27% del total de YLD por ENT a nivel global (World Obesity Federation, 2025).

A pesar de estas cifras alarmantes, de acuerdo con la World Obesity Federation (2025), solo 13 países cuentan con sistemas de salud considerados como “preparados” para atender integralmente la obesidad. Entre 199 países analizados, solamente Tonga cumple 12 de los 13 indicadores de preparación para el tratamiento y prevención de la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2024). Los principales obstáculos incluyen: escaso reconocimiento de la obesidad como enfermedad, estigma social, bajos niveles de inversión en atención, prevención, y limitada capacitación del personal sanitario.

De igual manera, se observa un incremento sostenido del sedentarismo y de dietas ultraprocesadas, que son promovidas globalmente por industrias alimentarias a través de publicidad agresiva. Las diferencias de género, igualmente, son significativas: en todas las regiones del mundo, las mujeres tienen mayores tasas de inactividad física, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2024), lo que demanda respuestas con enfoque de género.

Frente a esta crisis, la OMS propone un paquete técnico de medidas urgentes y costo-efectivas para detener la epidemia de obesidad. Estas incluyen regulaciones fiscales, entornos alimentarios saludables, educación nutricional y garantía de acceso a servicios de salud libres de estigmas.

3.3. El panorama de la obesidad en Colombia: necesidad de respuesta inmediata a un problema en constante crecimiento

Colombia, de acuerdo con la Universidad Nacional (2024), enfrenta una crisis creciente de malnutrición por exceso de peso. Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2015, el 56% de los adultos vivían con sobrepeso u obesidad para ese momento. Aunque no se dispone de datos oficiales más recientes, distintas fuentes indican que esta cifra podría superar actualmente el 60%.

El problema no se limita a la población adulta. La ENSIN 2015 mostraba ya una tendencia ascendente en niños, niñas y adolescentes:

- Niños/as menores de 05 años: 6,3% con exceso de peso.
- Niños/as entre 05 y 12 años: 24,4%.
- Adolescentes de 13 a 17 años: 17,9%.

En el caso bogotano, la capital del país, la situación se complejiza. En 2022, el Concejo de Bogotá, y con base en los resultados del Observatorio de Salud de Bogotá, alertó que más del 60% de los adultos y el 26% de los niños y niñas en edad escolar tenían exceso de peso. Estas cifras se agravan por la exposición a publicidad de alimentos poco saludables, la falta de espacios públicos adecuados para la actividad física y la baja educación nutricional en la población escolar.

Aunque el país ha dado pasos importantes, como la Ley 1355 de 2009 (Ley General para el Manejo Integral de la Obesidad), o la Ley 2120 de 2021 (establece la implementación del etiquetado

frontal de alimentos) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031, persisten retos importantes en su implementación y monitoreo, especialmente en el ámbito territorial. A pesar de contar con estrategias nacionales, estas no se traducen de manera consistente en programas locales sostenibles, lo que perpetúa las brechas regionales y socioeconómicas en los indicadores nutricionales.

La ENSIN 2015 reportó que el exceso de peso en adultos colombianos fue del 56,4%, con diferencias marcadas entre regiones. Por obesidad general (IMC ≥ 30 kg/m²), se observó una prevalencia del 18,7%, mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%). Por regiones, fue más frecuente en Orinoquía-Amazonía (21,8%), Pacífica (21,0%), y Atlántica (19,9%).

Los departamentos con mayores cifras reportadas de personas con exceso de peso fueron Amazonas (72,4%), San Andrés (65,6%), Vichada (65,3%) y Guainía (64,1%). Se identificaron clústeres de obesidad abdominal en Antioquia, Córdoba, Bolívar, Sucre, Cesar y Magdalena. Además, más del 59% de mujeres y el 39% de hombres presentan obesidad abdominal, especialmente entre afrodescendientes (50,8%) e indígenas (66,2%).

Uno de cada seis niños y adolescentes entre 5 y 17 años presenta sobrepeso u obesidad. La región Orinoquía-Amazonía destaca con una prevalencia del 25,3% en adolescentes, seguida por la Pacífica. Las mujeres adolescentes registran cifras superiores a los hombres.

Estos patrones están determinados por factores sociogeográficos como dietas altas en carbohidratos, bajo acceso a espacios públicos para actividad física, alto consumo de alimentos ultraprocesados y desigualdades urbanas y rurales. Todo ello configura un entorno obesogénico, con implicaciones importantes para las políticas públicas.

3.4. Retos pendientes y articulación multisectorial

A pesar de los avances normativos, persisten retos importantes en la implementación efectiva de políticas públicas para enfrentar la obesidad en Colombia. La persistencia de entornos obesogénicos, el escaso acceso a espacios seguros para la actividad física, la publicidad masiva de alimentos ultraprocesados y las desigualdades socioeconómicas siguen siendo barreras estructurales.

El abordaje integral de esta problemática exige una articulación multisectorial real que incluya a los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Cultura, Deporte y Transporte; así como al sector privado, el ámbito académico, las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos territoriales. La generación de entornos escolares y laborales saludables, la promoción de etiquetado nutricional claro, y la implementación de medidas fiscales y regulatorias sobre productos ultraprocesados son algunas de las acciones clave pendientes.

Por tanto, el reconocimiento normativo de la obesidad como enfermedad crónica, junto con una

legislación específica que articule los esfuerzos de prevención, atención y garantía de derechos, representa un paso fundamental para revertir las alarmantes cifras actuales y garantizar el derecho a la salud y a una vida digna para la población colombiana.

3.5. La necesidad de actualizar el marco normativo en obesidad y avanzar en un abordaje integral de la enfermedad

A pesar de los avances normativos, el marco legal vigente resulta insuficiente para responder a la complejidad de la obesidad en el país, al tratarse de una condición crónica, multifactorial y socialmente determinada. Por ello, es urgente una actualización en materia legislativa que articule acciones multisectoriales y adopte un enfoque integral de prevención, atención y seguimiento de la obesidad.

3.6. Marco normativo y de política pública de la obesidad en Colombia

La obesidad se ha consolidado como uno de los principales desafíos de salud pública en el siglo XXI. En Colombia, esta problemática ha alcanzado niveles alarmantes: según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, más del 56% de los adultos, el 24,2% de los menores en edad escolar y el 17,9% de los adolescentes presentan sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud y Protección Social *et al.*, 2017). Esta condición no solo representa un riesgo elevado para el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT) como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, sino que también conlleva una carga económica creciente para el sistema de salud y para los hogares, comprometiendo la calidad de vida de millones de personas.

En respuesta a esta crisis, el Estado colombiano ha avanzado en la formulación de un marco normativo y de política pública cada vez más robusto, encaminado a la prevención, atención integral y control del sobrepeso y la obesidad, desde un enfoque de derechos humanos, equidad, interseccionalidad y curso de vida. Este marco se encuentra alineado con los compromisos internacionales, como las metas de nutrición adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2014), las cuales buscan, entre otros objetivos, detener el aumento de sobrepeso en la niñez al 2030.

Uno de los hitos normativos más importantes fue la promulgación de la Ley 1355 de 2009, que declaró la obesidad como una enfermedad crónica y prioritaria en salud pública. Esta ley reconoce que el exceso de peso es un factor de riesgo directo para múltiples patologías y llama a implementar acciones intersectoriales para su abordaje. Posteriormente, la Ley 2120 de 2021 adoptó medidas para fomentar entornos alimentarios saludables, en un esfuerzo por prevenir las ENT a través de políticas que regulan la oferta de alimentos y promueven una alimentación equilibrada.

De forma más reciente, el Acto Legislativo número 01 de 2025 modificó el artículo 65 de la

Constitución Política, consagrando el derecho humano a una alimentación adecuada, con enfoque intercultural y territorial. Esta modificación constitucional representa un avance significativo al establecer obligaciones explícitas para el Estado en la garantía progresiva del derecho a la alimentación, en todas sus dimensiones, incluida la prevención de la obesidad y otras formas de malnutrición.

Complementando estas disposiciones, la Ley 2294 de 2023, que contiene el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, creó dos sistemas fundamentales: el Sistema Nacional de Seguimiento y Monitoreo de la Malnutrición, y el Sistema Nacional para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación. Ambos mecanismos permiten una mejor articulación institucional, monitoreo territorial y gestión de información para la toma de decisiones en política pública.

La obesidad, al ser una enfermedad multifactorial, requiere un abordaje integral que trascienda el sector salud. Documentos como el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 reconocen esta necesidad al incorporar un enfoque de determinación social de la salud, que vincula los entornos alimentarios, el acceso a espacios para la actividad física, la educación nutricional, la educación nutricional, los sistemas de información y los determinantes estructurales como la pobreza, la desigualdad y el modelo urbano.

En el marco de este plan, se promueve el uso de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como herramienta operativa. Por ejemplo, la Resolución número 3280 de 2018 establece lineamientos para la detección del riesgo de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida, desde la primera infancia hasta la adultez. Asimismo, la Resolución número 2465 de 2016 estandariza los criterios antropométricos para el diagnóstico de exceso de peso, asegurando una identificación oportuna y homogénea.

Otro documento relevante es el “Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030”, que refuerza la importancia de la nutrición en los primeros mil días de vida como estrategia fundamental de prevención de la obesidad infantil, destacando el rol de la lactancia materna exclusiva y de la alimentación complementaria adecuada.

3.7. Limitaciones del marco normativo actual

La Ley 1355 de 2009 representa un avance fundamental al reconocer la obesidad como una enfermedad crónica prioritaria en salud pública. Sin embargo, dicha norma ha tenido un enfoque principalmente declarativo y no ha logrado articular adecuadamente las políticas de salud pública con las de salud mental, educación, deporte, planeación urbana y comunicación social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Posteriormente, la Ley 2120 de 2021 sobre entornos alimentarios saludables y el Acto Legislativo número 01 de 2025 que reconoce el derecho humano a una alimentación adecuada

son avances loables, pero aún insuficientes para responder al carácter complejo y sistémico de la obesidad. La falta de una legislación integradora y operativa, con enfoque en el curso de vida, equidad y determinantes sociales, ha limitado el alcance de las acciones estatales.

La obesidad no puede abordarse únicamente desde la clínica o la modificación individual de hábitos. Se trata de una enfermedad con determinantes biológicos, psicológicos, conductuales, sociales y ambientales (World Obesity Federation, 2025). En este sentido, organismos internacionales como la OMS y la World Obesity Federation han resaltado la necesidad de cambiar los sistemas sanitarios, alimentarios, educativos y de transporte para lograr vidas más saludables.

Una nueva legislación debe propiciar un abordaje integral que articule estrategias de salud mental, nutrición, actividad física, regulación del entorno alimentario, tratamiento clínico y reducción del estigma social. La evidencia demuestra que ninguna intervención aislada tiene impacto sostenible en la reducción de la obesidad poblacional (Baile *et al.*, 2020).

3.8. Componente de salud mental

Uno de los aspectos menos considerados en las políticas públicas sobre obesidad en Colombia ha sido la salud mental. Sin embargo, se ha documentado que las personas con obesidad presentan una mayor prevalencia de trastornos como depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria e incluso ideación suicida (Baile *et al.*, 2020).

La intervención psicológica, especialmente desde el enfoque cognitivo-conductual, ha demostrado eficacia en el tratamiento de la obesidad, tanto para mejorar el control de impulsos como para fortalecer la autoestima y la adherencia a tratamientos (Baile *et al.*, 2020). En ese sentido, una actualización normativa debe incorporar el acceso a servicios de salud mental como parte esencial de las rutas integrales de atención, priorizando enfoques libres de estigmatización y culturalmente pertinentes.

3.9. Nutrición clínica como eje estructurante

La malnutrición por exceso también requiere un abordaje clínico especializado. De acuerdo con las guías europeas y americanas más recientes, el tratamiento nutricional de personas con obesidad debe estar basado en evidencia, con intervenciones individualizadas, progresivas y diseñadas por equipos multidisciplinarios (Bischoff *et al.*, 2022; American Diabetes Association, 2024).

El tratamiento nutricional no solo debe enfocarse en la pérdida de peso, sino también en la mejora del perfil metabólico, la salud gastrointestinal, la masa muscular y el bienestar general. En Colombia, el sistema de salud aún carece de capacidades suficientes para garantizar el acceso a nutricionistas clínicos, especialmente en áreas rurales. Es fundamental garantizar la disponibilidad, cobertura y calidad de estos servicios, incluida la nutrición como derecho fundamental asociado a la salud.

3.10. Promoción de actividad física

El componente de actividad física es igualmente fundamental. Las tasas de sedentarismo han aumentado de forma alarmante en Colombia, particularmente entre mujeres y adolescentes (World Obesity Atlas, 2025). La infraestructura urbana, los horarios escolares, la violencia y la falta de cultura del movimiento son factores que han contribuido a este escenario.

Una legislación integral debe establecer medidas para asegurar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada a vigorosa en todos los niveles del sistema educativo, facilitar infraestructura comunitaria para la recreación y promover políticas de movilidad activa en ciudades y municipios. Así mismo, es indispensable implementar programas diferenciados para población con discapacidad, personas mayores y comunidades rurales.

3.11. Reducción del estigma y barreras sociales

Además de ser una condición médica, la obesidad está profundamente estigmatizada. Esta estigmatización no sólo deteriora la salud mental de quienes la padecen, sino que además reduce el acceso a servicios de salud, educación y empleo, y genera una carga emocional que obstaculiza los esfuerzos de autocuidado (Baile *et al.*, 2020; World Obesity Federation, 2025).

Una política pública efectiva debe contener estrategias explícitas para combatir el estigma: campañas de comunicación inclusiva, formación del personal en lenguaje no discriminatorio, y promoción de una imagen corporal diversa. Asimismo, se deben incluir disposiciones para garantizar los derechos humanos de las personas con obesidad, en especial en entornos escolares, laborales y comunitarios.

3.12. Enfoque intersectorial y curso de vida

La obesidad debe ser abordada como un fenómeno que atraviesa todo el ciclo de vida. Desde la etapa prenatal hasta la adultez mayor, hay ventanas críticas de intervención. La ley propuesta debe promover acciones preventivas y educativas desde la gestación, integrando a las madres gestantes, los servicios de primera infancia, el sistema educativo, y la atención geriátrica (OMS, 2016; Ministerio de Salud, 2023).

Así mismo, se requiere una articulación intersectorial real y operativa. Esto implica el compromiso activo de los sectores de salud, educación, agricultura, transporte, cultura, deporte, vivienda y comunicaciones. La creación de un sistema nacional intersectorial para la prevención y atención de la obesidad permitiría alinear recursos, metas e indicadores.

IV. TRÁMITE DEL PROYECTO:

La presente iniciativa legislativa tiene por objeto el reconocimiento de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas, así como el establecimiento de lineamientos de política pública

para su prevención, diagnóstico temprano, manejo integral, seguimiento continuo y vigilancia nutricional con un enfoque de curso de vida.

Durante el trámite legislativo, el proyecto ha sido concertado a nivel técnico/político para garantizar una regulación integral, técnicamente viable y sostenible dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En Primer Debate de la Comisión Séptima, se aprobaron las siguientes modificaciones:

Principios rectores (artículo 3º): Se incorporaron modificaciones de forma en los literales e) y f).

Sistema Nacional de Vigilancia (artículo 8º): Se incorporan modificaciones de forma en el artículo eliminando el concepto de “circunferencia de cintura” y se cambia a “perímetro abdominal”.

Guías clínicas y actualización (artículo 9º): Se adiciona la obligación de difundir entre los usuarios que hagan uso del sistema de salud, información permanente acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos de salud con relación al sobrepeso y la obesidad.

Atención en salud mental (artículo 12): Se adiciona la garantía de suscribir el consentimiento previo libre e informado para la atención psicológica.

Acceso a tratamientos (artículo 13): Se adiciona un párrafo que sujeta el acceso a tecnologías sanitarias a los criterios técnicos de las guías de práctica clínica, precisando que no implica reconocimiento automático fuera del marco institucional del SGSSS.

Mientras tanto, para el Segundo Debate, se plantean las siguientes modificaciones y adiciones:

Protocolos éticos y consentimiento informado (artículo 12 - Párrafo 2º nuevo): Se adicionó la obligación de aplicar protocolos contra el sesgo de peso y la discriminación, exigiendo consentimiento informado y evaluación de alternativas no invasivas antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.

Sostenibilidad y evaluación de tecnologías (artículo 13 - Párrafo 2º adición): Se incluyó de manera expresa que la incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos y dispositivos requerirá evaluaciones previas de costo/efectividad e impacto presupuestal por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cualificación del Talento Humano (artículo 14): Se precisó la norma sobre prescripción de actividad física, aclarando que la remisión debe hacerse a profesionales habilitados, priorizando a médicos del deporte, fisioterapeutas o personal de salud capacitado en el ejercicio.

En cuanto a su naturaleza y trámite constitucional, es menester precisar que el presente proyecto de ley se tramita bajo el procedimiento de ley ordinaria, de conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política. Si bien las disposiciones contenidas en este articulado guardan una relación estrecha con la efectividad del derecho fundamental a la salud, sus mandatos no configuran un desarrollo integral ni alteran el núcleo esencial de dicho derecho, consagrada en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En su lugar, el proyecto establece herramientas operativas, lineamientos asistenciales, mecanismos de

coordinación intersectorial, guías clínicas y estrategias de promoción y prevención, los cuales se inscriben plenamente dentro del amplio margen de configuración del legislador ordinario.

Sobre la delimitación entre las materias sujetas a ley ordinaria y a ley estatutaria, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha determinado de forma reiterada que la reserva estatutaria es de carácter excepcional y restrictivo. De esta manera, en la Sentencia C-193 de 2005, la Corte estableció:

“(…) la inclusión de asuntos sometidos a la reserva de ley estatutaria dentro de una ley ordinaria, no obliga a que la totalidad de la ley deba ser tramitada por el mismo procedimiento excepcional. En este caso, sólo aquellos asuntos que afecten el núcleo esencial de derechos fundamentales, bien sea porque restringen o limitan su ejercicio o su garantía, deben ser tramitados como ley estatutaria, pero los demás asuntos no cobijados por este criterio material pueden recibir el trámite de una ley ordinaria”.

Posteriormente, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-756 de 2008 estableció los criterios para delimitar el ámbito de la reserva de ley estatutaria en materia de derechos y deberes fundamentales de la siguiente manera:

“(i) *La reserva de ley estatutaria en materia de derechos fundamentales es excepcional, en tanto que la regla general se mantiene a favor del Legislador ordinario;* (ii) *La regulación estatutaria u ordinaria no se define por la denominación adoptada por el legislador, sino por su contenido material [...]. En consecuencia, el trámite legislativo ordinario o estatutario será definido por el contenido del asunto a regular y no por el nombre que el legislador designe;* (iii) *Mediante ley estatutaria se regula únicamente el núcleo esencial del derecho fundamental, de tal forma que si un derecho tiene mayor margen de configuración legal, será menor la reglamentación por ley estatutaria;* (iv) *Las regulaciones integrales de los derechos fundamentales debe realizarse mediante ley cualificada y;* (v) *Los elementos estructurales esenciales del derecho fundamental deben regularse mediante ley estatutaria. De esta forma, es claro que la regulación puntual y detallada del derecho corresponde al legislador ordinario”.*

En consecuencia, dado que las normas que integran el Proyecto de Ley número 367 de 2025 Cámara no redefinen la estructura del derecho a la salud ni imponen limitaciones a sus elementos esenciales, sino que reglamentan aspectos institucionales, preventivos, asistenciales y de monitoreo público, la iniciativa debe continuar su trámite legislativo bajo el procedimiento y las mayorías de una ley ordinaria.

V. DEBATE EN LA COMISIÓN PRIMERA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES

El proyecto surtió su primer debate y fue aprobado con modificaciones el día 9 de junio de 2026, como consta en el Acta número 27 de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes. En el marco del debate llevado a cabo en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se presentaron las siguientes proposiciones:

Artículo que modifica	Representante	¿Acogida?	Artículo con proposición
Artículo 3° (modificatoria)	Honorable Representante Martha Lisbeth Alfonso Jurado	Sí	<p>Artículo 3°. Principios. La implementación de la presente ley se regirá bajo los siguientes principios:</p> <p>a) Integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p>b) Equidad en salud. Es la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos poblacionales, originadas por determinantes sociales, económicos o geográficos. Implica priorizar recursos y acciones hacia quienes más los necesitan, no tratar a todos por igual, sino según sus necesidades. Es un componente esencial de la justicia social.</p> <p>c) Intersectorialidad. Consiste en la colaboración estructurada entre diferentes sectores y entidades (como salud, educación, transporte, ambiente, planeación territorial, etc.) para generar entornos saludables. Se concreta a través de acciones conjuntas que integran políticas públicas y servicios, clave en la prevención de enfermedades como la obesidad.</p> <p>d) Participación comunitaria y familiar. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.</p> <p>e) Prevención de la <u>enfermedad salud</u>. Busca dotar a las poblaciones de los medios para mejorar la salud y reducir inequidades, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud. Ambas están articuladas en políticas públicas del Ministerio de Salud de Colombia.</p> <p>f) Promoción de la salud. Es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su propia salud, mediante un enfoque participativo e intersectorial que moviliza a comunidades e instituciones para crear condiciones favorables <u>de salud</u>.</p> <p>g) Enfoque diferencial. Reconoce que distintos grupos (según edad, género, etnia, ubicación, condición socioeconómica, etc.) tienen trayectorias y necesidades específicas. Implica adaptar las políticas de salud de manera diferenciada para lograr equidad.</p>

Artículo que modifica	Representante	¿Acogida?	Artículo con proposición
			h) Enfoque de curso de vida. Perspectiva que entiende la salud y el bienestar de las personas como el resultado de una interacción dinámica entre factores biológicos, sociales, ambientales y conductuales que se acumulan y se interrelacionan a lo largo de las distintas etapas de la vida, desde la gestación hasta la vejez. Este enfoque reconoce que las condiciones y experiencias tempranas influyen en los riesgos y oportunidades futuras, y que intervenciones oportunas en momentos clave pueden modificar trayectorias, reducir inequidades y promover un desarrollo integral y saludable en cada fase del ciclo vital.
Artículo 8° (modificatoria)	Honorable Representante Martha Lisbeth Alfonso Jurado	Sí	Artículo 8°. Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional. Créase el Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que articulará información de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), registros territoriales, y otras fuentes. El Sistema deberá establecer indicadores clave como prevalencia por edad, <u>perímetro abdominal</u> circunferencia de cintura , entornos, exposición publicitaria, acceso a alimentos saludables; con informes de la situación a nivel nacional y territorial con periodicidad no mayor a cinco (5) años y mecanismos de interoperabilidad para la toma de decisiones. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto mínimo de indicadores.
Artículo 9° (modificatoria)	Honorable Representante Gerardo Yepes Caro	Sí	Artículo 9°. Lineamientos técnicos y guías clínicas. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará periódicamente las guías de práctica clínica y protocolos de atención para el manejo del sobrepeso y la obesidad, incluyendo componentes nutricionales, psicológicos, farmacológicos, procedimientos e intervenciones clínicas y de actividad física. Parágrafo 1°. Para la actualización de las guías, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá adoptar lineamientos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) u otras agencias internacionales. Parágrafo 2°. El periodo de actualización de dichas guías no podrá ser mayor de cinco (5) años. Parágrafo 3°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de difundir entre sus usuarios información permanente acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos de salud con relación al sobrepeso y obesidad.

Artículo que modifica	Representante	¿Acogida?	Artículo con proposición
Artículo 12 (modificatoria)	Honorable Representante Gerardo Yepes Caro	Sí	<p>Artículo 12. Atención psicológica. El manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberá garantizar acceso oportuno a terapias psicológicas basadas en evidencia y acompañamiento psicosocial continuo.</p> <p>Parágrafo. Los programas de salud nacionales y territoriales que se formulen para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberán incluir estrategias de atención psicológica para los pacientes diagnosticados, así como estrategias contra la estigmatización y discriminación de las personas con sobrepeso u obesidad, <u>garantizando el consentimiento previo libre e informado.</u></p>
Artículo 13 (modificatoria)	Honorable Representante Martha Lisbeth Alfonso Jurado	Sí	<p>Artículo 13. Acceso a tratamientos. El Gobierno nacional garantizará el acceso a tecnologías en salud y tratamientos disponibles en el país y que se requieran para el manejo integral de la obesidad, respetando el principio de autonomía médica y procurando equidad en el acceso.</p> <p>Parágrafo 1º. <u>El acceso a las tecnologías, tratamientos, procedimientos e intervenciones clínicas de que trata el presente artículo deberá sujetarse a las guías de práctica clínica, protocolos de atención y lineamientos técnicos actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 9º de la presente ley. En todo caso, dichas guías deberán establecer criterios de indicación clínica, severidad, riesgo, seguimiento, contraindicaciones y priorización, con el fin de garantizar un manejo integral, seguro, equitativo y sostenible del sobrepeso y la obesidad.</u></p> <p>Parágrafo 2º. <u>La presente disposición no implicará el reconocimiento automático de una tecnología, tratamiento o procedimiento específico, ni sustituirá los procesos de evaluación de tecnologías en salud, actualización de beneficios, definición de rutas integrales de atención, financiación y demás reglas aplicables dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</u></p>

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
PROYECTO DE LEY NÚMERO 367 DE 2025 CÁMARA “POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO COMO ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO TEMPRANO, MANEJO INTEGRAL Y SEGUIMIENTO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	PROYECTO DE LEY NÚMERO 367 DE 2025 CÁMARA “POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO COMO ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO TEMPRANO, MANEJO INTEGRAL Y SEGUIMIENTO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	NINGUNA

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas, multifactoriales, asociadas a determinantes sociales, psicológicos, culturales y ambientales, así como establecer lineamientos para su prevención, detección temprana, tratamiento integral y seguimiento, con enfoque de curso de vida, priorizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas, multifactoriales, asociadas a determinantes sociales, psicológicos, culturales y ambientales, así como establecer lineamientos para su prevención, detección temprana, tratamiento integral y seguimiento, con enfoque de curso de vida, priorizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la presente ley se establecen las siguientes definiciones:</p> <p>a) Obesidad sarcopénica. Condición que combina exceso de grasa corporal con pérdida de masa y fuerza muscular, lo que incrementa riesgos metabólicos, funcionales y de gravedad en enfermedades crónicas.</p> <p>b) Riesgo nutricional. Probabilidad de un efecto adverso en la salud derivado de ingestas insuficientes o excesivas de nutrientes o sustancias bioactivas, considerando la magnitud del daño potencial.</p> <p>c) Acompañamiento psicosocial. Conjunto de servicios y procesos interdisciplinarios que buscan prevenir, mitigar o superar impactos emocionales, sociales y psicológicos asociados a la obesidad, incluyendo intervenciones contra la estigmatización.</p> <p>d) Entornos saludables. Son espacios urbanos o rurales en los que transcurre la vida cotidiana, donde las personas interactúan entre ellas y con el ambiente que las rodea, generando condiciones para el desarrollo humano sustentable y sostenible. En ellos se promueve la apropiación y la participación social, la construcción de políticas públicas, el mejoramiento de los ambientes y la educación para la salud, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad.</p> <p>e) Vigilancia nutricional. Seguimiento sistemático de indicadores nutricionales y alimentarios (deficiencias, excesos) para suministrar información al sistema de salud y guiar intervenciones.</p> <p>f) Salud metabólica. La salud metabólica se refiere a la forma en que nuestro cuerpo procesa y utiliza los nutrientes de los alimentos que consumimos. Una buena salud metabólica es esencial para mantener un peso saludable, prevenir enfermedades crónicas y tener energía y vitalidad.</p>	<p>Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la presente ley se establecen las siguientes definiciones:</p> <p>a) Obesidad sarcopénica. Condición que combina exceso de grasa corporal con pérdida de masa y fuerza muscular, lo que incrementa riesgos metabólicos, funcionales y de gravedad en enfermedades crónicas.</p> <p>b) Riesgo nutricional. Probabilidad de un efecto adverso en la salud derivado de ingestas insuficientes o excesivas de nutrientes o sustancias bioactivas, considerando la magnitud del daño potencial.</p> <p>c) Acompañamiento psicosocial. Conjunto de servicios y procesos interdisciplinarios que buscan prevenir, mitigar o superar impactos emocionales, sociales y psicológicos asociados a la obesidad, incluyendo intervenciones contra la estigmatización.</p> <p>d) Entornos saludables. Son espacios urbanos o rurales en los que transcurre la vida cotidiana, donde las personas interactúan entre ellas y con el ambiente que las rodea, generando condiciones para el desarrollo humano sustentable y sostenible. En ellos se promueve la apropiación y la participación social, la construcción de políticas públicas, el mejoramiento de los ambientes y la educación para la salud, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad.</p> <p>e) Vigilancia nutricional. Seguimiento sistemático de indicadores nutricionales y alimentarios (deficiencias, excesos) para suministrar información al sistema de salud y guiar intervenciones.</p> <p>f) Salud metabólica. La salud metabólica se refiere a la forma en que nuestro cuerpo procesa y utiliza los nutrientes de los alimentos que consumimos. Una buena salud metabólica es esencial para mantener un peso saludable, prevenir enfermedades crónicas y tener energía y vitalidad.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 3°. Principios. La implementación de la presente ley se regirá bajo los siguientes principios:</p>	<p>Artículo 3°. Principios. La implementación de la presente ley se regirá bajo los siguientes principios:</p>	NINGUNA

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
<p>a) Integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p>b) Equidad en salud. Es la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos poblacionales, originadas por determinantes sociales, económicos o geográficos. Implica priorizar recursos y acciones hacia quienes más los necesitan, no tratar a todos por igual sino según sus necesidades. Es un componente esencial de la justicia social.</p> <p>c) Intersectorialidad. Consiste en la colaboración estructurada entre diferentes sectores y entidades (como salud, educación, transporte, ambiente, planeación territorial, etc.) para generar entornos saludables. Se concreta a través de acciones conjuntas que integran políticas públicas y servicios, clave en la prevención de enfermedades como la obesidad.</p> <p>d) Participación comunitaria y familiar. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.</p> <p>e) Prevención de la enfermedad. Busca dotar a las poblaciones de los medios para mejorar la salud y reducir inequidades, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud. Ambas están articuladas en políticas públicas del Ministerio de Salud de Colombia.</p> <p>f) Promoción de la salud. Es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su propia salud, mediante un enfoque participativo e intersectorial que moviliza a comunidades e instituciones para crear condiciones favorables de salud.</p> <p>g) Enfoque diferencial. Reconoce que distintos grupos (según edad, género, etnia, ubicación, condición socioeconómica, etc.) tienen trayectorias y necesidades específicas. Implica adaptar las políticas de salud de manera diferenciada para lograr equidad.</p>	<p>a) Integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p>b) Equidad en salud. Es la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos poblacionales, originadas por determinantes sociales, económicos o geográficos. Implica priorizar recursos y acciones hacia quienes más los necesitan, no tratar a todos por igual sino según sus necesidades. Es un componente esencial de la justicia social.</p> <p>c) Intersectorialidad. Consiste en la colaboración estructurada entre diferentes sectores y entidades (como salud, educación, transporte, ambiente, planeación territorial, etc.) para generar entornos saludables. Se concreta a través de acciones conjuntas que integran políticas públicas y servicios, clave en la prevención de enfermedades como la obesidad.</p> <p>d) Participación comunitaria y familiar. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.</p> <p>e) Prevención de la enfermedad. Busca dotar a las poblaciones de los medios para mejorar la salud y reducir inequidades, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud. Ambas están articuladas en políticas públicas del Ministerio de Salud de Colombia.</p> <p>f) Promoción de la salud. Es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su propia salud, mediante un enfoque participativo e intersectorial que moviliza a comunidades e instituciones para crear condiciones favorables de salud.</p> <p>g) Enfoque diferencial. Reconoce que distintos grupos (según edad, género, etnia, ubicación, condición socioeconómica, etc.) tienen trayectorias y necesidades específicas. Implica adaptar las políticas de salud de manera diferenciada para lograr equidad.</p>	

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
h) Enfoque de curso de vida. Perspectiva que entiende la salud y el bienestar de las personas como el resultado de una interacción dinámica entre factores biológicos, sociales, ambientales y conductuales que se acumulan y se interrelacionan a lo largo de las distintas etapas de la vida, desde la gestación hasta la vejez. Este enfoque reconoce que las condiciones y experiencias tempranas influyen en los riesgos y oportunidades futuras, y que intervenciones oportunas en momentos clave pueden modificar trayectorias, reducir inequidades y promover un desarrollo integral y saludable en cada fase del ciclo vital.	h) Enfoque de curso de vida. Perspectiva que entiende la salud y el bienestar de las personas como el resultado de una interacción dinámica entre factores biológicos, sociales, ambientales y conductuales que se acumulan y se interrelacionan a lo largo de las distintas etapas de la vida, desde la gestación hasta la vejez. Este enfoque reconoce que las condiciones y experiencias tempranas influyen en los riesgos y oportunidades futuras, y que intervenciones oportunas en momentos clave pueden modificar trayectorias, reducir inequidades y promover un desarrollo integral y saludable en cada fase del ciclo vital.	
Artículo 4°. Enfoque integral. El abordaje del sobrepeso y la obesidad incluirá acciones en nutrición clínica, promoción de la actividad física, salud mental, acompañamiento psicosocial, educación alimentaria y creación de entornos saludables.	Artículo 4°. Enfoque integral. El abordaje del sobrepeso y la obesidad incluirá acciones en nutrición clínica, promoción de la actividad física, salud mental, acompañamiento psicosocial, educación alimentaria y creación de entornos saludables.	NINGUNA
Artículo 5°. Entorno laboral. Las entidades públicas y privadas deberán promover programas de bienestar laboral que incluya pausas activas, alimentación balanceada y campañas educativas sobre salud nutricional y actividad física.	Artículo 5°. Entorno laboral. Las entidades públicas y privadas deberán promover programas de bienestar laboral que incluya pausas activas, alimentación balanceada y campañas educativas sobre salud nutricional y actividad física.	NINGUNA
Artículo 6°. Entorno educativo. Las instituciones de educación básica, secundaria y media académica oficiales y privadas deberán garantizar programas de educación nutricional, actividad física diaria adecuada por grupo etario, oferta alimentaria saludable y acompañamiento psicosocial, a través de profesionales idóneos.	Artículo 6°. Entorno educativo. Las instituciones de educación básica, secundaria y media académica oficiales y privadas deberán garantizar programas de educación nutricional, actividad física diaria adecuada por grupo etario, oferta alimentaria saludable y acompañamiento psicosocial, a través de profesionales idóneos.	NINGUNA
Artículo 7°. Participación comunitaria y familiar. El Gobierno nacional promoverá espacios comunitarios y familiares que fortalezcan la adopción de hábitos saludables, priorizando poblaciones en situación de vulnerabilidad, primera infancia, adultos mayores, personas con discapacidad y comunidades rurales.	Artículo 7°. Participación comunitaria y familiar. El Gobierno nacional promoverá espacios comunitarios y familiares que fortalezcan la adopción de hábitos saludables, priorizando poblaciones en situación de vulnerabilidad, primera infancia, adultos mayores, personas con discapacidad y comunidades rurales.	NINGUNA
Artículo 8°. Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional. Créase el Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que articulará información de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), registros territoriales, y otras fuentes. El Sistema deberá establecer indicadores clave como prevalencia por edad, perímetro abdominal, entornos, exposición publicitaria, acceso a alimentos saludables; con informes de la situación a nivel nacional y territorial con periodicidad no mayor a cinco (5) años y mecanismos de interoperabilidad para la toma de decisiones. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto mínimo de indicadores.	Artículo 8°. Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional. Créase el Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que articulará información de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), registros territoriales, y otras fuentes. El Sistema deberá establecer indicadores clave como prevalencia por edad, perímetro abdominal, entornos, exposición publicitaria, acceso a alimentos saludables; con informes de la situación a nivel nacional y territorial con periodicidad no mayor a cinco (5) años y mecanismos de interoperabilidad para la toma de decisiones. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto mínimo de indicadores.	NINGUNA

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
<p>Artículo 9º. <i>Lineamientos técnicos y guías clínicas.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará periódicamente las guías de práctica clínica y protocolos de atención para el manejo del sobrepeso y la obesidad, incluyendo componentes nutricionales, psicológicos, farmacológicos, procedimientos e intervenciones clínicas y de actividad física.</p> <p>Parágrafo 1º. Para la actualización de las guías, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá adoptar lineamientos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) u otras agencias internacionales.</p> <p>Parágrafo 2º. El periodo de actualización de dichas guías no podrá ser mayor de cinco (5) años.</p> <p>Parágrafo 3º. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tendrán la obligación de difundir entre sus usuarios información permanente acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos de salud con relación al sobrepeso y obesidad.</p>	<p>Artículo 9º. <i>Lineamientos técnicos y guías clínicas.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará periódicamente las guías de práctica clínica y protocolos de atención para el manejo del sobrepeso y la obesidad, incluyendo componentes nutricionales, psicológicos, farmacológicos, procedimientos e intervenciones clínicas y de actividad física.</p> <p>Parágrafo 1º. Para la actualización de las guías, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá adoptar lineamientos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) u otras agencias internacionales.</p> <p>Parágrafo 2º. El periodo de actualización de dichas guías no podrá ser mayor de cinco (5) años.</p> <p>Parágrafo 3º. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tendrán la obligación de difundir entre sus usuarios información permanente acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos de salud con relación al sobrepeso y obesidad.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 10. <i>Financiamiento.</i> El Gobierno nacional garantizará los recursos para la implementación de la presente ley mediante el Presupuesto General de la Nación y podrá apalancarse en fuentes adicionales de cooperación internacional y alianzas público-privadas.</p>	<p>Artículo 10. <i>Financiamiento.</i> El Gobierno nacional garantizará los recursos para la implementación de la presente ley mediante el Presupuesto General de la Nación y podrá apalancarse en fuentes adicionales de cooperación internacional y alianzas público-privadas.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 11. <i>Detección y diagnóstico temprano.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá lineamientos para el tamizaje obligatorio de sobrepeso y obesidad desde la primera infancia. Las EPS, IPS o las entidades que hagan sus veces y entidades territoriales deberán garantizar el seguimiento periódico, mínimo cada dos (2) años en adultos y anualmente en población infantil y adolescente.</p>	<p>Artículo 11. <i>Detección y diagnóstico temprano.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá lineamientos para el tamizaje obligatorio de sobrepeso y obesidad desde la primera infancia. Las EPS, IPS o las entidades que hagan sus veces y entidades territoriales deberán garantizar el seguimiento periódico, mínimo cada dos (2) años en adultos y anualmente en población infantil y adolescente.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 12. <i>Atención psicológica.</i> El manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberá garantizar acceso oportuno a terapias psicológicas basadas en evidencia y acompañamiento psicosocial continuo.</p> <p>Parágrafo. Los programas de salud nacionales y territoriales que se formulen para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberán incluir estrategias de atención psicológica para los pacientes diagnosticados, así como estrategias contra la estigmatización y discriminación de las personas con sobrepeso u obesidad, garantizando el consentimiento previo libre e informado.</p>	<p>Artículo 12. <i>Atención psicológica.</i> El manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberá garantizar acceso oportuno a terapias psicológicas basadas en evidencia y acompañamiento psicosocial continuo.</p> <p>Parágrafo 1º. Los programas de salud nacionales y territoriales que se formulen para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberán incluir estrategias de atención psicológica para los pacientes diagnosticados, así como estrategias contra la estigmatización y discriminación de las personas con sobrepeso u obesidad, garantizando el consentimiento previo libre e informado.</p>	<p>Se Adiciona parágrafo 2º con el propósito de obligar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a implementar protocolos institucionales contra el sesgo de peso y la discriminación. Asimismo, se fortalece el principio de autonomía del paciente mediante la exigencia del consentimiento informado para procedimientos clínicos e invasivos, garantizando la valoración previa de alternativas no invasivas y el acompañamiento ético durante la atención.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
	<p>Parágrafo 2°. En el marco del acompañamiento psicosocial, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán implementar protocolos para la prevención del sesgo de peso y la discriminación en la atención en salud. Todo procedimiento clínico o invasivo para el manejo de la obesidad, o cuando sea necesario según la naturaleza del tratamiento o por indicación del personal de salud, requerirá un proceso de consentimiento informado, garantizando, como mínimo, la autonomía del paciente, la evaluación de alternativas no invasivas y el acompañamiento ético.</p>	
<p>Artículo 13. Acceso a tratamientos. El Gobierno nacional garantizará el acceso a tecnologías en salud y tratamientos disponibles en el país y que se requieran para el manejo integral de la obesidad, respetando el principio de autonomía médica y procurando equidad en el acceso.</p> <p>Parágrafo 1°. El acceso a las tecnologías, tratamientos, procedimientos e intervenciones clínicas de que trata el presente artículo deberá sujetarse a las guías de práctica clínica, protocolos de atención y lineamientos técnicos actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley. En todo caso, dichas guías deberán establecer criterios de indicación clínica, severidad, riesgo, seguimiento, contraindicaciones y priorización, con el fin de garantizar un manejo integra, seguro, equitativo y sostenible del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Parágrafo 2°. La presente disposición no implicará el reconocimiento automático de una tecnología, tratamiento o procedimiento específico, ni sustituirá los procesos de evaluación de tecnologías en salud, actualización de beneficios, definición de rutas integrales de atención, financiación y demás reglas aplicables dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Artículo 13. Acceso a tratamientos. El Gobierno nacional garantizará el acceso a tecnologías en salud y tratamientos disponibles en el país y que se requieran para el manejo integral de la obesidad, respetando el principio de autonomía médica y procurando equidad en el acceso.</p> <p>Parágrafo 1°. El acceso a las tecnologías, tratamientos, procedimientos e intervenciones clínicas de que trata el presente artículo deberá sujetarse a las guías de práctica clínica, protocolos de atención y lineamientos técnicos actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley. En todo caso, dichas guías deberán establecer criterios de indicación clínica, severidad, riesgo, seguimiento, contraindicaciones y priorización, con el fin de garantizar un manejo integra, seguro, equitativo y sostenible del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Parágrafo 2°. La presente disposición no implicará el reconocimiento automático de una tecnología, tratamiento o procedimiento específico, ni sustituirá los procesos de evaluación de tecnologías en salud, actualización de beneficios, definición de rutas integrales de atención, financiación y demás reglas aplicables dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><u>Para la inclusión de nuevas tecnologías sanitarias, medicamentos y dispositivos médicos destinados al manejo de la obesidad, el Ministerio de Salud y Protección Social se apoyará en evaluaciones de costo-efectividad e impacto presupuestal desarrolladas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), o la entidad competente.</u></p>	<p>Se adiciona un inciso final al parágrafo 2° con el fin de garantizar la rigurosidad técnica, la evidencia científica y la sostenibilidad financiera del sistema de salud en la incorporación de innovaciones sanitarias.</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
<p>Artículo 14. Prescripción de actividad física. En los planes de manejo prescritos para pacientes con sobrepeso y obesidad se deberá remitir al paciente con profesionales de la salud especialistas en deporte para su valoración y respectiva prescripción de actividad física.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Deporte, desarrollarán conjuntamente los lineamientos a que haya lugar para optimizar y garantizar la prescripción de actividad física como parte fundamental del manejo integral del sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Artículo 14. Prescripción de actividad física. En los planes de manejo prescritos para pacientes con sobrepeso y obesidad se deberá remitir al paciente con <u>a profesionales de la salud especialistas en deporte debidamente habilitados, priorizando especialistas en medicina del deporte, profesionales en fisioterapia o profesionales en áreas de la salud capacitados en prescripción del ejercicio,</u> para su valoración y respectiva prescripción de actividad física.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Deporte, desarrollarán conjuntamente los lineamientos a que haya lugar para optimizar y garantizar la prescripción de actividad física como parte fundamental del manejo integral del sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Se modifica para asegurar la oportunidad en la atención, la equidad en el acceso y la rigurosidad en la habilitación del talento humano. Al incluir a fisioterapeutas y otros profesionales de la salud con competencia en prescripción del ejercicio, debidamente habilitados, se fortalece el equipo multidisciplinario, se optimizan los tiempos de respuesta y se garantiza que la prescripción del ejercicio se realice con base en criterios de idoneidad y seguridad para el paciente.</p>
<p>Artículo 15. Coordinación intersectorial. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la articulación con los sectores de educación, trabajo, transporte, deporte, planeación territorial y el sector privado.</p>	<p>Artículo 15. Coordinación intersectorial. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la articulación con los sectores de educación, trabajo, transporte, deporte, planeación territorial y el sector privado.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 16. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su sanción.</p>	<p>Artículo 16. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su sanción.</p>	NINGUNA
<p>Artículo 17. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 17. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	NINGUNA

VII. CONFLICTO DE INTERÉS:

De conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, modificadorio del artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, por medio del cual se les ordena a los autores de una iniciativa legislativa presentar en la exposición de motivos un acápite que describa los eventos que podrían generar un conflicto de interés de cara a su discusión y votación, me permito realizar las siguientes consideraciones:

Los elementos del régimen de conflicto de intereses desarrollados por la jurisprudencia del Consejo de Estado fueron recogidos por la Corte Constitucional en Sentencia C-302 de 2021 de la siguiente manera:

(...) son entonces varios los elementos que, de conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado, caracterizan la institución del conflicto de intereses: i) es una excepción a la inmunidad de los congresistas (artículo 185 de la CP); ii) es un concepto jurídico indeterminado que, en principio, impide establecer reglas generales aplicables a todos los casos; iii) aquel surge cuando el congresista o sus parientes, en los grados señalados en la ley, tienen un interés particular, actual y directo en un asunto puesto a su consideración, el cual, por esta misma razón, es antagónico al interés general que debe buscar y preservar la investidura del cargo; y iv) si el congresista está inmerso en un conflicto de intereses, deberá declararse impedido, con el fin de

cumplir con el mandato constitucional contenido en el artículo 182 de la Carta¹“.

Así mismo, es importante recordar los distintos tipos de beneficios que pueden configurar un conflicto de interés, dispuestos en el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019, modificadorio del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992:

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

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

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

Adicionalmente a lo descrito, se debe resaltar que el interés ha de ser particular y no general, dado que si fuera el último caso los congresistas siempre se encontrarán

¹ Corte Constitucional. Sentencia C-302 del 9 de septiembre de 2021, M. S. Cristina Pardo Schlesinger.

en situación de conflicto, así lo describe el Consejo de Estado:

“En tratándose de conflicto de intereses, el interés “particular” cobra relevancia, entonces, no porque el congresista pueda eventualmente beneficiarse de una ley expedida para la generalidad de la sociedad, sino porque dicho proyecto le significa al congresista un beneficio especial, no disponible para los colombianos que en abstracto se encuentren en las hipótesis de la ley, configurándose así una situación de desigualdad que ostensiblemente favorece al legislador²”.

En virtud de lo anterior, se considera que la discusión y aprobación del presente no presentaría conflictos de interés en razón de beneficios particulares, actuales y/o directos a los Congresistas conforme a lo dispuesto en la norma dado que se trata de un proyecto de ley con efectos jurídicos generales y abstractos por medio de la cual se pretenden medidas para dar un abordaje integral que busca posicionar la obesidad y el sobrepeso como un asunto prioritario de salud pública, mediante un enfoque preventivo, intersectorial y centrado en el curso de vida, con implicaciones significativas en la organización del Sistema de Salud, la asignación de responsabilidades institucionales y la destinación de recursos públicos.

No obstante, es importante aclarar que la descripción realizada en este acápite sobre la no configuración de conflictos a lo largo del trámite del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 y su modificación, no exime a los Congresistas de identificar causales de conflicto de interés.

En los anteriores términos queda sustentado el proyecto de ley de la referencia.

VIII. IMPACTO FISCAL:

Dando cumplimiento al artículo 7º de la Ley 819 de 2003 “Análisis del impacto fiscal de las normas”. Debemos señalar que, los gastos que se generen de la presente iniciativa legislativa se deben entender como incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión al cual haya lugar.

Así las cosas, posterior a la promulgación del presente proyecto de ley, el Gobierno nacional deberá promover y realizar acciones tendientes a su ejercicio y cumplimiento, lo anterior con observancia de la regla y el marco fiscales de mediano plazo.

De conformidad con lo anterior, resulta importante citar un pronunciamiento de la Corte Constitucional acerca del tema, el cual quedó plasmado en la Sentencia C-490 del año 2011, en la cual señala a renglón seguido.

“El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de

veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”. (Negrillas fuera de texto).

En el mismo sentido resulta importante citar el pronunciamiento de la Corte Constitucional en la Sentencia C-502/2007, en el cual se puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en una barrera, para que las corporaciones públicas (Congreso, asambleas y concejos) ejerzan su función legislativa y normativa:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirán a concederle una forma de poder de veto al Ministerio de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento”.

De conformidad con lo anterior, y como lo ha resaltado la Corte Constitucional, el análisis del impacto fiscal de las iniciativas parlamentarias que se presenten no puede ser una barrera para establecer disposiciones normativas que requieran gastos fiscales. Mencionando además que si bien compete a los congresistas y a ambas cámaras del Congreso de la República la inexorable responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede ocasionar al erario, es claro que es el Gobierno nacional a través del Ministerio de Hacienda, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros de la Rama Legislativa la inviabilidad financiera del proyecto de ley que en su momento se estudie, en este caso el que nos ocupa.

IX. PROPOSICIÓN

Por los argumentos expuestos anteriormente, presento ponencia positiva y solicito a los miembros de la Plenaria de la Cámara de Representantes dar segundo debate y aprobar el Proyecto de Ley número 367 de 2025 Cámara, por medio de la cual se reconoce la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas y se establecen lineamientos para su prevención, diagnóstico temprano, manejo integral y seguimiento, y se dictan otras disposiciones, conforme al texto propuesto con modificaciones.

Atentamente.

JAIRO LEÓN VARGAS

Ponente Único

Representante a la Cámara por Bogotá

² Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil. Sentencia del 21 de octubre de 2010, C. P. Augusto Hernández Becerra, Radicado 11001-03-06-000-2010-00112-00(2042).

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO
DEBATE**

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 367 DE 2025
CÁMARA**

*por medio de la cual se reconoce la obesidad
y el sobrepeso como enfermedades crónicas y
se establecen lineamientos para su prevención,
diagnóstico temprano, manejo integral y
seguimiento, y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, principios y definiciones

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas, multifactoriales, asociadas a determinantes sociales, psicológicos, culturales y ambientales, así como establecer lineamientos para su prevención, detección temprana, tratamiento integral y seguimiento, con enfoque de curso de vida, priorizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Artículo 2º. Definiciones. Para efectos de la presente ley se establecen las siguientes definiciones:

a) Obesidad sarcopénica. Condición que combina exceso de grasa corporal con pérdida de masa y fuerza muscular, lo que incrementa riesgos metabólicos, funcionales y de gravedad en enfermedades crónicas.

b) Riesgo nutricional. Probabilidad de un efecto adverso en la salud derivado de ingestas insuficientes o excesivas de nutrientes o sustancias bioactivas, considerando la magnitud del daño potencial.

c) Acompañamiento psicosocial. Conjunto de servicios y procesos interdisciplinarios que buscan prevenir, mitigar o superar impactos emocionales, sociales y psicológicos asociados a la obesidad, incluyendo intervenciones contra la estigmatización.

d) Entornos saludables. Son espacios urbanos o rurales en los que transcurre la vida cotidiana, donde las personas interactúan entre ellas y con el ambiente que las rodea, generando condiciones para el desarrollo humano sustentable y sostenible. En ellos se promueve la apropiación y la participación social, la construcción de políticas públicas, el mejoramiento de los ambientes y la educación para la salud, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad.

e) Vigilancia nutricional. Seguimiento sistemático de indicadores nutricionales y alimentarios (deficiencias, excesos) para suministrar información al sistema de salud y guiar intervenciones.

f) Salud metabólica. La salud metabólica se refiere a la forma en que nuestro cuerpo

procesa y utiliza los nutrientes de los alimentos que consumimos. Una buena salud metabólica es esencial para mantener un peso saludable, prevenir enfermedades crónicas y tener energía y vitalidad.

Artículo 3º. Principios. La implementación de la presente ley se regirá bajo los siguientes principios:

a) Integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

b) Equidad en salud. Es la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos poblacionales, originadas por determinantes sociales, económicos o geográficos. Implica priorizar recursos y acciones hacia quienes más los necesitan, no tratar a todos por igual sino según sus necesidades. Es un componente esencial de la justicia social.

c) Intersectorialidad. Consiste en la colaboración estructurada entre diferentes sectores y entidades (como salud, educación, transporte, ambiente, planeación territorial, etc.) para generar entornos saludables. Se concreta a través de acciones conjuntas que integran políticas públicas y servicios, clave en la prevención de enfermedades como la obesidad.

d) Participación comunitaria y familiar. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

e) Prevención de la enfermedad. Busca dotar a las poblaciones de los medios para mejorar la salud y reducir inequidades, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud. Ambas están articuladas en políticas públicas del Ministerio de Salud de Colombia.

f) Promoción de la salud. Es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su propia salud, mediante un enfoque participativo e intersectorial que moviliza a comunidades e instituciones para crear condiciones favorables de salud.

g) Enfoque diferencial. Reconoce que distintos grupos (según edad, género, etnia, ubicación, condición socioeconómica, etc.) tienen trayectorias y necesidades específicas. Implica adaptar las políticas de salud de manera diferenciada para lograr equidad.

h) Enfoque de curso de vida. Perspectiva que entiende la salud y el bienestar de las personas como el resultado de una interacción dinámica entre factores biológicos, sociales, ambientales y conductuales que se acumulan y se interrelacionan a lo largo de las distintas

etapas de la vida, desde la gestación hasta la vejez. Este enfoque reconoce que las condiciones y experiencias tempranas influyen en los riesgos y oportunidades futuras, y que intervenciones oportunas en momentos clave pueden modificar trayectorias, reducir inequidades y promover un desarrollo integral y saludable en cada fase del ciclo vital.

CAPÍTULO II

Lineamientos para la prevención y el manejo integral

Artículo 4°. Enfoque integral. El abordaje del sobrepeso y la obesidad incluirá acciones en nutrición clínica, promoción de la actividad física, salud mental, acompañamiento psicosocial, educación alimentaria y creación de entornos saludables.

Artículo 5°. Entorno laboral. Las entidades públicas y privadas deberán promover programas de bienestar laboral que incluya pausas activas, alimentación balanceada y campañas educativas sobre salud nutricional y actividad física.

Artículo 6°. Entorno educativo. Las instituciones de educación básica, secundaria y media académica oficiales y privadas deberán garantizar programas de educación nutricional, actividad física diaria adecuada por grupo etario, oferta alimentaria saludable y acompañamiento psicosocial, a través de profesionales idóneos.

Artículo 7°. Participación comunitaria y familiar. El Gobierno nacional promoverá espacios comunitarios y familiares que fortalezcan la adopción de hábitos saludables, priorizando poblaciones en situación de vulnerabilidad, primera infancia, adultos mayores, personas con discapacidad y comunidades rurales.

CAPÍTULO III

Instrumentos de gestión y vigilancia

Artículo 8°. Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional. Créase el Sistema Nacional de Evaluación y Vigilancia Nutricional, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que articulará información de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), registros territoriales, y otras fuentes. El Sistema deberá establecer indicadores clave como prevalencia por edad, perímetro abdominal, entornos, exposición publicitaria, acceso a alimentos saludables; con informes de la situación a nivel nacional y territorial con periodicidad no mayor a cinco (5) años y mecanismos de interoperabilidad para la toma de decisiones. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto mínimo de indicadores.

Artículo 9°. Lineamientos técnicos y guías clínicas. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará periódicamente las guías de práctica clínica y protocolos de atención para el manejo del sobrepeso y la obesidad, incluyendo componentes nutricionales, psicológicos, farmacológicos, procedimientos e intervenciones clínicas y de actividad física.

Parágrafo 1°. Para la actualización de las guías, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá adoptar lineamientos avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) u otras agencias internacionales.

Parágrafo 2°. El periodo de actualización de dichas guías no podrá ser mayor de cinco (5) años.

Parágrafo 3°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de difundir, entre sus usuarios, información permanente acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos de salud con relación al sobrepeso y obesidad.

Artículo 10. Financiamiento. El Gobierno nacional garantizará los recursos para la implementación de la presente Ley mediante el Presupuesto General de la Nación y podrá apalancarse en fuentes adicionales de cooperación internacional y alianzas público-privadas.

CAPÍTULO IV

Acceso y atención en salud

Artículo 11. Detección y diagnóstico temprano. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá lineamientos para el tamizaje obligatorio de sobrepeso y obesidad desde la primera infancia. Las EPS, IPS o las entidades que hagan sus veces y entidades territoriales deberán garantizar el seguimiento periódico, mínimo cada dos (2) años en adultos y anualmente en población infantil y adolescente.

Artículo 12. Atención psicológica. El manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberá garantizar acceso oportuno a terapias psicológicas basadas en evidencia y acompañamiento psicosocial continuo.

Parágrafo 1°. Los programas de salud nacionales y territoriales que se formulen para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad deberán incluir estrategias de atención psicológica para los pacientes diagnosticados, así como estrategias contra la estigmatización y discriminación de las personas con sobrepeso u obesidad, garantizando el consentimiento previo libre e informado.

Parágrafo 2°. En el marco del acompañamiento psicosocial, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán implementar protocolos para la prevención del sesgo de peso y la discriminación en la atención en salud. Todo procedimiento clínico o invasivo para el manejo de la obesidad, o cuando sea necesario según la naturaleza del tratamiento o por indicación del personal de salud, requerirá un proceso de consentimiento informado, garantizando, como mínimo, la autonomía del paciente, la evaluación de alternativas no invasivas y el acompañamiento ético.

Artículo 13. Acceso a tratamientos. El Gobierno nacional garantizará el acceso a tecnologías en salud y tratamientos disponibles en el país y que se requieran para el manejo integral de la obesidad, respetando el principio de autonomía médica y procurando equidad en el acceso.

Parágrafo 1°. El acceso a las tecnologías, tratamientos, procedimientos e intervenciones clínicas de que trata el presente artículo deberá sujetarse a las guías de práctica clínica, protocolos de atención y lineamientos técnicos actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley. En todo caso, dichas guías deberán establecer criterios de indicación clínica, severidad, riesgo, seguimiento, contraindicaciones y priorización, con el fin de garantizar un manejo integral, seguro, equitativo y sostenible del sobrepeso y la obesidad.

Parágrafo 2°. La presente disposición no implicará el reconocimiento automático de una tecnología, tratamiento o procedimiento específico, ni sustituirá

los procesos de evaluación de tecnologías en salud, actualización de beneficios, definición de rutas integrales de atención, financiación y demás reglas aplicables dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para la inclusión de nuevas tecnologías sanitarias, medicamentos y dispositivos médicos destinados al manejo de la obesidad, el Ministerio de Salud y Protección Social se apoyará en evaluaciones de costo-efectividad e impacto presupuestal desarrolladas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), o la entidad competente.

Artículo 14. Prescripción de actividad física. En los planes de manejo prescritos para pacientes con sobrepeso y obesidad se deberá remitir al paciente a profesionales—de la salud debidamente habilitados, priorizando especialistas en medicina del deporte, profesionales en fisioterapia o profesionales en áreas de la salud capacitados en prescripción del ejercicio, para su valoración y respectiva prescripción de actividad física.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Deporte, desarrollarán conjuntamente los lineamientos a que haya lugar para optimizar y garantizar la prescripción

de actividad física como parte fundamental del manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

CAPÍTULO V

Articulación intersectorial y disposiciones finales

Artículo 15. Coordinación intersectorial. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la articulación con los sectores de educación, trabajo, transporte, deporte, planeación territorial y el sector privado.

Artículo 16. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará la presente Ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su sanción.

Artículo 17. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,



JAIRO LEÓN VARGAS
Ponente Único
Representante a la Cámara por Bogotá

* * *

CARTAS DE RETIRO

CARTA DE RETIRO DE FIRMA DEL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 447 DE 2026 CÁMARA
HONORABLE REPRESENTANTE GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS

por el cual se modifican los artículos 180, 182, 183 y 346 de la Constitución Política, se establece el régimen de declaración pública de intereses de los congresistas y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C, 16 de octubre del año 2026

Dr.
MIGUEL ANGEL SANCHEZ VASQUEZ
secretariageneral.legislativa@camara.gov.co
Cámara de Representantes
E.S.D
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD DE RETIRO DE FIRMA DEL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO 447 DE 2026 CÁMARA “Por el cual se modifican los artículos 180, 182, 183 y 346 de la Constitución Política, se establece el régimen de declaración pública de intereses de los congresistas y se dictan otras disposiciones”

Cordial saludo, estimado secretario.

Por medio de la presente y con el respeto que me caracteriza, me dirijo ante usted, a efectos de solicitarle el retiro de mi firma del Proyecto de Acto Legislativo 447 de 2026 Cámara, radica ante la Secretaria General de la Cámara de Representantes el día 15 de octubre de la anualidad en curso.

Lo anterior obedece a que la eventual aprobación del referido Acto Legislativo podría generar conflicto de intereses, por lo anterior solicitó oficiar de conformidad a quien corresponda para que se proceda de igual manera en las publicaciones oficiales.

Cordialmente,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca

CONTENIDO

Gaceta número 1605 - Miércoles, 21 de octubre de 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia positiva con modificaciones para Segundo Debate y texto propuesto del Proyecto de Ley número 367 de 2025 Cámara, por medio de la cual se reconoce la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas y se establecen lineamientos para su prevención, diagnóstico temprano, manejo integral y seguimiento, y se dictan otras disposiciones.....	1
--	---

CARTAS DE RETIRO

Carta de Retiro de Firma del Proyecto de Acto Legislativo número 447 de 2026 Cámara Honorable Representante Germán Rogelio Rozo Anís, por el cual se modifican los artículos 180, 182, 183 y 346 de la Constitución Política, se establece el régimen de declaración pública de intereses de los congresistas y se dictan otras disposiciones.....	19
--	----