

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE
LEY NÚMERO 165 DE 2025 CÁMARA “Por medio de la cual se garantiza la vacunación
gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las
mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones”**

Bogotá D.C., septiembre de 2025

Señores.

MESA DIRECTIVA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, D. C.

Referencia: Informe de Ponencia para primer debate al
Proyecto de Ley No. 165 de 2025 Cámara.

Respetado Presidente,

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

TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Congresional

Autores: HH.R.R. Óscar Sánchez León, Hugo Alfonso Archila, Héctor David Chaparro Chaparro, Leider Alexandra Vásquez, Camilo Esteban Ávila, Morales, Adriana Carolina Arbeláez, Mónica Karina Bocanegra Pantoja, Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, Jairo Humberto Cristo Correa, Catherine Juvinao Clavijo, Juan Camilo Londoño Barrera, Jaime Raúl Salamanca Torres, Karen Juliana López Salazar, Ana Rogelia Monsalve Álvarez, María Eugenia Lopera Monsalve, María Fernanda Carrascal Rojas, Flora Perdomo Andrade, Alexander Guarín Silva, Gilma Díaz Arias y Martha Lisbeth Alfonso Jurado.

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

Mediante oficio CSCP.3.7- 530-25 del 2 de septiembre del año en curso y conforme a lo expresado en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, fueron designados ponentes a los Representantes a la Cámara: Hugo Alfonso Archila Suárez -coordinador-, Juan Camilo

Londoño -coordinador- Camilo Esteban Ávila, Germán José Gómez López, y Leider Alexandra Vásquez como ponentes para primer debate.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO DEL PROYECTO

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

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

Este proyecto plantea un enfoque integral que incluye:

- **Prevención:** promover la vacunación masiva contra el VPH a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), como medida principal y prioritaria para reducir la incidencia de infecciones y, en consecuencia, la aparición de cáncer cervical. La prevención mediante la vacunación es una herramienta esencial de salud pública que permite actuar antes de que se desarrollen lesiones precancerosas, evitando complicaciones futuras y disminuyendo la carga económica y social que representa el tratamiento de esta enfermedad. Además, esta estrategia preventiva contribuye a generar una cultura de autocuidado, promueve la equidad en el acceso a servicios de salud y asegura la protección de mujeres de todas las edades, fortaleciendo el principio de universalidad y la garantía del derecho a la salud.

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

en contextos de vulnerabilidad. La prevención no solo salva vidas, sino que también disminuye el sufrimiento humano, reduce los costos para el sistema de salud y libera

recursos que pueden ser invertidos en otras necesidades prioritarias.

Además, fortalece el ejercicio efectivo del derecho a la salud, promueve la equidad y refuerza la responsabilidad del Estado en garantizar condiciones de bienestar para toda la población.

II. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

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

Ley 1626 de 2013.

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

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

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

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social amplió la cobertura de la vacunación gratuita, incluyendo desde el 15 de julio de 2024 a los niños de 9 a 14 años y extendiendo la edad para las niñas hasta los 17 años, mediante la Resolución 1056 de 2024.

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

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

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

Cáncer cérvico-uterino

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

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

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

El VPH se transmite principalmente a través del contacto sexual, aunque no es necesario que exista penetración genital para la transmisión. Además, puede ser asintomático, lo que implica que una persona puede contagiar a otras sin darse cuenta. Las verrugas genitales también pueden ser transmitidas por personas infectadas que no presentan síntomas visibles. Las cepas del virus que provocan las verrugas son diferentes de las que causan cáncer.

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

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

En noviembre de 2008, en la reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (GEAE) de la OMS sobre inmunización, se concluyó que la incorporación de vacunas contra el VPH tendría efectos sumamente beneficiosos en todo el mundo. El GEAE recomendó analizar urgentemente las estrategias para la inclusión de las vacunas contra el VPH en los

programas nacionales de inmunización, especialmente en aquellos países donde la prevención del cáncer cervical es una prioridad de salud pública.

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

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

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

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

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

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

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer de mama. En los últimos cinco años se han registrado entre 4.500 y 5.000 casos nuevos anuales, con un promedio de 2.000 a 2.200 muertes cada año a causa de esta enfermedad. Según el Instituto Nacional de Cancerología, la incidencia ajustada se sitúa entre 13,7 y 14,9 casos por cada 100.000 mujeres, lo que evidencia la magnitud del problema de salud pública.

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

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

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

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

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

Las vacunas han sido reconocidas globalmente como una de las herramientas más efectivas en la historia de la salud pública para prevenir enfermedades infecciosas, reducir la mortalidad y proteger la salud de poblaciones enteras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación previene entre 3 y 5 millones de muertes cada año y ha permitido logros históricos como la erradicación de la viruela y la reducción significativa de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión (OMS, 2022).

El Dr. Walter A. Orenstein, exdirector del Programa Nacional de Inmunización en Estados Unidos y referente mundial en políticas de vacunación, resalta que "las vacunas no solo salvan vidas, sino que representan una inversión estratégica para los sistemas de salud, al reducir la carga económica asociada al tratamiento de enfermedades y disminuir la presión sobre los servicios médicos" (Orenstein & Ahmed, 2017). Según Orenstein, la vacunación

actúa como una herramienta doble: primero, protege directamente a quien la recibe; y segundo, contribuye a la inmunidad colectiva o de rebaño, reduciendo la circulación del virus y protegiendo indirectamente a las personas que no pueden ser vacunadas, como aquellas con condiciones médicas específicas.

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

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

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

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

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

El Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS) y la OMS (2017) indican que, aunque la vacunación en mujeres adultas tiene menor eficacia preventiva comparada con la vacunación en niñas no expuestas, sigue siendo beneficiosa al proteger contra nuevas infecciones por tipos oncogénicos a los que la mujer aún no ha estado expuesta. Además, estudios en mujeres de hasta 45 años demuestran que la vacuna es segura, inmunogénica y reduce la incidencia de nuevas infecciones y lesiones cervicales asociadas (Muñoz et al., 2009).

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

CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Contexto internacional

A nivel mundial, se calcula que cada año se diagnostican aproximadamente 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, con una mortalidad anual de 231.000 mujeres, de las cuales el 80 % provienen de países en desarrollo. En Estados Unidos, el costo estimado

de realizar la prueba de detección del cáncer cervicouterino a una mujer cada cinco años ronda los 100 dólares, mientras que el tratamiento de un caso diagnosticado puede ascender a aproximadamente 2.600 dólares. En 1990, se diagnosticaron 74.871 casos en las Américas, de los cuales se estima que el 79,7 % (59.646) correspondieron a mujeres residentes en América Latina y el Caribe; en el mismo año fallecieron 33.535 mujeres por esta causa en la región, siendo el 80,3 % (26.933) de América Latina y el Caribe.

El coordinador del documento de consenso entre siete sociedades científicas en España subraya la importancia de la vacunación y destaca que el costo por año de vida salvado

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

En América Latina, un análisis económico realizado en adolescentes de Argentina, Chile, Brasil, Perú y México (Vaccine, 2009) evidenció que incorporar un programa de vacunación a los actuales programas de detección temprana podría reducir significativamente las lesiones CIN 1 (41 %-48 %), las lesiones CIN 2 y 3 (63 %-74 %), los casos de cáncer cervical (63 %-74 %), las muertes (63 %-74 %) y los costos de tratamiento (31 %-64 %). Este estudio concluyó que la estrategia es costo-efectiva en todos los países evaluados, incluso considerando un precio de 70 dólares por dosis. Una publicación posterior (Lancet, 2009; 374: 301-14) no solo confirma la alta eficacia de la vacuna, sino que amplía la evidencia sobre su protección cruzada frente a otros tipos oncogénicos de VPH no incluidos originalmente. De este modo, se espera que los beneficios sean aún mayores y que la relación de costo-efectividad mejore, fortaleciendo la viabilidad de la intervención. Actualmente, un estudio similar está siendo completado en Colombia, donde se espera confirmar estos resultados y reforzar la evidencia para la toma de decisiones en salud pública.

Contexto nacional

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

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

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

- Desde 2012 hasta el 31 de diciembre de 2024, se han vacunado 418.902 mujeres mayores de 18 años contra el VPH.
- Actualmente, se estima que 16.894.725 mujeres mayores de 18 años no han recibido la vacuna en las edades definidas por el esquema de vacunación.
- El costo por dosis de la vacuna contra el VPH para el Estado colombiano es de \$46.538.
- Desde la inclusión de la vacuna en 2012 hasta el 31 de agosto de 2024, se han vacunado 4.733.682 niñas y adolescentes de 9 a 17 años, y 119.322 mujeres de 18 años y más.
- Para 2022, se estimaron 4.570 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, con una incidencia ajustada de 13,7 por cada 100.000 habitantes.
- Según el informe del INC para el periodo 2012-2016, se estimaron 3.889 casos nuevos anuales, con una incidencia ajustada de 14,9 por cada 100.000 mujeres.
- De acuerdo con las estimaciones de Globocan, el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer con mayor mortalidad en el país, con 19.350 fallecimientos acumulados entre 2014 y 2024, y una tasa de mortalidad ajustada de 6,9 por cada 100.000 habitantes.

IV. SOPORTE JURÍDICO Y ANTECEDENTES NORMATIVOS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

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

de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

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

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

II. IMPACTO FISCAL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Ministerio de salud y protección social.

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

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

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

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

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

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

VI. CONFLICTO DE INTERESES.

De conformidad con lo precitado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y

votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

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

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

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

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

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.(…)”²

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

² Ley 5º de 1992. Artículo 286.

CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES

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

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

Ampliación del Esquema de Vacunación Gratuita contra el VPH en Colombia

La decisión de ampliar el esquema de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Colombia para abarcar a hombres y mujeres de 18 a 45 años no es solo un avance en salud pública, sino una estrategia integral que se fundamenta en principios jurídicos y beneficios socioeconómicos. Esta medida es un reflejo de la progresividad del derecho fundamental a la salud, reconociendo que la protección de la población no debe limitarse a la atención de la enfermedad, sino que debe priorizar su prevención.

1. Enfoque Preventivo y de Salud Pública

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

Los beneficios de esta medida se extienden más allá de la protección individual. El VPH es la causa necesaria de varios tipos de cáncer, impactando a ambos géneros de manera significativa. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino es uno de los más prevalentes. En Colombia, se estima que cada año se diagnostican entre 4.500 y 5.000 nuevos casos, y lamentablemente, ocurren entre 2.000 y 2.200 muertes por esta causa³. Para los hombres,

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

la vacuna previene no solo las verrugas genitales, sino también el cáncer de pene, así como los cánceres de ano y orofaringe, que afectan a ambos sexos y cuya incidencia ha ido en aumento en la población masculina.

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

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

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

3. Conclusión

La ampliación del esquema de vacunación contra el VPH en Colombia es una medida de gran envergadura que se justifica plenamente. Es un paso decisivo hacia la erradicación de enfermedades prevenibles, la reducción de la mortalidad y la carga financiera sobre el sistema de salud. Al garantizar el acceso universal y gratuito a la vacuna, el Estado no solo cumple con su obligación constitucional de proteger el derecho a la salud, sino que también construye un futuro más sano y equitativo para todos sus ciudadanos.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.	Por medio de la cual se <u>amplía</u> garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.	Se cambia el título, porque se propone la ampliación del esquema de vacunación gratuita para hombres y mujeres, de 18 a 45 años de edad. Se elimina la palabra: "obligatoria", en razón a que no se puede obligar a la población a vacunarse.

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

Artículo 1°. Vacunación gratuita y obligatoria. El Gobierno Nacional garantizará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de manera gratuita y obligatoria a todas las mujeres en el territorio nacional, conforme a los lineamientos técnicos y de salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura universal de la población objetivo.	Artículo 1°. Vacunación gratuita y obligatoria. El Gobierno Nacional garantizará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de manera gratuita y obligatoria a mujeres y hombres <u>entre los 9 a 45 años de edad</u>, en el territorio nacional, conforme a los lineamientos técnicos y de salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura universal de la población objetivo <u>objeto de la presente ley.</u>	Actualmente la vacunación gratuita contra el VPH, cubre a las niñas, niños y jóvenes de 9 a 17 años de edad. El proyecto inicialmente proponía la ampliación del esquema de vacunación gratuito a todas las mujeres del territorio nacional, sin fijar un límite de edad. Se propone eliminar la palabra: "obligatoria", en razón a que no se puede obligar a la población a vacunarse y además se propone ampliar el esquema de vacunación gratuita para los hombres, atendiendo a las recomendaciones de la OMS, que sugiere la inmunización de toda la población en riesgo sin distinción de sexo. En ese sentido, se establece un rango de edad tanto para mujeres como para hombres comprendido entre los 9 y 45 años, cobijando la población de 18 a 45 años de edad que actualmente no se encuentra cubierta dentro del programa de vacunación gratuita contra el VPH. Esta ampliación, se justifica desde una perspectiva de salud pública y equidad. Este mandato legal, amparado en el principio de progresividad del derecho fundamental a la salud, busca garantizar la protección de un espectro más amplio de la población. El VPH no se limita a un grupo de edad o género, sino que es un agente causante de múltiples cánceres, como el de cuello uterino, vulva y
--	---	--

		vagina en mujeres, y el de pene en hombres, además de los cánceres de ano y orofaringe que afectan a ambos sexos. Al establecer la gratuidad, el Estado cumple su deber constitucional de asegurar el acceso universal a servicios de prevención, eliminando barreras económicas y sociales. Esto no solo contribuye a la erradicación de estas enfermedades, sino que también materializa los derechos colectivos a la salubridad y la seguridad pública. Finalmente, en el parágrafo, se elimina la cobertura universal, ya que la cobertura solo se fija para la población de 9 a 45 años de edad, lo que obedece a que esta población es la población con mayor actividad sexual y por tanto con mayor riesgo de contraer el virus.
--	--	---

**Artículo 2°.
Actualización del
Programa Ampliado de
Inmunización (PAI)**

El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deberá actualizar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para incluir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) como parte integral del esquema básico de vacunación gratuita para todas las mujeres el territorio nacional.

Parágrafo 1°. Se incluirá dentro del PAI la vacuna contra el VPH, asegurando su disponibilidad y acceso gratuito a la población objeto de esta ley.

Parágrafo 2°. La implementación de la cobertura universal para la vacuna contra el VPH se realizará de manera gradual, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, teniendo en cuenta criterios de prevalencia, costo-efectividad y su articulación con el marco fiscal de mediano plazo.

**Artículo 2°. Actualización
del Programa Ampliado de
Inmunización (PAI)**

~~El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deberá actualizar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para incluir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) como parte integral del esquema básico de vacunación gratuita para todas las mujeres el territorio nacional.~~

Parágrafo 1°. Se incluirá dentro del PAI la vacuna contra el VPH, asegurando su disponibilidad y acceso gratuito a la población objeto de esta ley.

Parágrafo 2°. Implementación. La implementación de la ampliación de la cobertura universal para la vacuna contra el VPH se realizará de manera gradual, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, teniendo en cuenta estableciendo criterios de priorización y prevalencia, costo-efectividad y su en articulación con el marco fiscal de mediano plazo.

El Gobierno Nacional dispondrá de un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para expedir la reglamentación correspondiente.

Se sugiere la eliminación del del primer inciso y del parágrafo primero. También se modifica el título del artículo.

Esto obedece a que el PAI, ya incluye la vacunación contra el VPH. Es preciso señalar, que mediante la Ley 2406 de 2024, se ordena la modernización y actualización del PAI y actualmente el Gobierno Nacional está en el proceso de reglamentación de esta ley.

En relación con la implementación de la ampliación de la cobertura de la vacuna gratuita contra el VPH, se incluye que el gobierno deberá establecer criterios de priorización. Se elimina la cobertura universal, ya que la cobertura solo se fija para la población de 9 a 45 años de edad.

Se adiciona un inciso que establece que el Gobierno Nacional contará con seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la ley para reglamentar lo dispuesto en el artículo.

Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar el acceso efectivo a la vacunación de la población prioritaria definida en la presente ley. Asimismo, se implementarán estrategias de comunicación basadas en evidencia y acciones de sensibilización que faciliten la adherencia a esta intervención.	Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar el acceso efectivo a la vacunación de la población prioritaria definida en la presente ley. Asimismo, se implementarán estrategias de comunicación basadas en evidencia y acciones de sensibilización que faciliten la adherencia a esta intervención.	Sin modificaciones
Artículo 4°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 4°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificaciones

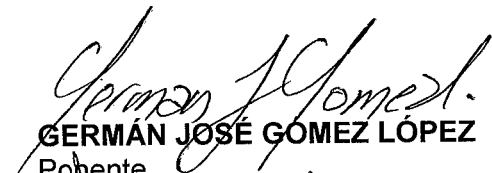
PROPOSICIÓN

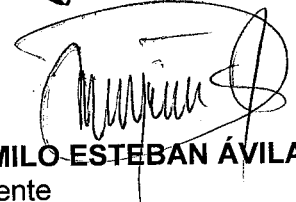
Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **PONENCIA POSITIVA** y en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, dar **PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 165 DE 2025 CÁMARA "POR MEDIO DE LA CUAL SE GARANTIZA LA VACUNACIÓN GRATUITA Y OBLIGATORIA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) PARA TODAS LAS MUJERES EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, conforme al texto propuesto.

Atentamente,


HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Coordinador Ponente


JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Coordinador Ponente


GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente


CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
Ponente


LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA
Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY NO.165 DE 2025 CÁMARA

“Por medio de la cual se amplía la vacunación gratuita contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), y se dictan otras disposiciones”.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

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

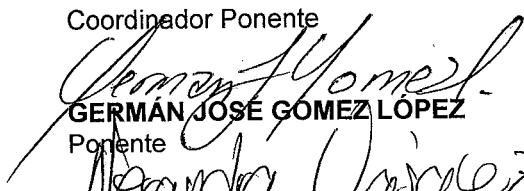
Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura de la población objeto de la presente ley.

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

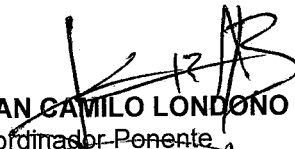
Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de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

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


HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Coordinador Ponente


GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente


LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA
Ponente


JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Coordinador Ponente


CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
Ponente