

Bogotá D.C., 27 de Julio de 2026

Doctor
MIGUEL ANGEL SANCHEZ VASQUEZ
Secretario General
Honorable Cámara de Representantes
Ciudad

REF: RADICACIÓN PROYECTO DE LEY

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

Cordialmente,

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare
Centro Democrático



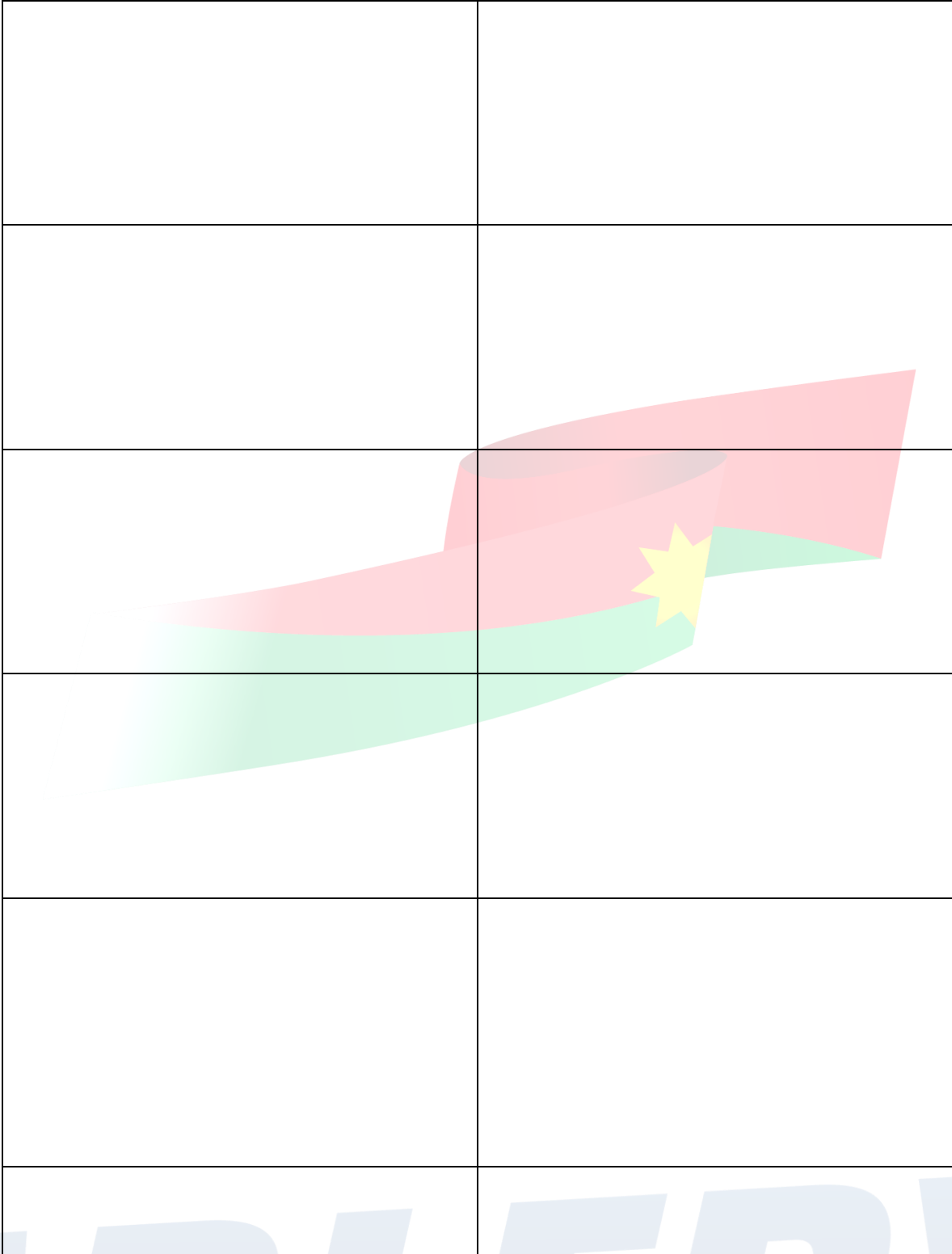
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



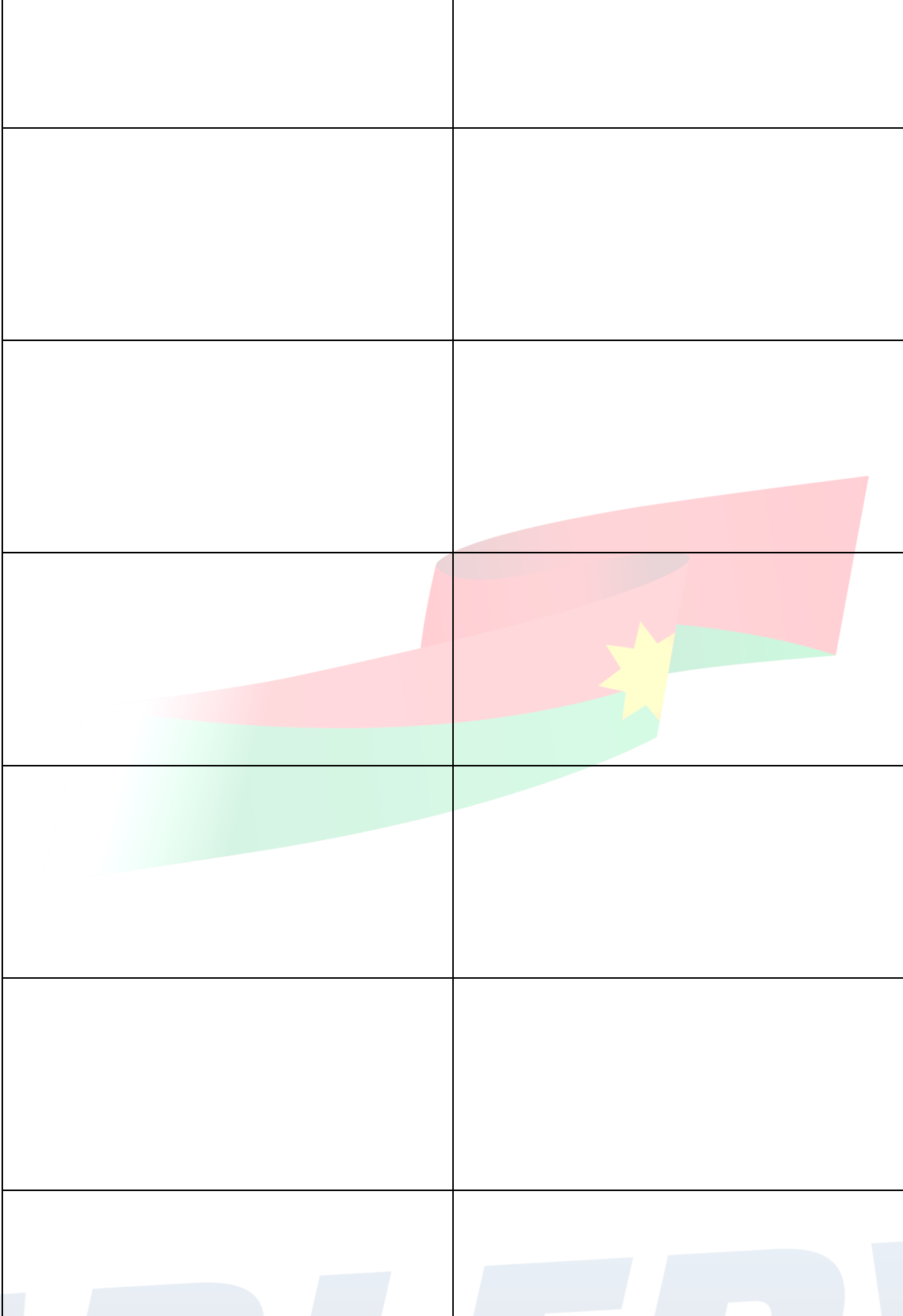
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

--	--

PROYECTO DE LEY No. _____ de 202_____

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

DECRETA

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

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

La ley busca fortalecer la prevención primaria de los cánceres y de las demás enfermedades asociadas al VPH, reducir la transmisión del virus y contribuir a



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

disminuir la carga de enfermedad, las inequidades territoriales y la mortalidad atribuible a la infección persistente por VPH en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

Artículo 2F. Rendición de cuentas al Congreso. A más tardar el treinta y uno (31) de marzo de cada año, el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes y publicará en su sitio web un informe sobre la aplicación de esta ley durante la vigencia anterior.

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

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

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

De los congresistas,

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare
Centro Democrático

--	--



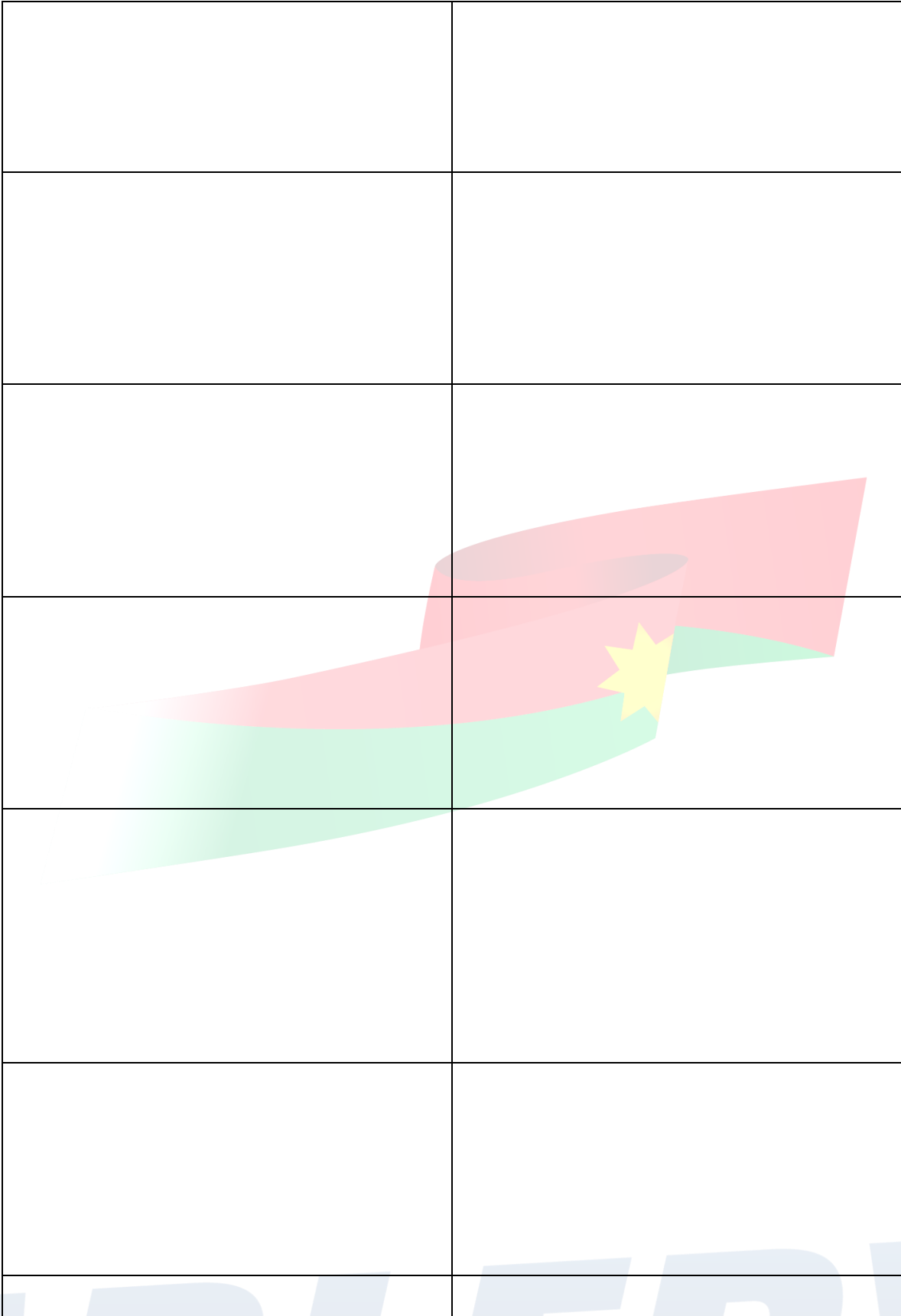
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



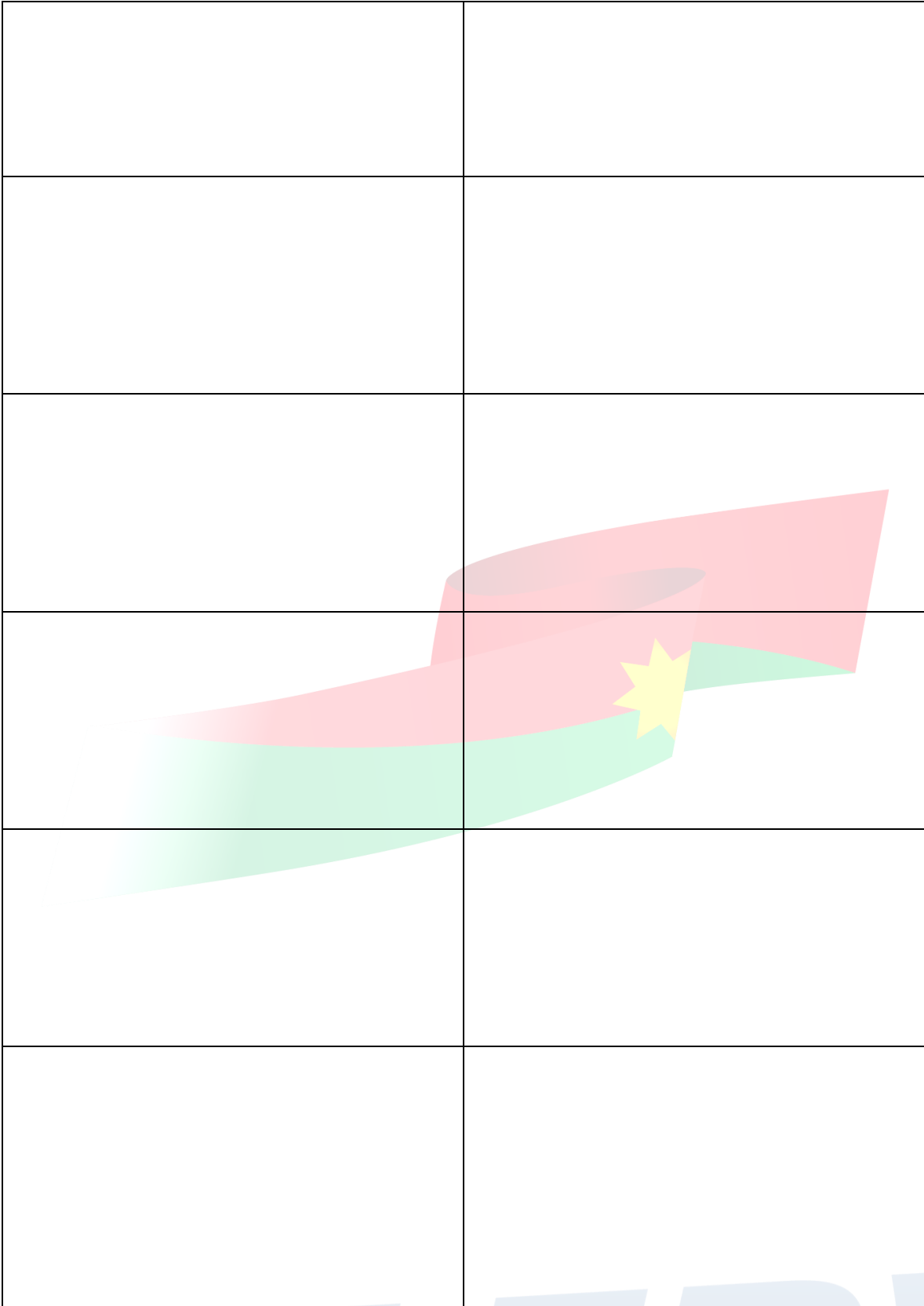
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

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

1. Objeto del Proyecto de Ley.
2. Justificación del proyecto de ley.
3. Conflictos de interés.
4. Impacto fiscal.
5. Pliego de modificaciones.
6. Referencias

1.OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

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

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY.

2.1. El VPH como problema de salud pública prevenible

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

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

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

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

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

Los lineamientos nacionales del PAI reconocen que más del 99 % de los casos de cáncer de cuello uterino se asocian con infección persistente por genotipos



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

oncogénicos del VPH. La prevención secundaria mediante tamización y el diagnóstico oportuno siguen siendo indispensables, pero actúan en etapas distintas. Una política integral debe combinar vacunación, educación sexual, tamización, diagnóstico y tratamiento; ninguna de estas intervenciones sustituye a las demás.

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

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

La política administrativa avanzó más rápido que la ley. Los lineamientos nacionales del PAI para 2026 contemplan una dosis para niñas, niños y adolescentes sanos de nueve (9) a diecisiete (17) años, y un esquema de dos dosis para personas inmunocomprometidas en ese grupo etario. La ampliación a varones y hasta los diecisiete años es un avance significativo, pero depende de decisiones administrativas y no cubre la población de dieciocho a veinticinco años prevista en este proyecto.

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

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

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

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



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

2.5. Vacuna nonavalente y técnica de actualización tecnológica

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

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

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

2.6. Fundamento constitucional, legal y jurisprudencial

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

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 impone al Estado deberes de prevención, acceso en igualdad, reducción de desigualdades y garantía progresiva del derecho fundamental a la salud, dentro de criterios de sostenibilidad. La Ley 715 de 2001 distribuye competencias de salud pública y atribuye a la Nación la adquisición y



distribución de biológicos del PAI. La Ley 2406 de 2024 ordena la financiación permanente de la modernización del programa, consagra universalidad, gratuidad, innovación, equidad, progresividad, sostenibilidad y planeación, y prevé compra centralizada y evaluación técnica.

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

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

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

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com


Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

2.8. Diseño de implementación y salvaguardas

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

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

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

3. CONFLICTOS DE INTERÉS.

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

Por tratarse de una medida general, impersonal y abstracta que amplía una intervención de salud pública a un grupo abierto de habitantes, su discusión y votación no configura, por regla general, un beneficio particular, actual y directo para los congresistas. El eventual hecho de pertenecer por edad al grupo beneficiario, o de tener familiares que pertenezcan a él, corresponde ordinariamente a una situación compartida con un conjunto amplio de la población y no produce por sí solo conflicto.

Podría existir conflicto cuando el congresista, su cónyuge o compañero permanente, sus parientes en los grados previstos por la ley, o una persona jurídica con la que tenga vínculo relevante, ostenten un interés económico particular y directo en fabricantes, titulares de registros sanitarios, importadores, distribuidores o comercializadores de vacunas contra el VPH; en prestadores o contratistas que puedan beneficiarse de la expansión; o en procesos concretos de adquisición,



logística, información o farmacovigilancia asociados al proyecto. También deben declararse litigios, contratos, participaciones, remuneraciones, donaciones o relaciones que individualicen un provecho o perjuicio actual.

4. IMPACTO FISCAL.

4.1. Conclusión: el proyecto sí tiene impacto fiscal

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

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

4.2. Población de referencia y límites de la estimación preliminar

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

Edad/ Grupo	Población proyectada 2026
18	871.048
19	882.590
20	884.313
21	885.685
22	886.909



23	889.281
24	892.994
25	898.562
Total 18–20	2.637.951
Total 21–25	4.453.431
Total 18–25	7.091.382

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

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

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

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

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

Antes de la ponencia para primer debate se recomienda oficiar al Ministerio de Salud y Protección Social, al IETS y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para obtener: población susceptible por cohorte; escenario de dosis; precio de referencia bajo compra centralizada; costos programáticos; ahorro potencial; espacio fiscal por vigencia; y concepto de compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

respuestas deberán incorporarse a la ponencia y, si modifican sustancialmente las cifras, actualizar la fórmula y el cronograma sin desnaturalizar la cobertura universal.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

NORMA VIGENTE	MODIFICACIÓN PROPUESTA
Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita ~~y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.~~	Artículo 2°. Modifíquese el título de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así: <i>“Por medio de la cual se garantiza <u>el acceso gratuito, universal, equitativo e informado a la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), se adoptan medidas para prevenir los cánceres y las demás enfermedades asociadas al VPH</u> y se dictan otras disposiciones”.</i>
ARTÍCULO 10. <Artículo CONDICIONALMENTE exequible> El Gobierno Nacional ~~deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre~~	Artículo 3°. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com


Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

~~cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.~~

~~PARÁGRAFO. Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno Nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias.~~

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

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

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

	<u>Parágrafo 3°. Quien inicie el esquema antes de cumplir veintiséis (26) años conservará el derecho a completarlo gratuitamente, aun cuando la dosis o las dosis posteriores deban aplicarse después de esa edad. Las personas con esquema completo no recibirán dosis adicionales por el solo cambio de tecnología, salvo recomendación expresa de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización o de la instancia que haga sus veces.</u> <u>Parágrafo 4°. La vacunación será voluntaria y estará precedida de información clara, suficiente, accesible y basada en evidencia. El consentimiento se obtendrá conforme a la Constitución y la ley, con respeto por la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes y procurando su asentimiento. La negativa no podrá generar sanciones, exclusiones escolares, laborales o de servicios, ni otra consecuencia adversa distinta de la información sobre riesgos y beneficios.</u>
ARTÍCULO 2o. El Ministerio de la Protección Social, ~~o la entidad que corresponda a partir de la vigencia de la presente ley,~~ actualizarán el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).	Artículo 4°. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así: Artículo 2°. <u>Inclusión y actualización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.</u> El Ministerio de Salud y Protección Social <u>actualizará el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para incorporar a la población señalada en el artículo 1° de la presente ley y garantizará el suministro continuo, suficiente y oportuno de la vacuna contra el VPH.</u>

~~PARÁGRAFO 1o. Se incluirá dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en el plan básico de vacunación gratuita.~~

~~PARÁGRAFO 2o. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1o de esta ley, esta se hará de manera gradual e inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así~~

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

~~como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo.~~

~~PARÁGRAFO 3o. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma Humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dicho virus.~~

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

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



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

	<u>Parágrafo 4°. El número de dosis y sus intervalos serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con fundamento en la mejor evidencia disponible, las recomendaciones de la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización, la situación de las personas inmunocomprometidas y las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.</u>
	Artículo 5°. Adiciónese un artículo 2A a la Ley 1626 de 2013, así: <u>Artículo 2A. Implementación progresiva y no regresividad. La ampliación etaria se implementará de forma progresiva, continua y con enfoque de equidad territorial, con arreglo al siguiente plazo máximo:</u> <u>Cobertura vigente: desde la entrada en vigencia de esta ley se preservará y fortalecerá la vacunación gratuita para la población de nueve (9) a diecisiete (17) años.</u> <u>Primera fase: a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de dieciocho (18) a veinte (20) años.</u> <u>Segunda fase: a más tardar dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a la promulgación, se incorporará la población de veintiuno (21) a veinticinco (25) años</u>

	<u>Parágrafo 1°. Las fases se dirigirán prioritariamente a quienes no hayan sido vacunados o tengan esquema incompleto. El Ministerio podrá anticipar la ampliación total o parcial cuando exista disponibilidad presupuestal, programática y de biológicos.</u> <u>Parágrafo 2°. La implementación no podrá disminuir la cobertura, oportunidad, gratuidad o protección ya reconocida por el PAI a ninguna población. Las decisiones de priorización temporal deberán fundarse en necesidad sanitaria, riesgo, equidad, evidencia y eficiencia, y no podrán constituir discriminación por sexo, género, origen, territorio o capacidad de pago.</u> <u>Parágrafo 3°. La población inmunocomprometida, las víctimas de violencia sexual y los demás grupos con mayor riesgo recibirán el esquema y la atención diferencial que determine el Ministerio, sin que ello limite la universalidad prevista en esta ley.</u>
	Artículo 6°. Adiciónese un artículo 2B a la Ley 1626 de 2013, así: <u>Artículo 2B. Responsabilidades institucionales. Las entidades actuarán de manera coordinada dentro de sus competencias constitucionales y legales, así:</u>



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

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

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

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

	<u>5. Sector educativo. El Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación facilitarán, respetando la voluntariedad y el consentimiento informado, jornadas educativas y de vacunación en instituciones oficiales y no oficiales. La escolarización no será requisito de acceso.</u> <u>6. Articulación social. El Gobierno promoverá la participación de organizaciones juveniles, comunitarias, científicas, de pacientes, de mujeres, de población LGBTIQ+, de pueblos étnicos y de personas con discapacidad para diseñar estrategias culturalmente pertinentes y accesibles.</u>
	Artículo 7°. Adiciónese un artículo 2C a la Ley 1626 de 2013, así: <u>Artículo 2C. Información, educación y decisión informada. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales y el sector educativo, desarrollará de forma permanente una estrategia nacional de información y educación sobre el VPH, las enfermedades asociadas, la seguridad y efectividad de las vacunas, el esquema vigente, la gratuidad y los lugares de acceso.</u>

	<u>Parágrafo 1°. La información será científica, no estigmatizante, diferenciada por curso de vida, accesible para personas con discapacidad, adaptada a contextos territoriales y étnicos, y dirigida a mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas. Incluirá mecanismos de escucha y respuesta rápida a información falsa o engañosa.</u> <u>Parágrafo 2°. La vacunación contra el VPH no sustituye la educación sexual integral, el uso de medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual ni los programas de tamización, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los cánceres asociados al VPH. Las campañas explicarán expresamente esta complementariedad.</u> <u>Parágrafo 3°. La información destinada a obtener el consentimiento explicará beneficios, riesgos frecuentes y relevantes, alternativas, esquema aplicable, manejo de posibles eventos adversos y canales de consulta. Se evitarán incentivos, amenazas o prácticas que vicien la decisión.</u>
	Artículo 8°. Adiciónese un artículo 2D a la Ley 1626 de 2013, así:



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

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

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

	<u>Parágrafo 3°. El Ministerio promoverá estudios de efectividad, seguridad, duración de la protección, impacto epidemiológico y costo-efectividad en Colombia, sin perjuicio de la vigilancia de cánceres, lesiones precursoras y demás enfermedades asociadas al VPH.</u>
	Artículo 9°. Adiciónese un artículo 2E a la Ley 1626 de 2013, así: <u>Artículo 2E. Financiación y sostenibilidad. La implementación de la presente ley se financiará con las apropiaciones que se incorporen anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el sector salud y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en desarrollo de la Ley 2406 de 2024; con los recursos territoriales destinados a las acciones de salud pública dentro de sus competencias; y con las demás fuentes legalmente autorizadas, incluidos recursos de cooperación no reembolsable.</u> <u>Parágrafo 1°. La programación y ejecución se sujetarán al Marco Fiscal de Mediano Plazo, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y a las disponibilidades presupuestales, sin desconocer los principios de progresividad, sostenibilidad, planeación, equidad y no regresividad. El Gobierno priorizará la compra centralizada, la negociación de precios, la planeación plurianual y los mecanismos permitidos por el ordenamiento para asegurar eficiencia y continuidad.</u>



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

	<u>Parágrafo 2°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación, los ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público publicarán una estimación de impacto presupuestal por fases, con población susceptible, número de dosis, precio de adquisición, costos logísticos, administrativos, comunicacionales, de información y de vigilancia, y la actualizarán cuando cambie la tecnología o el esquema.</u> <u>Parágrafo 3°. La presente ley no crea una renta de destinación específica ni autoriza cobros a los beneficiarios. Las apropiaciones se incorporarán conforme a las reglas orgánicas del presupuesto y a la disponibilidad fiscal de cada vigencia.</u>
	<u>Artículo 10°. Adiciónese un artículo 2F a la Ley 1626 de 2013, así:</u> <u>Artículo 2F. Rendición de cuentas al Congreso. A más tardar el treinta y uno (31) de marzo de cada año, el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes y publicará en su sitio web un informe sobre la aplicación de esta ley durante la vigencia anterior.</u>



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

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

De los congresistas,

ARLEDY ALVARADO PATIÑO
Representante a la Cámara por Casanare
Centro Democrático



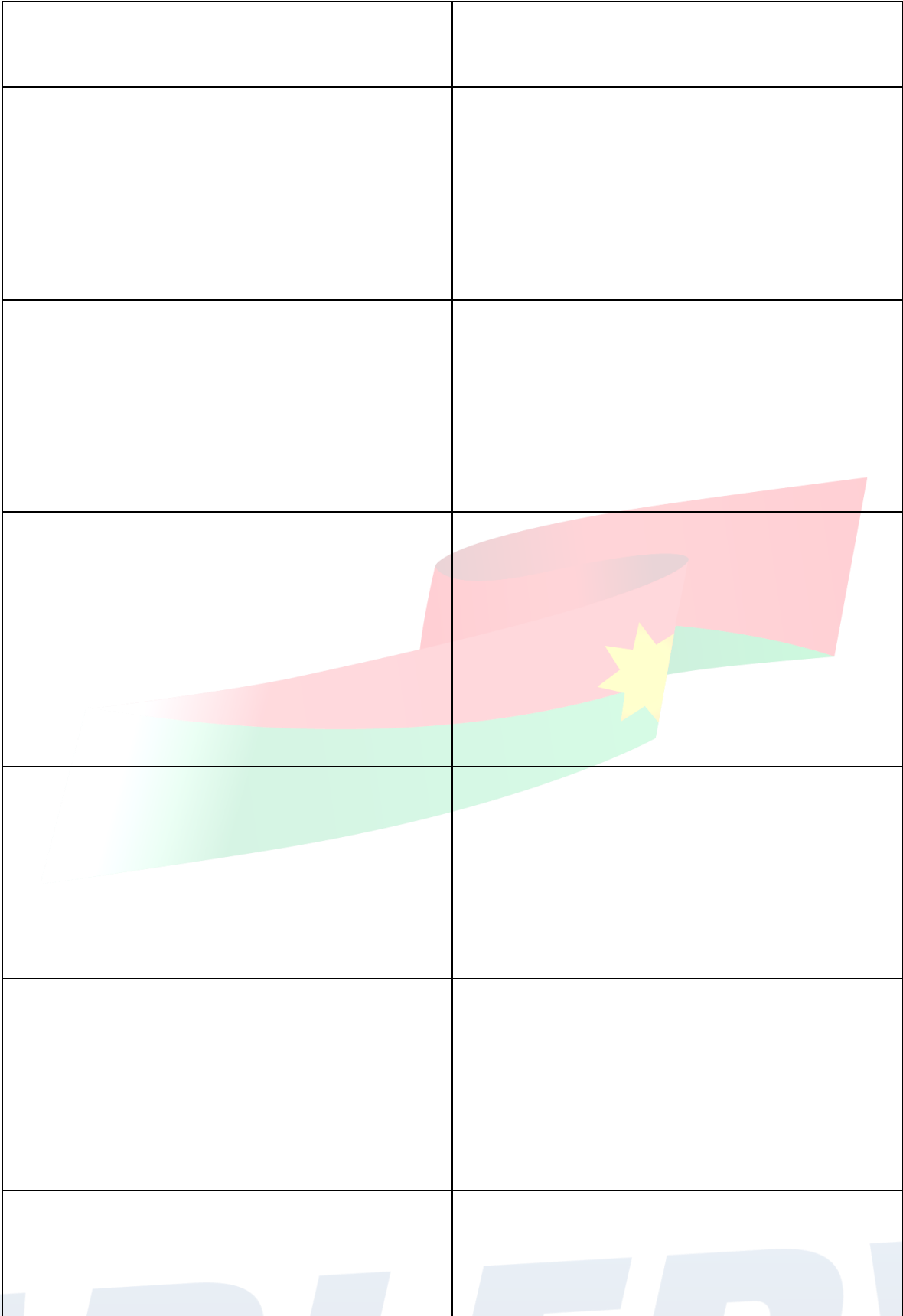
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



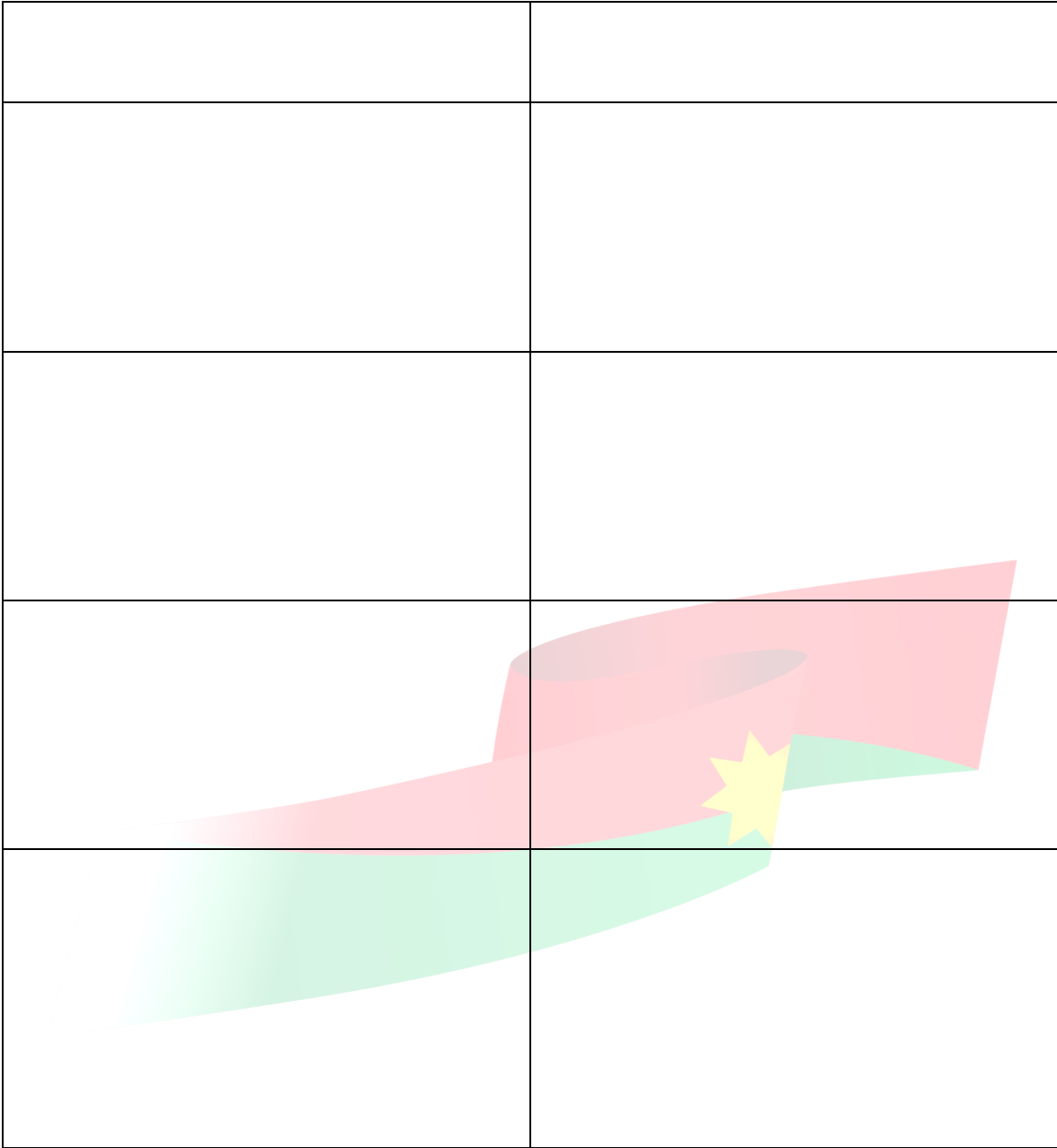
301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia



6.REFERENCIAS.

1. Constitución Política de Colombia, arts. 13, 44, 49, 150, 154, 158, 169, 334, 350 y 366. [Consultar fuente oficial](#)
2. Congreso de la República. Ley 1626 de 2013, texto oficial. [Consultar fuente oficial](#)
3. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. [Consultar fuente oficial](#)
4. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. [Consultar fuente oficial](#)



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com



Cámara de Representantes
Congreso de Colombia

5. Congreso de la República. Ley 819 de 2003, artículo 7°. [Consultar fuente oficial](#)
6. Congreso de la República. Ley 2406 de 2024, modernización y actualización del PAI. [Consultar fuente oficial](#)
7. Congreso de la República. Ley 3 de 1992, modificada por la Ley 754 de 2002, competencias de las comisiones constitucionales. [Consultar fuente oficial](#)
8. Congreso de la República. Ley 5 de 1992, Reglamento del Congreso. [Consultar fuente oficial](#)
9. Congreso de la República. Ley 2003 de 2019, régimen de conflictos de interés. [Consultar fuente oficial](#)
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la gestión y administración del PAI 2026. [Consultar fuente oficial](#)
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos operativos para la vacunación contra el VPH en Colombia, 2024. [Consultar fuente oficial](#)
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos de la Primera Jornada Nacional de Vacunación 2026. [Consultar fuente oficial](#)
13. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, diciembre de 2022. [Consultar fuente oficial](#)
14. Organización Mundial de la Salud. Actualización de recomendaciones sobre el esquema de vacunación contra el VPH, 2022. [Consultar fuente oficial](#)
15. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus and cancer, ficha informativa. [Consultar fuente oficial](#)
16. Organización Panamericana de la Salud. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine. [Consultar fuente oficial](#)
17. IARC, Global Cancer Observatory. Colombia fact sheet, estimates for 2024. [Consultar fuente oficial](#)
18. DANE. Proyecciones de población nacional 2018–2070, actualización publicada en 2025. [Consultar fuente oficial](#)
19. Corte Constitucional. Sentencia C-350 de 2017. [Consultar fuente oficial](#)
20. Corte Constitucional. Sentencia T-365 de 2017. [Consultar fuente oficial](#)
21. Corte Constitucional. Sentencia C-752 de 2015. [Consultar fuente oficial](#)
22. Corte Constitucional. Sentencia C-175 de 2023, análisis de impacto fiscal de proyectos de iniciativa congressional. [Consultar fuente oficial](#)



301 2751603



representantearledyalvarado@gmail.com

Cámara de Representantes
Congreso de Colombia