

Leyendas de advertencia sanitaria. *El etiquetado y los derechos a la información y salud del consumidor*

1. *Derecho a la información del consumidor y su relación con el derecho a la salud. Protección mediante leyendas de advertencia sanitaria*

Interrelación de los derechos constitucionales a la información y a la protección de los consumidores. El artículo 20 de la Constitución establece que se debe garantizar a toda persona la libertad de recibir información veraz e imparcial. A su turno, «[d]esde la perspectiva de los derechos de los consumidores, este derecho [a la información] se enlaza con el artículo 78 superior que le impone al Legislador el deber de regular, por medio de la ley, "la información que debe suministrarse al público" en la comercialización de los bienes y servicios»¹. Al respecto, la Corte Constitucional ha reconocido que «la Carta no sólo permite, sino que ordena una regulación de esta materia»². Por lo tanto, el consumidor tiene un derecho sustancial a ser informado³.

Relación entre información y autonomía del consumidor. Los derechos a la información y al consumo están intrínsecamente relacionados. El derecho al consumo surge «ante la consolidación histórica de los principios de autonomía y de no interferencia del Estado en la toma de decisiones particulares, -propios del liberalismo-»⁴, y tuvo su desarrollo solo hasta principios del siglo XX. La necesidad de brindar la información adecuada tiene el objetivo de garantizar que los ciudadanos puedan tomar una decisión libre e informada en relación con el consumo. Por lo tanto, «el acceso completo, veraz y oportuno a la información, es una condición elemental de toda actividad de consumo»⁵. Por el contrario, cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva»⁶.

La protección reforzada del consumidor en la Carta de 1991. El Constituyente tuvo la intención de reforzar la protección de los derechos de los consumidores. En la Asamblea Nacional Constituyente se expresó -en la proposición sobre el actual artículo 78 superior- que la intervención del poder público a favor de los consumidores y usuarios se establecía para hacer efectivos sus derechos a la *salud*, a la seguridad, a la *información*, a la libre elección y al adecuado aprovisionamiento, así como protegerlos frente a cualquier forma de aprovechamiento indebido de sus condiciones de indefensión o subordinación. Asimismo, se explicó que, al «elevar la protección de consumidores y usuarios a nivel constitucional se pretendía dotar al legislador de un sólido fundamento para crear nuevos instrumentos que amplíen el universo propio de su defensa en el ordenamiento nacional [...]»⁸.

Ámbito constitucional de protección y desarrollo legislativo. Desde temprano, la jurisprudencia constitucional reconoció que la Constitución establece un ámbito de protección a favor del consumidor, «inspirado en el propósito de restablecer su igualdad

¹ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015.

² Corte Constitucional. Sentencia C-010 de 2000. Reiterada en la Sentencia C-583 de 2015.

³ Corte Constitucional. Sentencia C-432 de 2010. Reiterada en la Sentencia C-583 de 2015. En armonía con la Sentencia C-1141 de 2000 que señaló que el derecho de los consumidores «incorpora pretensiones, intereses y situaciones de orden sustancial (calidad de bienes y servicios; información)», entre otras.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2013.

⁵ Cfrs. Corte Constitucional. Sentencias T-145 de 2004 y T-136 de 2013. Reiteradas en la Sentencia C-583 de 2015.

⁶ Cfrs. Corte Constitucional. Sentencia T-136 de 2013. Reiteradas en la Sentencia C-583 de 2015.

⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015, que incluye una transcripción de la «Ponencia Comisión Primera. Gaceta Constitucional No. 46 p. 100».

⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015, que incluye una transcripción de la «Ponencia Comisión Primera. Gaceta Constitucional No. 46 p. 100».

frente a los productores y distribuidores, dada la asimetría real en que se desenvuelve la persona que acude al mercado». Con todo, la carta superior no define todos los supuestos específicos de protección, sino que esta debe desarrollarse en el resto del ordenamiento jurídico. La Sala Plena lo expresó en los siguientes términos:

Con el derecho del consumidor se presenta algo similar de lo que se observa con otros derechos constitucionales. La Constitución delimita un campo de protección, pero el contenido preciso del programa de defensa del interés tutelado, es el que se desarrolla y adiciona por la ley y por otras normas y fuentes de reglas jurídicamente válidas. En particular, trazado el marco constitucional, a la ley se confía el cometido dinámico de precisar el contenido específico del respectivo derecho, concretando en el tiempo histórico y en las circunstancias reales el nivel de su protección constitucional⁹.

A partir de lo dispuesto en el artículo 78 de la Constitución, es claro que «la ley debe definir de manera concreta y específica el contenido del derecho al consumidor con base en directrices constitucionales esenciales: «(i) el deber de regular el control de calidad de bienes y servicios, (ii) el deber de regulación de la información que debe suministrarse al público y (iii) la participación de los consumidores en el estudio y discusión de las normas que les conciernen»¹⁰.

Jurisprudencia sobre restricciones de publicidad y protección sanitaria. Aunque la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la información de los consumidores se ha desarrollado principalmente en relación con la publicidad de los productos, es claro que abarca otras formas de comunicación de la información, como es el caso de las etiquetas¹² y las leyendas de advertencia. Acceder a la información veraz, completa y oportuna sobre la calidad y seguridad de los productos, así como respecto de los riesgos asociados a su consumo, es un elemento fundamental de los derechos de los consumidores.

En la Sentencia C-830 de 2010, la Corte Constitucional estudió normas que prohibían la promoción de productos de tabaco en los medios de comunicación. Concluyó que el orden constitucional «resultaría quebrantado cuando se impidiera la entrega de información que ilustre las opciones de consumo o cuando, de manera general, atente contra bienes y valores constitucionales identificables». Además, reconoció que existían sólidos estudios sobre la nocividad del producto -en ese caso el tabaco- y el Legislador tenía una decidida voluntad de extremar las medidas para que el potencial consumidor estuviera debidamente informado sobre las calidades del producto y, en especial, de las consecuencias de su adquisición y uso. La constitucionalidad de la prohibición se fundamentaba, entre otras razones, en «preserva[r] el derecho de los consumidores a conocer sobre los efectos y consecuencias del consumo»¹³.

Posteriormente, en la Sentencia C-583 de 2015, la Sala Plena señaló que el etiquetado de los productos -en este caso alimentos modificados genéticamente o con componentes

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-1141 de 2000.

¹⁰ Corte Constitucional. Sentencia C-1141 de 2000.

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015. La Corte Constitucional ha explicado que el artículo 78 superior «impone la obligación al Estado de garantizar la participación de los consumidores en el estudio y discusión de las regulaciones que les conciernen, siempre que se encuentren organizados en forma representativa y democrática. Por último, «se refiere expresamente a la obligación que surge en cabeza de los productores y comercializadores, cuando, en desarrollo de su actividad, atentan contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento de bienes y servicios a consumidores y usuarios, y encarga a la ley la definición de sus características» Corte Constitucional. Sentencia C-1141 de 2000.

¹² Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015.

¹³ Cfrs. Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015, que incluye un recuento de la Sentencia C-830 de 2010.

genéticamente modificados- está relacionado principalmente «con el derecho de los consumidores en un escenario de mercado global a saber qué es lo que consumen, cuando compran sus alimentos. El etiquetado es la vía más directa para que los consumidores reciban la información básica de los productores sobre los bienes que ofrecen, y se erige también como una garantía de la calidad del producto y de los procedimientos de elaboración». Por lo tanto, «toda regulación legal sobre la materia debe promover que los ciudadanos [...] accedan de manera plena a información relevante sobre el tipo de bienes que adquieren o consumen»¹⁴, puesto que solo de esta forma se cerciora de que tenga todas las garantías para tomar una decisión informada y voluntaria. Esto, en los siguientes términos:

El derecho de acceso a esta información, como información mínima, cumple varias funciones esenciales en nuestro ordenamiento: (i) en primer lugar, garantiza el derecho de los consumidores a la información relevante sobre los productos alimenticios que consumen, dándole sentido al núcleo esencial de su derecho a la información. (ii) En segundo lugar, habilita a los consumidores a elegir de una manera libre los productos alimenticios que deseen consumir, conforme a su propia orientación de vida, respetando así el núcleo esencial del derecho a elegir, que compete al consumidor y que está ligado claramente a la expresión de su libre desarrollo de la personalidad. En tercer lugar, (iii) garantiza la protección y prevención en materia de salud, al admitir los riesgos presuntos o eventuales ligados con aspectos del desarrollo de estos productos que son desconocidos hasta el momento por la sociedad, sobre la base del principio de precaución. (iv) Cumple una función instrumental, al facilitar el seguimiento a estos productos por parte de las autoridades correspondientes y (v) finalmente, el derecho a acceder a esta información garantiza la transparencia en la información que se obtiene respecto a los OGM por parte de los productores y contribuye a disminuir el desequilibrio entre productores y consumidores que precisamente busca superar la legislación enunciada. También asegura la transparencia de las autoridades públicas ligadas a estas autorizaciones porque como lo ha señalado la jurisprudencia de esta Corporación "(...), la transparencia y la publicidad de la información pública son dos condiciones necesarias para que las agencias del Estado se vean obligadas a explicar públicamente las decisiones adoptadas y el uso que le han dado al poder y a los recursos públicos"¹⁵.

Relación de los derechos a la información y a la salud. De esta forma, la Corte Constitucional ha señalado que el derecho a la libertad de información está íntimamente vinculado con el desarrollo de otros derechos como la salud y el libre desarrollo de la personalidad. En la Sentencia T-543 de 2017, la Sala Novena de Revisión analizó un caso relacionado con el acceso a la información de una campaña publicitaria que señalaba los impactos en la salud que produce el consumo de las bebidas azucaradas. Resaltó la importancia del derecho de los consumidores a recibir información, en tanto es esencial para la protección de la salud; como lo contempla la Observación General n.14 del Comité DESC.

Alcance del derecho a la información de los consumidores: etiquetas y advertencias sanitarias. Ahora bien, las leyendas de advertencia sanitaria pueden definirse como mensajes visibles y legibles que se incluyen en el empaque, etiqueta o publicidad de productos que pueden representar un riesgo para la salud, como el tabaco, las bebidas

¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015.

¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015. Incluye una cita de la Sentencia C-274 de 2013.

alcohólicas y los alimentos ultraprocesados. Su finalidad es informar claramente a los consumidores sobre los posibles efectos negativos asociados a su consumo, de forma que constituyen una garantía fundamental para el ejercicio informado de la libertad de consumo, el derecho a la información y la protección a la salud, por lo que resulta una medida legítima y obligatoria en atención al interés público.

La ley puede imponer la obligación de incluir leyendas de advertencia con un determinado contenido y parámetros. Estas leyendas de advertencia deben cumplir ciertos requisitos de tamaño, ubicación, tipografía y claridad, que son definidas por las autoridades. La forma en la que se comunica la advertencia constituye una herramienta fundamental para proteger la salud pública y la autonomía del consumidor, al garantizar la transparencia informativa en el acceso a los productos.

Conclusión. Del análisis expuesto se concluye que el derecho a la información de los consumidores, en especial respecto de los riesgos asociados al consumo de determinados bienes y servicios, tiene un respaldo constitucional directo en los artículos 20 y 78 superiores. Tales mandatos obligan al Legislador a regular de manera concreta el contenido y alcance de la información, garantizando que sea veraz, suficiente, completa y oportuna. Las leyendas de advertencia sanitaria, al igual que el etiquetado, constituyen instrumentos esenciales para que el consumidor pueda ejercer una decisión libre e informada, y operan como mecanismos efectivos de protección frente a su situación de asimetría en el mercado. En consecuencia, cualquier omisión o restricción injustificada en su implementación vulnera el núcleo esencial de los derechos de información de los consumidores, así como de los derechos que están íntimamente asociados a este, como el derecho a la salud.

2. Regulación del consumo de alcohol en el marco del derecho a la salud

Derecho a la salud en la Constitución Política de 1991. El artículo 49 de la Constitución desarrolla el derecho a la salud y establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado¹⁶. En atención al mandato constitucional, corresponde al Estado «organizar, dirigir y reglamentar su prestación de manera universal, esto es, garantizando a todos los habitantes del territorio nacional o a todas las personas el acceso efectivo a los servicios en salud, bien sea para la promoción, la protección o la recuperación de la misma»¹⁷.

Alcance del derecho a la salud y el enfoque de prevención. La jurisprudencia constitucional ha establecido que se trata de un derecho fundamental de la mayor importancia en el marco del Estado Social de Derecho «en cuanto afecta directamente la calidad de vida»¹⁸. La protección de la salud «se encuentra intrínsecamente vinculad[a] a la satisfacción, protección y garantía de las necesidades básicas de la población y de contera a la efectividad de los derechos fundamentales»¹⁹. En esa medida, el derecho a la salud no se limita a la adecuada prestación de servicios de atención médica, sino que también comprende la educación y la información en salud, el suministro de agua potable, el saneamiento básico y los demás factores inherentes a condiciones de una vida digna y saludable. Así se refleja en el desarrollo de este derecho en la Ley Estatutaria de Salud -Ley 1751 de 2015, artículo 9-

¹⁶ «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».

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-463 de 2008.

¹⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-463 de 2008.

¹⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-463 de 2008. En múltiple jurisprudencia, la Corte Constitucional ha señalado que el derecho a la salud se debe garantizar en condiciones de dignidad dado que su materialización resulta indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales (cfrs. Sentencia T-020 de 2017).

cuya constitucionalidad fue determinada en la Sentencia C-313 de 2014, en la cual se observó que «la promoción del mejoramiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el incremento de la calidad de vida contribuyen al logro del goce efectivo del derecho fundamental a la salud».

Esta interpretación es armónica con los instrumentos internacionales²⁰ en la materia, entre los que se destaca la Declaración Universal de Derechos Humanos (párrafo 1 del artículo 25)²¹ y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuyo artículo 12 se reconoce «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». La Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) -documento interpretativo del artículo 12 del Pacto- precisa que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, sino como el derecho a acceder a un sistema de protección de la salud que permita vivir dignamente y sin discriminación. Este enfoque abarca tanto libertades (control sobre el propio cuerpo y protección frente a injerencias) como derechos (acceso a bienes, servicios y condiciones básicas de salud)²².

A partir del bloque de constitucionalidad, la jurisprudencia de esta Corporación y la ley, son obligaciones del Estado *proteger, respetar y garantizar* el derecho a la salud (artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015). En atención a la Observación General n.º 14 del Comité DESC, esta Corporación ha señalado el contenido de estas obligaciones de la siguiente manera:

[L]as obligaciones del Estado de proteger, respetar y garantizar el derecho a la salud incluyen deberes positivos y negativos respecto de cada uno de esos elementos. De acuerdo con el desarrollo de las obligaciones de respeto, protección y garantía del derecho a la salud del Comité DESC en su Observación General 14, la obligación de respetar comprende principalmente obligaciones negativas en las que el Estado tiene el deber de: i) abstenerse de limitar o prohibir el acceso a la salud; y ii) abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en el acceso a la salud.

La obligación de proteger implica deberes de carácter positivo y se refiere a: i) la adopción de leyes o medidas para impedir que terceros interfieran en el acceso y goce del derecho a la salud; ii) la adopción de leyes, normas o medidas que garanticen el acceso en condiciones de igualdad a la atención en salud; iii) la debida supervisión de las entidades privadas en la provisión de los servicios de salud y de comercialización de equipos médicos

²⁰ El derecho a la salud también está reconocido en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989; y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10).

²¹ «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

²² Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 11 de agosto de 2000, <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991> [accedida 16 de septiembre de 2025].

y medicamentos; iv) la garantía de que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten el derecho a la salud de las mujeres, en particular el ejercicio de los derechos reproductivos; v) la adopción de medidas de especial protección en el acceso a servicios de salud para personas que pertenecen a grupos vulnerables; y vi) la adopción de medidas para asegurar que terceros no limiten el acceso a la información y a servicios de salud.

La obligación de cumplir o el deber de garantizar el derecho a la salud “requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”, y comprende obligaciones más extensas, a saber: i) la adopción de una política nacional de salud acompañada de un plan que reconozca de forma suficiente el derecho a la salud; ii) la adopción de medidas para asegurar el acceso en condiciones de igualdad a todos los factores determinantes básicos de la salud; iii) la provisión de servicios de salud sexual y genésica, particularmente en áreas rurales; iv) la apropiada formación del personal médico de todos los niveles; v) la existencia de infraestructura suficiente y apropiada para la provisión de servicios de salud, incluida la salud mental; vii) el fomento de investigaciones médicas; viii) la educación e información sobre la salud, particularmente en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; y ix) la adopción de medidas contra los peligros para la salud de la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, además de las medidas de garantía en las esferas de facilitación, proporcionamiento y promoción de las garantías del derecho a la salud²³.

La Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) también establece cuatro elementos interrelacionados que dotan de contenido las obligaciones de los Estados respecto del derecho a la salud. Se trata de las facetas de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*²⁴. Estos elementos fueron incorporados en el ordenamiento jurídico nacional en el artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud -Ley 1751 de 2015-, que además señala los principios que integran el derecho fundamental a la salud²⁵.

²³ Corte Constitucional. Sentencia C-754 de 2015.

²⁴ Sobre estos cuatro elementos, en la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional expresó lo siguiente, que fue reiterado en la Sentencia C-754 de 2015: «(i) Cada Estado debe tener disponibles ‘un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas’. (ii) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en cuatro dimensiones superpuestas: (a) ‘no discriminación’, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna; (b) ‘accesibilidad física’, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados; (c) ‘accesibilidad económica’ (asequibilidad), los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos; y (d) ‘acceso a la información’, el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin perjuicio de la debida confidencialidad. (iii) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser (aceptables) respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.” (iv) Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también de buena calidad, apropiados desde el punto de vista científico y médico».

²⁵ «ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: // a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así

En consecuencia, el deber estatal frente al derecho fundamental a la salud exige la adopción de acciones dirigidas a prevenir futuras afectaciones del bienestar físico o psicológico de las personas²⁶. Tales acciones comprenden, entre otras, la implementación de medidas que aseguren la no discriminación en el acceso a los servicios (obligación de respeto); la garantía de que no se limite el acceso a la información en materia de salud ni se permita la interferencia de terceros en su ejercicio (obligación de protección); y la regulación de los factores de riesgo que puedan poner en peligro la salud, junto con el diseño y ejecución de políticas públicas de promoción y prevención (obligación de garantía). En esa medida, las omisiones del Estado en relación con sus obligaciones de *proteger, respetar y garantizar* el derecho a la salud constituyen, por sí mismas, una vulneración directa del derecho fundamental.

El deber de autocuidado y las políticas estatales de prevención en salud. Ahora bien, el inciso quinto del artículo 49 de la Constitución dispone, además, que «[t]oda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad». A partir de esta disposición, la jurisprudencia constitucional ha señalado que para materializar el deber de protección de la salud el Estado puede establecer medidas y políticas públicas de prevención y protección, pero sin desconocer la autonomía, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Estos principios integran el régimen constitucional colombiano e imponen límites al carácter coactivo de las políticas de salud pública²⁷. La Corte Constitucional ha reconocido que el empleo de políticas educativas encaminadas a desincentivar el consumo

como de programas de salud y personal médico y profesional competente; // b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad; //c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; // d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos».

²⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-153 de 2014.

²⁷ Cfrs. Corte Constitucional. Sentencias C-221 de 1994, C-309 de 1997 y C-139 de 2018. «La Carta no es neutra entonces frente a valores como la vida y la salud, sino que es un ordenamiento que claramente favorece estos bienes. El Estado tiene entonces un interés autónomo en que estos valores se realicen en la vida social, por lo cual las autoridades no pueden ser indiferentes frente a una decisión en la cual una persona pone en riesgo su vida o su salud. Por ello el Estado puede actuar en este campo, por medio de medidas de protección, a veces incluso en contra de la propia voluntad ocasional de las personas, con el fin de impedir que una persona se ocasione un grave daño a sí mismo. Las medidas de protección no son entonces incompatibles con la Carta. Sin embargo, ello no significa que cualquier medida de esta naturaleza sea admisible, puesto que, en ocasiones, el Estado o la sociedad, con el argumento de proteger a la persona de sí misma, terminan por desconocer su autonomía. Por ello la Corte, al reconocer la posibilidad de estas medidas, había sido muy cuidadosa en señalar que éstas perdían toda legitimidad constitucional cuando se convertían en políticas "perfeccionistas", esto es, "en la imposición coactiva a los individuos de modelos de vida y de virtud contrarios a los que ellos profesan, lo cual obviamente contradice la autonomía, la dignidad y el libre desarrollo de la persona, fundamentos esenciales de nuestro ordenamiento jurídico (CP arts. 1º, 5º y 16)» (Sentencia C-309 de 1997).

de sustancias psicoactivas, y no el uso del poder punitivo del Estado, es el medio más adecuado para promover el cuidado de la salud²⁸.

Medidas nacionales para la prevención del cuidado de la salud frente al consumo de sustancias nocivas. Las políticas públicas nacionales de prevención y cuidado en salud incluyen la regulación sobre el acceso y consumo de sustancias potencialmente nocivas, como el alcohol, el tabaco y otras sustancias psicoactivas²⁹. La Corte Constitucional ha establecido que la dependencia al alcohol, al igual que a otras sustancias psicoactivas, constituye una enfermedad que afecta la salud mental y física de las personas. Por tanto, debe ser tratada como un problema de salud pública que requiere atención integral por parte del Estado^[Obj.]. En esa medida, las regulaciones y campañas de prevención sobre el consumo de alcohol son esenciales para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud. En armonía con lo anterior, la Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye disposiciones relacionadas con la prevención en el consumo de alcohol. El documento indica expresamente que uno de los deberes de los Estados es adoptar políticas y campañas nacionales de información y educación dirigidas a reducir los riesgos y los efectos adversos sobre la salud derivados del uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas»³⁰.

Medidas frente al consumo nocivo de alcohol. Específicamente, respecto a la prevención del consumo nocivo de alcohol existen acciones normativas y estrategias de salud pública implementadas por el Estado colombiano que buscan estar alineadas con los estándares y directrices internacionales en la materia. Estas políticas comprenden campañas de información y educación, restricciones legales sobre la venta y publicidad del alcohol, detección temprana y tratamiento de trastornos asociados, así como la protección especial de niños, niñas y adolescentes frente al consumo y exposición a bebidas alcohólicas. A continuación, se explican estas medidas de salud pública reconocidas e implementadas por el Estado colombiano.

Estrategia internacional sobre el consumo de alcohol. En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fijó la actual Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol³¹ (Resolución WHA63.13³²). Este documento de política pública refleja el compromiso de los Estados miembros de la OMS en la reducción del consumo nocivo de alcohol, de su impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad, y en las consecuencias

²⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-096 de 2024. Al hacer un recuento de la Sentencia C-221 de 1994 y la jurisprudencia constitucional relacionada con la dosis mínima.

²⁹ En la Sentencia C-253 de 2019, la Corte abordó el tema del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en espacios públicos, señalando que la prohibición general de su consumo vulneraba derechos constitucionales como el libre desarrollo de la personalidad. Aunque esta sentencia se centró más en el ámbito de orden público, puede concluirse que la Corte Constitucional utiliza la expresión «sustancias psicoactivas» en sentido amplio, lo que incluye tanto sustancias ilícitas como lícitas, entre ellas el alcohol y el tabaco.

³⁰ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 11 de agosto de 2000, <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991> [accedida 16 de septiembre de 2025].

³¹ El término que se utiliza es «The global strategy to reduce the harmful use of alcohol», que puede traducirse con referencia al «uso nocivo».

³² Aprobada por los 193 Estados Miembros de la OMS en el sexagésimo tercer período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 2010. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol-governance/global-alcohol-strategy>

negativas sociales que apareja, para lo cual ofrece una orientación sobre las «esferas prioritarias para una acción mundial» y efectúa recomendaciones. Además, este documento destaca que no se trata solo de una política sobre la salud, sino también sobre el desarrollo, en tanto reconoce los vínculos estrechos que existen entre el consumo de alcohol y el progreso socioeconómico de los países³³.

La estrategia advierte la necesidad de (i) reforzar la acción mundial y la cooperación internacional; (ii) posibilitar la acción intersectorial, en tanto es un asunto multidimensional; (iii) prestar la atención necesaria a la prevención y reducción del consumo nocivo de alcohol, esto, en razón a la evidencia sobre el aumento en la disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas; (iv) equilibrar los diferentes intereses, en particular, los de la salud pública, por un lado, y de libertad de mercado y posibilidad de elección de los consumidores, por el otro; (v) centrarse en la equidad, en atención al impacto diferencial del consumo de alcohol por la inequidad económica, social y sanitaria de nuestras sociedades; (vi) atender al contexto para la recomendación de medidas³⁴, y, finalmente, (vii) mejorar la información, a través de sistemas integrados de orden regional y mundial.

Al tenor de esta perspectiva, propone cinco (5) objetivos relacionados con (i) la concientización mundial sobre la magnitud y multidimensionalidad asociada al consumo nocivo del alcohol, y la obligación de los Estados de actuar; (ii) la consolidación de conocimiento para una actuación eficaz; (iii) incrementar el apoyo que se da a los Estados miembros; (iv) fortalecer las alianzas y coordinación entre los interesados; y (v) «mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia». Por su parte, uno de los principios rectores de la Estrategia Mundial establece que «(a) [l]a formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública claramente definidos y en la mejor evidencia disponible»³⁵.

A nivel Nacional, la estrategia recomienda opciones de política pública e intervenciones en nueve (9) esferas, entre las que están (i) las políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; (ii) el *marketing* de las bebidas alcohólicas; (iii) las políticas de precios, incluyendo, por ejemplo, la fijación de impuestos; y el (iv) seguimiento y vigilancia. En particular, en la esfera de acción No. 8 sobre mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica, se precisa que una opción de política e intervención estatal es el «f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños»³⁶.

A nivel Mundial, que tiene por objeto una actuación concertada, se insistió en el apoyo técnico y creación de capacidad por parte de los estados, la producción y difusión de conocimientos, la movilización de recursos y, finalmente, la vigilancia de los progresos y la existencia de mecanismos para presentar informes.

En 2018, la OMS puso en marcha la iniciativa SAFER (por sus siglas en inglés). Se trata de las siguientes cinco estrategias prioritarias que los gobiernos deben tener en cuenta para

³³ En el prefacio de la publicación contentiva de la estrategia se señala que «es un asunto de desarrollo, pues la magnitud del riesgo correspondiente es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países de ingresos altos, donde las personas cada vez están más protegidas por leyes e intervenciones integrales, complementadas por mecanismos para hacerlas cumplir».

³⁴ Sin perder de vista que «muchas intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol se han llevado a cabo en una amplia variedad de culturas y entornos, y sus resultados suelen ser coherentes y acordes con las teorías en que se sustentan y la base evidencial reunida en áreas similares de la salud pública». Ib.

³⁵ <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/governance/global-alcohol-strategy>.

³⁶ *Ibidem*.

implementar la política pública de reducción del consumo de alcohol; (i) fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol; (ii) impulsar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; (iii) facilitar el acceso al tamizaje, las intervenciones breves y el tratamiento; (iv) hacer cumplir las medidas de prohibición o restricción integral respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol; y (v) aumentar los precios del alcohol mediante impuestos especiales y políticas de precios³⁷. En el cuarto eje se plantean observaciones sobre las estrategias mercadotécnicas que incluyan mensajes relacionados con el «consumo responsable o moderado», o algún tipo de advertencia elaborada por la industria. Se señala que este tipo de mensajes «a menudo son vagos o engañosos, y en lugar de ello deben ser formulados y reglamentados por el gobierno»³⁸.

En línea con la Estrategia Mundial para la Reducción del Consumo Perjudicial de Alcohol, en 2022 la OMS formuló el Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. En dicho documento, se refirió (i) al arraigo social que en muchas regiones tiene el alcohol; (ii) a la asociación que existe entre cualquier nivel de consumo y daños evitables en la salud, como lesiones, hepatopatías, cánceres, entre otros; con todo, indicó que «[s]on varios los aspectos que influyen en las consecuencias del consumo de alcohol para la salud»³⁹ y a (iii) la comprensión de la expresión «uso nocivo de alcohol» como un concepto amplio, que no puede equipararse a la categoría diagnóstica de «hábito de consumo nocivo». Además, reparó en que (iv) las consecuencias del uso nocivo del alcohol exceden el área de la salud, implicando pérdidas sociales y económicas importantes en el sector de la justicia, productividad laboral y desempleo, entre otros.

El Plan de Acción se propuso «impulsar la aplicación efectiva de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol como prioridad de salud pública y reducir también la morbilidad y la mortalidad debidas al consumo (...) así como las consecuencias sociales asociadas. El plan de acción también tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de la población a escala mundial»⁴⁰, incluyendo como objetivos primordiales, entre otros, fortalecer la acción multisectorial, aumentar la concientización sobre los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol, y fortalecer los sistemas de información e investigación destinados a la vigilancia del consumo de alcohol y de los daños relacionados con este.

Bajo este enfoque, la OMS formuló seis esferas claves para la acción mundial. La segunda, denominada «promoción, concientización y compromiso», propuso a los *Estados* diez iniciativas, entre ellas, la octava, que pide «[a]segurar la implantación de medidas adecuadas de protección del consumidor con la elaboración y aplicación de requisitos de etiquetado de las bebidas alcohólicas que obliguen a presentar, de manera comprensible para el consumidor, información esencial para la protección de la salud sobre el contenido de alcohol y también sobre otros ingredientes que puedan afectar la salud del consumidor y sobre el valor calórico, además de las advertencias sanitarias»⁴¹. Por su parte, la décima, solicitó «[a]poyar la realización de actividades de instrucción, de formación y de trabajo en red sobre la reducción del uso nocivo del alcohol (...) teniendo en cuenta la inoperancia y los riesgos

³⁷ Iniciativa SAFER de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/SAFER/about>

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ El Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 fue adoptado por la 75ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240090101>. P. 1.

⁴⁰ *Ib.*, p. 9.

⁴¹ *Ibidem*.

de las actuales campañas de «consumo responsable», diseñadas como campañas de comercialización por los productores y distribuidores de alcohol».

Asimismo, en el marco de la misma esfera, la OMS invitó a la *Secretaría de la OMS* a «[e]laborar orientaciones técnicas sobre el etiquetado de bebidas alcohólicas para que el consumidor esté informado de lo que contienen los productos y de los riesgos para la salud que entraña su consumo», además de proponer (iii) a los *operadores económicos* que intervienen en la producción y el comercio del alcohol, que «garanticen, con arreglo a regímenes de regulación o correulación, que las etiquetas de las bebidas alcohólicas presenten información de fácil comprensión para el consumidor (en particular composición y límites de edad, advertencias sanitarias y contraindicaciones del consumo de alcohol)»⁴².

Con fundamento en lo anterior, es incontestable que en el plano internacional la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un marco de política pública programático decidido para enfrentar el consumo nocivo de alcohol. Estos instrumentos establecen que la formulación de políticas debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en la mejor evidencia científica. Particularmente, prevén la obligación de incluir advertencias sanitarias claras en el etiquetado y la comercialización de bebidas alcohólicas. Tales lineamientos, armónicos con los compromisos derivados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Observación General No. 14, constituyen parámetros que orientan a los Estados hacia la protección efectiva del derecho a la salud frente a los riesgos del consumo de alcohol.

Política Nacional Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas - Resolución 089 de 2019. En Colombia, bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, la política pública sobre el consumo de alcohol se ha inscrito en la regulación que, en general, ha adoptado el Estado frente a todas las sustancias psicoactivas. La Resolución 089 de 2019 (i) se refiere a los objetivos de reducción del consumo planteados en el Plan Decenal de Salud 2012-2021, entre ellos, en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, posponer la edad en la que se inicia el consumo de alcohol a los 14 años y mantener por debajo del 12% el consumo nocivo -de riesgo y perjudicial-⁴³; (ii) menciona los nexos que se han encontrado entre la depresión y trastornos del estado de ánimo con el consumo de alcohol, así como entre el consumo de este y factores de morbilidad⁴⁴ y mortalidad⁴⁵; concluyendo que el «uso nocivo de alcohol es un problema de salud pública mundial y los trastornos relacionados con el alcohol tienden a hacerse crónicos con impactos en los ámbitos social, personal, laboral, familiar, económico y social»⁴⁶; por lo anterior, la Política se propuso (iii) reducir los factores de riesgo del consumo en el entorno del hogar, establecer atención diferenciada para gestantes y recién nacidos; entre otras medidas.

Ahora bien, a través de «[L]a estrategia nacional de respuesta en Colombia para la reducción del consumo nocivo de alcohol»⁴⁷, el Ministerio de Salud y Protección Social

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Para ese momento, de acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas, 2013, la sustancia más consumida durante el último año era el alcohol, en un 58,7%, mientras que cerca de 2.5 millones de personas presentaban un consumo riesgoso o perjudicial (1.9 millones hombres y 0.6 millones mujeres). Resolución 089. De 2019, p. 8.

Según los estudios nacionales, en el último año el 42,5% de la población consumía alcohol

⁴⁴ Según cifras de la OMS de 2004, en años de vida ajustados por discapacidad el 4% recae en abuso de sustancias legales como el alcohol.

⁴⁵ «Adicionalmente, se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (MINSALUD, 2016b)».

⁴⁶ Resolución 089 de 2019, p. 13.

⁴⁷ Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/reduccion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>

brinda orientación técnica y operativa a los diferentes actores del gobierno y de la sociedad civil con el objeto de abordar el consumo nocivo de alcohol⁴⁸. En esta dirección, propuso (i) acciones por momento del curso de vida -primera infancia e infancia, adolescencia y juventud, adultez y vejez -, (ii) acciones intencionadas y complementarias por entorno -hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional-, y (iii) hitos de consolidación estratégica de respuesta para la reducción del consumo nocivo, a nivel nacional y territorial; entre los primeros se encuentra, por ejemplo, «la identificación acorde con lo establecido en documentos de orden internacional y nacional, así como de evidencia nacional de investigaciones relacionadas con el tema, las medidas tendientes a fortalecer la reducción del consumo para valorar su incorporación al documento de estrategia nacional de respuesta (2022-2023)»; entre los relacionados con el sector territorial, «obtener información sobre las características de la población y del consumo que se está teniendo en las que se incluya prácticas culturales del alcohol por parte de la población del territorio».

Finalmente, la mencionada Estrategia precisó que, bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social⁴⁹, las entidades que hacen parte de la comisión intersectorial para el consumo de alcohol creada en el Decreto 120 de 2010, las entidades de cooperación internacional, las entidades territoriales en salud, las empresas administradoras de plan de beneficios en salud, entre otros sectores sociales y comunitarios, tienen responsabilidades en la implementación de estos lineamientos.

En adición, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el Plan Decenal de Salud Pública, 2022-2031, a través de la Resolución No. 1035 de 2022. Este documento, que contiene un capítulo especial para los sistemas de salud propios interculturales de los pueblos y comunidades étnicas, precisó la necesidad de gestionar medidas para reducir la oferta, demanda y consumo, entre otras sustancias psicoactivas, del alcohol⁵⁰.

Legislación nacional sobre prevención del consumo de alcohol. La Ley 124 de 1994⁵¹ prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de 18 años y establece que serán sancionadas las personas mayores que faciliten este consumo (artículo 1º). La Ley 1385 de 2010⁵² tiene como objetivo principal prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés

⁴⁸ Estos lineamientos advierten sobre la «evidencia cada vez mayor de que el consumo nocivo de alcohol contribuye a la carga de las enfermedades, no se ve reflejado en un reconocimiento y abordaje suficiente en las estrategias y planes de acción mundiales pertinentes y se constituye en una amenaza para el desarrollo sostenible y entraña un obstáculo prevenible a la resolución de muchos de los problemas que son el punto central de otras metas (por ejemplo, pobreza, desigualdad, violencia), incluida la meta 3.4, relativa a las enfermedades no transmisibles, establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible». Ib., p. 6.

⁴⁹ Encargado de socializar la estrategia; asistir técnicamente a las entidades territoriales en salud; desarrollar capacidades a los actores del orden nacional y territorial; promover investigaciones para ampliar la base de conocimiento sobre el consumo nocivo de alcohol; gestionar y coordinar técnica y operativamente con entidades de todos los órdenes territoriales la implementación de acciones orientadas a la reducción del consumo novio, y ejercer la secretaría de la comisión interinstitucional para el control abusivo creada en el Decreto 120 de 2010.

⁵⁰ Con tal objeto, mencionó medidas de política fiscal dirigidas a incrementar el impuesto sobre el alcohol; medidas normativas sobre la etiqueta que advierta sobre el consumo nocivo de alcohol; el desarrollo de acciones dirigidas a limitar el acceso y demanda del alcohol; y avanzar en la implementación del Plan de Acción 2022-2030 de la OMS. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%c3%b3n%20No.%201035%20de%202022.pdf. Pp. 129 y 130.

⁵¹ «Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones».

⁵² «Por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones».

mediante la promoción de acciones dirigidas a evitar el consumo de alcohol en mujeres embarazadas, garantizando así la integridad de quien está por nacer⁵³.

El Decreto 120 de 2010⁵⁴ creó la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol con el objetivo de coordinar y articular la política pública para el control del consumo abusivo del alcohol, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social⁵⁵. Asimismo, definió una bebida alcohólica como aquella que, siendo apta para el consumo humano, tiene una concentración no inferior a 2.5% alcohométricos y no tiene indicaciones terapéuticas⁵⁶. En relación con las leyendas, etiquetas y publicidad de las bebidas alcohólicas, establece que debe incluir advertencias sobre la prohibición de consumo de los menores de edad de forma «clara e inteligible» (artículo 15), deben estar en idioma español y no pueden inducir a error o engaño sobre su consumo ni sugerir que tienen propiedades medicinales (artículo 16). Finalmente, contempla que «el Ministerio de la Protección Social dictará las normas técnicas que sean necesarias respecto de las especificaciones de las leyendas, etiquetas y rótulos» (artículo 16).

La Ley 1503 de 2011⁵⁷, orientada a promover la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía, establece la incorporación de contenidos sobre los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol en el espacio público y al conducir vehículos. Asimismo, fija directrices para el sector privado, en particular, al exigir que los establecimientos de comercio cuya actividad principal sea la venta de bebidas alcohólicas contribuyan a la promoción de hábitos de «consumo responsable de alcohol» mediante la elaboración de planes estratégicos, cuyas pautas serán definidas por el Gobierno nacional⁵⁸.

La Ley 1566 de 2012⁵⁹ aborda el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas - lícitas e ilícitas- como una cuestión de salud pública, disponiendo que la prevención, atención y reducción de estos usos corresponde al Estado. Exige la participación de todos los sectores sociales y productivos en campañas educativas sobre los riesgos y efectos del consumo de estas sustancias, con especial énfasis en la protección de menores y poblaciones vulnerables.

⁵³ La ley establece la obligación de hospitales públicos y privados de implementar programas de pedagogía, información y prevención sobre los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo, fomenta hábitos saludables, apoyo familiar y tratamiento en caso de presentarse la enfermedad. Además, dispone que el Ministerio de Protección Social, el Ministerio de Educación y el ICBF deben diseñar y fortalecer estrategias educativas, realizar censos periódicos sobre los casos de síndrome de alcoholismo fetal y rendir informes anuales sobre el avance y resultados de las acciones preventivas implementadas en todo el país.

⁵⁴ «Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol».

⁵⁵ Tal política incluye programas educativos en las escuelas para evitar el consumo de alcohol (artículo 8), la emisión de mensajes en medios masivos de comunicación como la televisión y las emisoras radiales sobre prevención del consumo abusivo de alcohol (artículo 9), e identificación de población con factores de riesgo por parte de las EPS, las IPS y las ARL (artículo 10). Además, autoriza a las autoridades territoriales para adoptar restricciones de horarios y zonas para la venta de bebidas alcohólicas e impulsa pactos comunitarios para minimizar la violencia, criminalidad y accidentalidad asociadas al consumo abusivo.

⁵⁶ Artículo 2. Definición reiterada en el artículo 3 del Decreto 1686 de 2012, modificado por el artículo 1 del Decreto 161 de 2021.

⁵⁷ «Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones».

⁵⁸ El Decreto 2851 de 2013, «Por el cual se reglamentan los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10, 12, 13, 18 y 19 de la Ley 1503 de 2011 y se dictan otras disposiciones», define acciones para promover el consumo responsable de alcohol en el establecimiento de expendio y/o consumo de bebidas alcohólicas.

⁵⁹ «Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas».

La Ley 1816 de 2016⁶⁰ prevé que los departamentos deben implementar programas de prevención y tratamiento de las «adicciones relacionadas con el consumo excesivo y la dependencia de los licores destilados, vinos, aperitivos y similares» (artículo 37). A su vez, el artículo 36 de esta ley -norma demandada en el presente proceso de constitucionalidad-modificó el artículo 16 de la Ley 30 de 1986 (Estatuto Nacional de Estupefacientes)⁶¹, relativo a la etiqueta que debe llevar «todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera». Sin embargo, durante el trámite legislativo de la Ley 1816 de 2016⁶² no se hizo referencia al contenido de la leyenda para las bebidas alcohólicas. El texto se mantuvo en los mismos términos previstos en la Ley 30 de 1986, limitándose a adicionar la exigencia de incluir la frase «para consumo en Colombia» en las bebidas destiladas⁶³.

Desde su origen, el artículo 16 de la Ley 30 de 1986 estableció que, «[e]n todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera deberá imprimirse, en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando al menos una décima parte de ella, la leyenda: «El exceso de alcohol es perjudicial para la salud"»⁶⁴. En el trámite legislativo de dicha ley, el debate se centró en la necesidad de enfrentar el narcotráfico mediante tres ejes: prevención, represión y rehabilitación. La exposición de motivos y los debates destacaron la urgencia de desarrollar campañas de prevención, programas educativos e información sobre los riesgos de la farmacodependencia. No obstante, no se registró un análisis particular sobre la incorporación de la citada leyenda. Además, se reconoció que el articulado del Estatuto constituía una reproducción y recopilación de las normas vigentes desde 1974⁶⁵.

⁶⁰ «Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones».

⁶¹ «Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones».

⁶² Antecedentes del trámite de la Ley 1816 de 2019, «[p]or la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones». <https://congresovisible.uniandes.edu.co/proyectos-de-ley/ppor-medio-de-la-cual-se-fija-el-regimen-propio-del-monopolio-rentistico-de-licores-destilados-se-modifica-el-impuesto-al-consumo-de-licores-vinos-aperitivos-y-similares-y-se-dictan-otras-disposiciones-impuestos-a-licores/8254/>

⁶³ El texto aprobado y actual es el siguiente (se subraya el texto adicional en relación con el establecido inicialmente en la Ley 30 de 1986): ARTÍCULO 36. El artículo 16 de la Ley 30 de 1986 quedará así: “ARTÍCULO 16. En todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera deberá imprimirse, en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando al menos una décima parte de ella, la leyenda “El exceso de alcohol es perjudicial para la salud”. //En la etiqueta deberá indicarse además, la gradación alcohólica de la bebida, y en el caso de las bebidas destiladas deberá incluirse la leyenda “para consumo en Colombia”. //El Gobierno nacional reglamentará las características de la etiqueta”.

⁶⁴ *Antecedentes del trámite de la Ley 30 de 1986, «[p]or la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones».* En respuesta al auto de pruebas emitido por la magistrada sustanciadora, el secretario general del Senado de la República informó el trámite surtido en «la Comisión Primera del Senado del Proyecto de Ley N° 15 de 1985 Senado 02 de 1985 Cámara “Por la cual se adopta el estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones”, que finalmente concluyó en la Ley 30 de 1986». Adjunto los siguientes «Anales del Congreso en donde consta el trámite surtido por esta iniciativa, en la Comisión Primera del Senado: -Ponencia 1er Debate: Anales del Congreso N° 178 de 1985. pág. 03. -Texto aprobado por la Comisión Primera Anales del Congreso N° 225 de 1985. pág. 08. - Ponencia 2° Debate : Anales del Congreso N° 225 de 1985. pág. 08».

Archivo: <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=105309>

⁶⁵ En efecto, el estatuto anterior, adoptado por el Decreto 1188 de 1974 (8 de julio), había incluido inicialmente una advertencia sanitaria con el texto: «[e]l alcohol es una sustancia perjudicial para la salud»⁶⁵. Sin embargo, esta disposición fue derogada por el Decreto 2397 de 1974 (26 de noviembre), expedido por el presidente de la República en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas en la Ley 17 de 1973⁶⁵, a través del cual simplemente se ordenó que en la etiqueta se incluyera la indicación de su grado alcohólico.

En desarrollo de la anterior normativa, el Decreto 162 de 2021 modificó el Decreto 1686 de 2012⁶⁶ que contiene el «reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano». El artículo 9 del Decreto 162 se refiere a la leyenda de «el exceso de alcohol es perjudicial para la salud». Dispone que «[e]sta leyenda debe ocupar, como mínimo, la décima (10^a) parte del área de la etiqueta, ubicada en la cara principal de exhibición y estar dispuesta en el extremo inferior de la misma con caracteres fácilmente legibles por su tamaño y tipo de letras, de tal manera que, contrasten con el fondo sobre el cual estén impresos. En ningún caso, se permiten tamaños ni contrastes que hagan perder el sentido preventivo de esta exigencia»⁶⁷.

Conclusión. En síntesis, la regulación del consumo de alcohol constituye una manifestación concreta del deber estatal de garantizar el derecho fundamental a la salud, particularmente en sus dimensiones de promoción y prevención. Tanto el marco constitucional como el legal coinciden en reconocer, en concordancia con los estándares internacionales, que el consumo nocivo de alcohol es un problema de salud pública que exige políticas integrales y diferenciadas, orientadas a proteger el bienestar colectivo sin menoscabar la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad. En esa perspectiva, la adopción de medidas de advertencia, información y restricción para el consumo de bebidas alcohólicas -fundadas en la mejor evidencia científica disponible- materializa el mandato del artículo 49 de la Constitución. Las etiquetas con advertencias sanitarias e información sobre los riesgos asociados al consumo son un instrumento esencial para la educación, la prevención y la protección efectiva de la salud de la población; encaminadas a la finalidad legítima de procurar la reducción del consumo nocivo de alcohol.

3. El derecho a la salud y el principio de precaución

Antecedentes y ámbito de aplicación. El mandato de precaución integra el marco principialista del derecho ambiental, área en la que internacionalmente, de acuerdo con algunos autores⁶⁸ y documentos al respecto⁶⁹, fue referido con claridad por primera vez en la Declaración Ministerial de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Protección del Mar

⁶⁶ «Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano».

⁶⁷ Adicionalmente, pueden identificarse otras normas que contribuyen a la promoción y prevención en salud frente al consumo perjudicial de alcohol. La Ley 1616 de 2013, «[p]or medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones», impone al Ministerio de Salud y Protección Social dirigir acciones de promoción para afectar positivamente los determinantes de la salud mental entre los que se encuentra la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (artículo 8). Ley 1696 de 2013, «[p]or medio de la cual se dictan disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas». Asimismo, el Decreto 719 de 2018, «[p]or el cual se adiciona el Capítulo 8, Título 1, Parte 3 del Libro 1 del Decreto 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria y se reglamenta la distribución del recaudo de IVA de licores, vinos, aperitivos y similares con destino al aseguramiento en salud». Según este decreto, el recaudo debe ser transferido a los fondos departamentales de salud, contribuyendo directamente a la financiación de servicios y cobertura del sistema de aseguramiento en salud en cada departamento. Finalmente, mediante la Resolución 089 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

⁶⁸ De Sadeleer, Nicolas. *Environmental Principles. From Political Slogans to Legal Rules*. Second Edition. Oxford University Press. 2020. Capítulo sobre el origen del principio de precaución. De acuerdo con este autor, tal como lo ha indicado la Corte Constitucional -entre otras en la Sentencia T-236 de 2017 -, encuentra sus orígenes en el *Vorsorgeprinzip* alemán.

⁶⁹ Comunicación sobre el recurso al principio de precaución de la Comisión de las Comunidades Europeas, año 2000. Anexo II: «El principio de precaución en la legislación internacional». <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0001:FIN:es:PDF>.

del Norte -1987-. Luego, tras otras menciones al inicio de la década de los noventa, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en el año 1992 en Río de Janeiro - Brasil lo reconoció de manera explícita.

En dicha oportunidad se suscribió la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, en la cual se previó que: «[c]on el fin de proteger el medio ambiente, los Estados deberán aplicar ampliamente el criterio de precaución conforme a sus capacidades. Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces en función de los costos para impedir la degradación del medio ambiente» (Artículo 15). En Colombia, esta definición fue acogida a través del artículo 1 de la Ley 99 de 1999⁷⁰, el cual prevé que la política ambiental interna se guiará, entre otros, por los principios universales y del desarrollo sostenible de la referida Declaración.

Esta formulación no es la única posible⁷¹, no obstante, dentro de las varias acogidas en diferentes instrumentos y escenarios, esta Corporación y la literatura especializada reconocen que la derivada de la Declaración de Río es *débil*⁷². En esta dirección, se ha precisado que existe un tránsito regulatorio del *peligro* al *riesgo*, el cual responde «a un cierto grado de probabilidad de un daño, en las situaciones en las que dicha probabilidad no se ha podido establecer con certeza»⁷³, por lo cual, este principio «principalmente exige una postura activa de anticipación, con un objetivo de previsión de la futura situación medioambiental»⁷⁴.

Ahora bien, debido a su origen, este mandato ha tenido desde su aparición aplicación directa en asuntos relacionados con el derecho al medio ambiente, sin embargo, se ha reconocido que su ámbito de aplicación es mayor⁷⁵. En este sentido, la jurisprudencia de la

⁷⁰ A través de dicha Ley se creó el Ministerio del Medio Ambiente y se organizó este sector. El artículo 1º fue declarado exequible a través de la Sentencia C-528 de 1994.

⁷¹ De hecho, una de las críticas que han recaído sobre este principio recae en la existencia de varias - más de doce - definiciones. Con todo, de acuerdo a lo indicado, por ejemplo, por De Sadeleer, tal variedad no desconoce el hecho de que todas aquellas parten de un enfoque particular de carácter regulatorio y anticipatorio, con elementos comunes. Agregó que, en su criterio, tales diferencias no hacen del principio de precaución un mandato impredecible ni afecta tampoco su coherencia general. Tomado de: Environmental Principles. From Political Slogans to Legal Rules. Second Edition. Oxford University Press. 2020. Capítulo sobre el origen del principio de precaución, 2.4. «Conclusiones Finales». En relación la coherencia general del principio, este Tribunal también ha advertido que otra de las críticas que se hacen a este principio tiene que ver con el hecho de que predicaría generalidades, «sin proveer directrices específicas sobre qué se debe demostrar para su aplicación en concreto». Corte Constitucional. Sentencia T-236 de 2017.

⁷² De acuerdo con De Sadeleer, (i) el nivel de protección de la formulación del principio de precaución en el artículo 15 de la Declaración de Río, es *mínimo* y tiene por objeto motivar o incentivar la acción de las autoridades públicas; (ii) una intervención que está sometida a que exista evidencia mínima sobre el riesgo, aunque exista incertidumbre científica sobre el nexo de causalidad; y, (iii) finalmente, indica que en este supuesto la medida o medidas que se tomen deben ser *demostradamente* costo-efectivas. Estos criterios se diferencian de formulaciones maximalistas, en las que (i) se exige la intervención de la autoridad estatal; (ii) cuando quiera que no se pueda demostrar la ausencia de riesgo; (iii) dado que la conservación del medio ambiente prevalece sobre la costo - efectividad de la medida. Ver tabla 3.10 “categories of precautionary measures”. Capítulo sobre el origen del principio de precaución, 7. «Observaciones finales”.

⁷³ Ib.

⁷⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-595 de 2010.

⁷⁵ En la Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas, del año 2000, sobre el principio de precaución: «[a]unque en el Tratado sólo se mencione explícitamente el principio de precaución en el terreno del medio ambiente, su ámbito de aplicación es mucho más amplio. Este principio abarca los casos específicos en los que los datos científicos son insuficientes, no concluyentes o inciertos, pero en los que una evaluación científica objetiva preliminar hace sospechar que existen motivos razonables para temer que los efectos

Corte Constitucional fue expandiendo sus contornos al derecho a la salud⁷⁶, en general sobre materias en las que adquiere gran relevancia la gestión de riesgos, como sucede con la explotación minera⁷⁷, el uso del glifosato para la aspersión aérea de cultivos de uso ilícito⁷⁸, la exposición a ondas electromagnéticas⁷⁹ o el etiquetado sobre alimentos modificados genéticamente o con componentes genéticamente modificados⁸⁰.

Elementos definitorios y escenarios de concreción. En general, cuando se hace referencia al principio de precaución el estudio se remite al *riesgo* y a la *incertidumbre*, criterios que determinan luego su activación y, a partir de esta, la decisión de actuar -y con qué alcance- o no de no hacerlo. Fijar *prima facie* unos bordes claros de dichos criterios no es tarea fácil, en la medida en que se caracterizan por su vaguedad; con todo, esta característica -que no es ajena al Derecho- no impide su concreción, a partir de criterios de razonabilidad⁸¹. En nuestro caso, al tenor del artículo 15 de la Declaración de Río, el umbral del riesgo que activa el principio de precaución está determinado por su *gravedad* o *irreversibilidad*, mientras que al referirse a la *incertidumbre* menciona la “falta de certidumbre científica *absoluta*”; incluyendo, además, el análisis de medidas costo-efectivas.

Operativamente, el principio de precaución ha sido visto como un principio orientador de la política regulatoria⁸², pero, también, como un principio que es posible invocar ante la jurisdicción⁸³ y, a través de ella, lograr su materialización en garantía de los derechos y principios superiores comprometidos.

Desarrollo y estándar jurisprudencial en la Corte Constitucional sobre el principio de precaución. A partir del análisis sistemático realizado en la Sentencia T-236 de 2017⁸⁴, se puede afirmar que este Tribunal ha venido refiriéndose el principio de precaución con diferentes finalidades, entre ellas, (i) afirmar que su recepción en el ordenamiento colombiano es válida, a través por ejemplo de diferentes instrumentos internacionales, por su compatibilidad con los valores superiores derivados de la Constitución Política de 1991, y

potencialmente peligrosos para el medio ambiente y la salud humana, animal o vegetal pudieran ser incompatibles con el alto nivel de protección elegido». En la misma dirección, De Sadeleer indicó que: “[e]n la medida en la que el principio de precaución tiene como propósito incidir en la toma de decisiones en eventos de incertidumbre, se exportará muy rápidamente más allá de su ámbito original a áreas como la salud pública y la seguridad de los productos”. Traducción libre. Tomado de: Environmental Principles. From Political Slogans to Legal Rules. Second Edition. Oxford University Press. 2020. Capítulo sobre el origen del principio de precaución, 7. «Observaciones finales”.

⁷⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-988 de 2004.

⁷⁷ Corte Constitucional. Sentencias T-614 de 2019, T-733 de 2017 y T-154 de 2013. En estos casos, era evidente la relación de la actividad minera no solo con la salud, sino con el medio ambiente.

⁷⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-236 de 2017. En este evento, también es evidente el impacto de la aspersión en el medio ambiente.

⁷⁹ Corte Constitucional. Sentencia T-397 de 2014.

⁸⁰ Corte Constitucional. Sentencia C-583 de 2015.

⁸¹ Así, conforme a lo establecido en la Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el principio de precaución, “toda decisión debe ir precedida de un examen de todos los datos científicos disponibles y, si fuera posible, de una evaluación del riesgo tan objetiva y completa como sea posible. Tomar la decisión de recurrir al principio de precaución no significa que las medidas tengan como fundamento una base arbitraria o discriminatoria”.

⁸² Este enfoque es claro en la Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas, del año 2000.

⁸³ En estos eventos, como se indicó por la Corte Constitucional en la Sentencia T-236 de 2017, es posible que la actividad judicial incluya el análisis, por sí misma, del riesgo - como ha pasado en Colombia -. Fj. 5.1.6.2. y 5.1.7.

⁸⁴ Estudio que se ha venido reiterando, entre otras, en la Sentencia C-300 de 2021. Fj. 75.

(ii) servir de fundamento para examinar la determinación adoptada por una autoridad pública, incluido el Congreso de la República; o para imponer, mediante la decisión judicial misma, la obligación de actuar -usualmente en casos concretos-⁸⁵.

Dentro de este segundo supuesto y en relación con temas de salud, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias ocasiones. Por ejemplo, en la Sentencia C-583 de 2015 -antes mencionada- la Sala Plena concluyó que respecto del artículo 24 del Estatuto del Consumidor⁸⁶, que regula la información mínima que deben tener los productos, se configuró una omisión legislativa relativa en la medida en la que no incluyó la referente a aquellos productos que se comercializan y fueron modificados -o sus componentes- genéticamente. Para arribar a dicha conclusión este Tribunal destacó que, pese a las ventajas reconocidas científicamente de los cultivos transgénicos, también se escuchaban objeciones «por las posibles repercusiones al medio ambiente que pueden tener y por los posibles peligros para la salud de los seres humanos». Agregó que «[m]uchas de las objeciones se fundamentan en la incertidumbre científica que existe sobre el impacto que estos organismos transformados pueden llegar a tener en la salud de las personas y en los ecosistemas».

En esta línea, tras mencionar algunos estudios que indicaban del impacto negativo en la salud, estimó que «es cierto que este tipo de investigaciones es minoritaria y que el escaso tiempo que ha pasado desde el lanzamiento de estos productos en los 90's y la insuficiente evidencia sobre su efecto final, sigue perpetuando la incertidumbre descrita», con todo, precisó, «la inexistencia total de riesgos, tampoco es una realidad enteramente cierta, menos aun cuando hay voces relevantes desde la ciencia o la economía, que discrepan profundamente de esta posición». A partir de esta verificación, a continuación, afirmó que dentro del marco regulatorio sobre bioseguridad y biotecnología debía considerarse el principio de precaución⁸⁷.

La Sala Plena sostuvo que un elemento fundamental de los derechos de los consumidores, atendiendo a la desigualdad entre dicho grupo y los productores, era tener acceso a la información relevante, la cual no dependía de la certeza científica, en la medida en que «[e]l que el riesgo no sea comprobado científicamente de manera inmediata y directa, no justifica que esta información no sea considerada relevante para el consumidor y pueda ser simplemente omitida del etiquetado de los productos alimenticios». Así, agregó que el derecho a una información mínima⁸⁸, cumplía varias funciones, entre otras, la de garantizar el derecho de los consumidores a una información relevante para adoptar de manera libre sus elecciones; y, especialmente, para «garantiza[r] la protección y prevención en materia de salud, al admitir riesgos presuntos o eventuales ligados con aspectos del desarrollo de esos productos que son desconocidos hasta el momento por la sociedad, sobre la base del principio de precaución».

En consecuencia, para la Corte Constitucional la información que extrañaba la demandante era esencial, entre otras razones, porque «puede estar ligada a riesgos a la salud» y, por lo tanto, debía ser incluida dentro de la información mínima, encontrando así configurada la omisión legislativa relativa.

⁸⁵ Aunque se hace referencia a casos concretos, esto no implica que, como consecuencia de la orden judicial y en algunos casos, se impacte de manera general una determinada política pública.

⁸⁶ Ley 1480 de 2011.

⁸⁷ También verificó la Sala la inexistencia de regulación que, de manera sistemática, regulara un tema de tal relevancia.

⁸⁸ Esto es, según la Sentencia C-583 de 2015, la que es esencial al producto; es de interés del consumidor; «responde a un interés público legítimo avalado por la Constitución», e interviene en el desequilibrio entre consumidores y productores.

En la Sentencia T-236 de 2017 esta Corporación amparó, entre otros, el derecho a la salud de las comunidades indígenas y afrodescendientes asentadas en el municipio de Nóvita, al encontrarlo amenazado por la posibilidad de que se reanudara la aspersión aérea con glifosato y se incluyera el municipio entre las zonas a adelantar aspersión terrestre⁸⁹. Para arribar a dicha conclusión, la Corporación aplicó el principio de precaución, el cual, metodológicamente, fue abordado atendiendo a los siguientes criterios:

(i) Existencia de un umbral de aplicación, determinado por un riesgo *significativo*, el cual, «requiere una consideración simultánea del grado de probabilidad del daño y de la gravedad que el mismo tendría en caso de darse. Así, para la Sala un riesgo puede ser significativo por representar una alta probabilidad o por representar una baja probabilidad de un daño muy grave»⁹⁰.

(ii) Grado de certidumbre, determinado por una evidencia objetiva que, como se indicó, no requiere consenso.

(iii) Nivel de riesgo aceptado, criterio que exige verificar si, se «llega a la conclusión de que hay un *riesgo significativo* contra la salud humana respaldado por *evidencia objetiva* (...) proceder a determinar si en todo caso dicho riesgo es igual o menor al nivel de riesgo aceptado en Colombia»⁹¹.

(iv) Medidas a adoptar, bajo la consideración de que la aplicación del principio de precaución no implica necesariamente la prohibición de la actividad que genera el riesgo y que, además, se requiere analizar si existe o no una regulación sobre la materia. En todo caso, toda medida debe tener en cuenta el *principio de proporcionalidad*.

(v) Y, finalmente, la temporalidad de las medidas⁹².

Más recientemente, entre otras, en la Sentencia T-614 de 2019 se ampararon, entre otros, el derecho a la salud de los integrantes del resguardo indígena *Provincial* ubicado en la Guajira, por los impactos derivados de la explotación minera del Cerrejón Limited. Para ello, luego del análisis probatorio⁹³, concluyó que «se presenta una situación particular en la que: (i) existe un peligro real de que se generen o se sigan generando daños al ambiente y la salud humana; (ii) esto implicaría perjuicios graves e irremediables para la comunidad⁹⁴; y (iii) se ha valorado científicamente que este riesgo no se trata de denuncias sin fundamento alguno», por lo cual se activaba el principio de precaución⁹⁵.

⁸⁹ Como consecuencia de este amparo ordenó (i) al Gobierno Nacional evaluar con las comunidades el impacto que el programa de erradicación de cultivos ilícitos tuvo mientras estuvo vigente; y, de no ser posible una decisión concertada, que el Consejo Nacional de Estupefacientes, a partir de la evidencia científica, estableciera el nivel de afectación; (ii) no reanudar el programa de aspersión aérea y, (iii) que esta última decisión estaría vigente a menos que el Consejo Nacional de Estupefacientes satisficiera algunos requerimientos, entre otros, la evaluación del riesgo a la salud y otros, «en el marco de un proceso participativo y técnicamente fundado».

⁹⁰ Corte Constitucional. Sentencia T-236 de 2017.

⁹¹ Ib.

⁹² En la obra mencionada, De Sadeleer advierte que «[l]as decisiones irreversibles son la antítesis del principio de precaución». Traducción libre. Tomado de: Environmental Principles. From Political Slogans to Legal Rules. Second Edition. Oxford University Press. 2020. Capítulo sobre el origen del principio de precaución, 7. «Observaciones finales».

⁹³ Compuesto, entre otros, por informes de entidades públicas e instituciones académicas y sociales que señalaron impactos en la calidad del aire, cuerpos de agua y vegetación, ruido, y amenazas directas a la salud.

⁹⁴ Por ejemplo, se allegó prueba que daba cuenta que el «10% de los integrantes del resguardo tienen afectaciones en su función pulmonar y se encontraron diversos casos de enfermedades respiratorias e infecciones agudas en las vías respiratorias de esta población».

⁹⁵ En virtud de esto, entre otras medidas, se ordenó como medida transitoria el control en la emisión de material particulado que impactara el aire, hasta tanto «el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, la empresa Carbones del Cerrejón Limited y la comunidad accionante acuerden un estándar de aire para el Resguardo

Por su parte, en la Sentencia T-343 de 2022 la Sala Octava de Revisión amparó el derecho fundamental a la salud de los niños y niñas del país⁹⁶, y ordenó al Instituto Colombiano Agropecuario adoptar las medidas administrativas necesarias para suspender inmediatamente la comercialización de productos químicos con el componente activo *clorpirifós* y, en el término de 6 meses, eliminar de manera definitiva el uso de dicho elemento. Para adoptar esta posición afirmó que, aunque no existía certeza científica, «cuenta con un alto estándar para concluir que la exposición al CPF genera afectaciones a la salud y a la vida humana, principalmente, en los NNA». Preciso que (i) estaba probada la existencia del riesgo; así como (ii) el grado de certeza del mismo - a partir de los estudios allegados -, y (iii) su magnitud, en particular, respecto de la vida y la salud humana. Agregó que (iv) la regulación sobre la materia, que permitía el uso de este componente a partir de los conceptos del Instituto Nacional de Salud y de la ANLA, desconocía la evidencia científica; por lo cual, concluyó, «se activa para el ICA la obligación de adoptar medidas suficientes que prevengan que ocurra un daño irreparable en la salud y vida de las personas y los NNA».

Conclusión. El principio de *precaución* se incorporó en el escenario del Derecho ambiental; con todo, dado su alcance, se ha ido extendiendo a otras áreas en las que la *gestión del riesgo* es fundamental, tales como la salud humana. Su invocación no pretende eliminar de la sociedad el riesgo, lo que no solo es imposible, sino que, además, tendría impactos no deseables en materia -por ejemplo- de innovación. La pregunta fundamental por resolverse tiene que ver con cuál es el nivel de riesgo que la sociedad estima aceptable; para lo cual, el principio de precaución brinda criterios para determinar qué cursos de acción deben adelantarse -o no- cuando se está ante un escenario de *riesgo* en el que científicamente opera la *incertidumbre*⁹⁷. Por último, la práctica de este Tribunal da cuenta de que, en términos generales, para examinar la aplicación del principio de precaución se analiza (i) la existencia del riesgo y su grado de certeza, a partir de la confiabilidad de la evidencia científica; así como (ii) su magnitud -gravedad e irreversibilidad-. Verificado lo anterior, la Corte Constitucional (iii) evalúa la existencia de medidas regulatorias y su adecuación para la gestión del riesgo encontrado, fijando su decisión con fundamento en el principio de proporcionalidad.

4. Estudios científicos sobre el impacto del consumo de alcohol en la salud humana

El impacto del consumo de alcohol en la salud humana ha sido objeto de estudio a lo largo del tiempo. Tradicionalmente, la literatura científica ha aceptado que el consumo alto o excesivo conlleva riesgos importantes y acumulativos para la salud, asociados, por ejemplo, a las enfermedades no transmisibles-ENT-. Sin embargo, en los últimos años⁹⁸, algunos

Indígena Provincial, que tenga en cuenta las particularidades de las operaciones extractivas de carbón a cielo abierto y la protección defectiva de los derechos fundamentales de la comunidad accionante».

⁹⁶ Además, protegió, de manera individual, el derecho a la salud del accionante y de una niña.

⁹⁷ “Aunque la ciencia no puede proporcionar una evidencia definitiva sobre los riesgos inciertos, los responsables de formular las políticas públicas sí deben, conforme al principio de precaución (PP), recurrir a la ciencia para justificar sus medidas. Ahí reside la paradoja”. Traducción libre. Tomado de: Environmental Principles. From Political Slogans to Legal Rules. Second Edition. Oxford University Press. 2020. Capítulo sobre el origen del principio de precaución, Análisis sistemático, apartado 4.1.3. «El carácter del riesgo post-industrial».

⁹⁸ Recientemente ver, en particular, la advertencia realizada por la OMS el 4 de enero de 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>. En dicha oportunidad se refirió a la evidencia que se venía acumulando y, en virtud de la cual, se publicaba una declaración en The Lancet Public Health - revista líder en investigación de salud pública - con el objeto de

estudios han concluido que, incluso, los consumos bajos de bebidas alcohólicas pueden tener efectos perjudiciales para la salud. En tal sentido, el debate se centra en si existe un nivel de consumo que sea seguro para la salud humana. Surge así, una tensión entre un «riesgo por exceso» y un «riesgo absoluto» asociado al consumo de alcohol, la cual ha sido objeto de análisis en investigaciones científicas recientes.

A continuación, la Sala hará referencia a algunos de estos estudios⁹⁹, extrayendo ideas relevantes. En este sentido, es importante advertir que no corresponde a este Tribunal extraer conclusiones sobre una discusión que es ante todo científica, sino dar cuenta de ella en tanto está directamente vinculada al estudio de constitucionalidad sometido a consideración.

El alcohol. De los varios tipos de alcohol que reconoce la química, el etílico es el que se suele ingerir. De conformidad con lo indicado en la Enciclopedia Británica¹⁰⁰, su producción es milenaria y se fundó, principalmente, en un proceso de fermentación de jugos de frutas. Actualmente, al lado de la fermentación, las bebidas alcohólicas se obtienen a través de un proceso de destilación; en este último caso, la concentración del alcohol es mucho mayor.

Los estudios indican¹⁰¹ que el metabolismo del alcohol por el ser humano está determinado por factores genéticos y ambientales. De ordinario, dos enzimas en el cuerpo actúan para su procesamiento: alcohol deshidrogenasa (ADH) y aldehído deshidrogenasa (ALDH), las cuales intervienen para romper la molécula y, así, lograr su eliminación; «primero, la ADH metaboliza el alcohol en acetaldehído, una sustancia altamente tóxica y carcinógena conocida. Luego, el acetaldehído se metaboliza aún más a otro subproducto menos activo llamado acetato, que luego se descompone en agua y dióxido de carbono para una fácil eliminación»¹⁰². Este proceso, de manera importante, transcurre en el hígado.

Ahora bien, de acuerdo con la OMS, el alcohol -entre otras- es una sustancia psicoactiva, en tanto tiene la capacidad de alterar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento; y su impacto en la salud obedece a dicha característica, a su toxicidad¹⁰³ y a las propiedades para producir dependencia¹⁰⁴. Desde 1988, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer clasificó el alcohol como un agente cancerígeno del Grupo 1¹⁰⁵.

La definición de consumo excesivo y consumo moderado. Si bien no hay un consenso universal y rígido sobre el significado de *consumo moderado* y *consumo excesivo*, existen algunas definiciones de referencia adoptadas por instituciones internacionales, que ayudan a

indicar que no existía una cantidad segura de alcohol que no afectara a la salud: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00317-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00317-6/fulltext).

⁹⁹ Mencionados en la demanda y/o por los intervinientes, así como aquellos encontrados en bases de público acceso.

¹⁰⁰ <https://www.britannica.com/science/alcohol/Commercially-important-alcohols>.

¹⁰¹ Información tomada del *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/el-metabolismo-del-alcohol>.

¹⁰² *Ib.*

¹⁰³ Toxicidad propia del etanol, pero también de otros componentes que pueden estar presentes en bebidas alcohólicas.

¹⁰⁴ Ver: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>. De acuerdo con este Informe, al alcohol pueden atribuirse algunas enfermedades y lesiones en un 100% -en particular, de aquellas relacionadas con los desórdenes mentales y neurológicos-, mientras que en otros casos es un componente causal. Respecto de algunas enfermedades, como la cardiopatía isquémica, en dosis muy bajas puede ser beneficioso, aunque los metaanálisis, indica el informe, han dado cuenta de que esto ocurre respecto de mujeres, por lo cual, según el Informe, el impacto general del consumo de alcohol en la población en general es perjudicial.

¹⁰⁵ <https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications/>. Además del alcohol hacen parte de la categoría 1, entre otros, el tabaco, el asbesto, la producción de aluminio, entre otros.

estandarizar estudios y guías de salud pública. Por una parte, el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos señala que, para una persona adulta con constitución normal, el consumo moderado corresponde a «dos bebidas o menos en un día para los hombres y a una bebida o menos en un día para las mujeres»¹⁰⁶. Asimismo, define el consumo excesivo -y peligroso- como «un patrón de consumo que eleva el nivel de alcohol en la sangre a 0,08%»¹⁰⁷, lo que representa la suma de 0,08 gramos de alcohol por decilitro o más.

En términos prácticos, ello se traduce en la ingesta de cinco o más bebidas (en hombres) o cuatro o más bebidas (en mujeres) en un lapso aproximado de dos horas¹⁰⁸. Estas mediciones parten de la noción de «bebida estándar» entendida como aquella que contiene 0,6 onzas líquidas o 14 gramos de alcohol puro. Estas definiciones han servido de referencia en numerosos estudios, aunque no son universales¹⁰⁹ ni necesariamente reflejan los riesgos en todos los contextos culturales o sanitarios. Lo anterior, puede ser entendido en el siguiente gráfico:

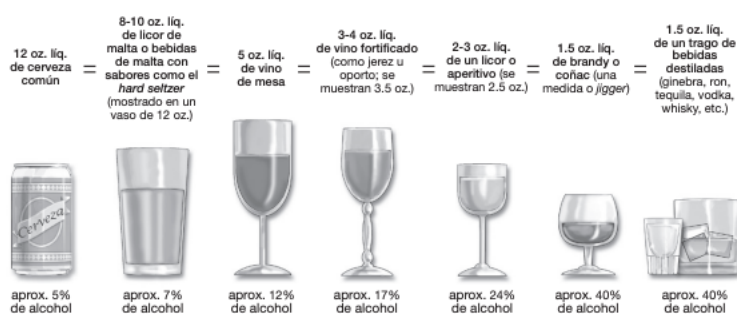


Imagen 1¹¹⁰.

Para el mismo Instituto, en consecuencia, el consumo excesivo para hombres equivale a cinco o más bebidas en cualquier día, o quince o más bebidas a la semana; y, para las mujeres, cuatro o más bebidas por día o un equivalente a ocho o más bebidas a la semana. Según la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos, el consumo excesivo y peligroso es el que se presenta en cinco o más días en el mes¹¹¹.

Por otra parte, las Guías de los *Chief Medical Officers* del Reino Unido¹¹² sugieren que un consumo moderado de alcohol no puede exceder «14 unidades por semana»¹¹³. Dicho

¹⁰⁶ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), «Definición de niveles y patrones de consumo de alcohol», *Alcohol's Effects on Health*, <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/definicion-de-niveles-y-patrones-de-consumo-de-alcohol>

¹⁰⁷ Ib.

¹⁰⁸ NIAAA. [Internet.] Definición del consumo excesivo de alcohol. Lo que las universidades necesitan saber ahora. Bethesda (MD): Institutos Nacionales de Salud; noviembre de 2007. Disponible en: https://www.collegedrinkingprevention.gov/sites/cdp/files/documents/1College_Bulletin-508_361C4E.pdf

¹⁰⁹ En los países de la Unión Europea, con mayor frecuencia se identifica una bebida estándar con aquella que contiene entre los 10 y los 12 gramos de alcohol puro. Aunque el rango está entre los 8 y 20 gramos. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772871/EPRS_BRI\(2025\)772871_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772871/EPRS_BRI(2025)772871_EN.pdf).

¹¹⁰ Tomado de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), «Piénselo antes de beber. El alcohol y su salud» (folleto, 24 páginas). Julio de 2024, https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/rethinking_drinking_6x9_24pg_book-spanish_v10.pdf.

¹¹¹ <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/definicion-de-niveles-y-patrones-de-consumo-de-alcohol>.

¹¹² Oficina del Gobierno del Reino Unido, «UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines (august 2016)», agosto de 2016, 11 páginas, https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80b7ed40f0b623026951db/UK_CMOs_report.pdf

¹¹³ Ib., p. 4.

documento recomienda distribuir esa cantidad de manera uniforme en tres o más días. Según las guías, una «unidad» se calcula al multiplicar el volumen de la bebida en mililitros por su graduación alcohólica y, luego, al dividir ese resultado entre 1.000. En consecuencia, 14 unidades semanales equivalen, aproximadamente, a seis cervezas o seis copas medianas de vino. Cualquier ingesta que exceda esa medida puede considerarse como consumo excesivo.

De acuerdo a la Guía Internacional para Vigilar el Consumo de Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias¹¹⁴ de la OMS, para los hombres una bebida de alto riesgo -consumo en exceso- es equivalente a 60 gramos de alcohol en cualquier día; y para las mujeres, 40 gramos en el mismo periodo.

Finalmente, el Plan de Acción Mundial sobre Alcohol 2022-2030 de la OMS utiliza la expresión «uso nocivo del alcohol», como un concepto más amplio, en tanto comprende el uso que genera consecuencias perjudiciales para la salud y la sociedad en general, así como los patrones de consumo asociados a un mayor riesgo de resultados adversos para la salud¹¹⁵. En este sentido, en el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la Salud del 2024, la OMS indicó que existía una confusión al equiparar esta expresión con el concepto médico -clínico de consumo nocivo. Sin embargo, no existe un acuerdo uniforme sobre lo que debe entenderse por *consumo excesivo* o *consumo moderado*, pues se trata de categorías relativas que dependen de factores individuales como el peso corporal, el sexo, la genética, el metabolismo, entre otros¹¹⁶.

El consumo excesivo de alcohol es nocivo para la salud. Sobre las anteriores referencias, parte de la literatura científica tradicional ha sido consistente en señalar que, cuando se sobrepasan estos límites, el consumo de alcohol es un factor que perjudica la salud. Las investigaciones muestran que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo y está vinculado con sesenta enfermedades agudas y crónicas¹¹⁷. Entre ellas se destacan la hipertensión, las cardiopatías, las enfermedades hepáticas como la cirrosis y la hepatitis alcohólica, la pancreatitis, algunos problemas digestivos, un sistema inmunológico más débil, entre otras¹¹⁸. Además, existe evidencia sólida de su asociación con diversos tipos de cáncer -incluidos los de boca, faringe, esófago, hígado, colon y mama¹¹⁹- y con trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad y la dependencia alcohólica¹²⁰. Así, su consumo se asocia con 740.000 nuevos casos de cáncer cada año a nivel mundial¹²¹.

¹¹⁴ https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/monitoring-alcohol-consumption-spanish.pdf?sfvrsn=22261862_2.

¹¹⁵ Definición contenida, en similares términos, en la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Asimismo, se precisó que “[e]n esta estrategia el término «nocivo» se refiere solo a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales». Ver en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63-rec1/a63_rec1-sp.pdf. Anexo 3.

¹¹⁶ Ver, por ejemplo: Gobierno del Estado de Victoria, «How alcohol affects your body», *Better Health Channel*, <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/how-alcohol-affects-your-body>.

¹¹⁷ GBD 2016 Alcohol Collaborators, «Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016», *The Lancet* 392, n.º 10152 (22 de septiembre de 2018): 1015-1035, <https://www.thelancet.com/article/S0140-6736%2818%2931310-2/fulltext>

¹¹⁸ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), «Alcohol Use and Your Health», 14 de enero de 2025, <https://www.cdc.gov/alcohol/about-alcohol-use/index.html>.

¹¹⁹ Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), «Alcohol and Cancer Risk» (Asesoría del Cirujano General, 2024), <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/alcohol-cancer/index.html>

¹²⁰ Organización Mundial de la Salud, «Alcohol», ficha técnica (fact sheet), 25 de junio de 2024, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

¹²¹ Rumgay, H · Shield, K · Charvat, H · et al. Carga mundial de cáncer en 2020 atribuible al consumo de alcohol: un estudio poblacional. *Lancet Oncol.* 2021; 22 :1071-1080

En el corto plazo, el exceso de alcohol incrementa los riesgos a la salud derivados de intoxicaciones agudas, accidentes de tránsito, lesiones o violencia. A largo plazo, puede desarrollar las enfermedades crónicas anteriormente referenciadas y ocasionar una mayor probabilidad de muerte prematura¹²². Esto tiene sustento en que las bebidas alcohólicas contienen etanol, sustancia psicoactiva y tóxica que causa dependencia y genera las enfermedades antes señaladas¹²³. De hecho, el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos señaló que, para 2016, el alcohol constituyó la séptima causa de carga mundial de enfermedad y mortalidad prematura, responsable de cerca de 2,8 millones de muertes anuales¹²⁴.

Los posibles beneficios a la salud del consumo de alcohol. Parte de los estudios científicos sostienen, a su vez, que el consumo de alcohol -de algún tipo de este- tiene beneficios para la salud. En concreto, señalan que, a pesar de que su consumo moderado puede aumentar el riesgo de cáncer de colon y de mama, tales riesgos se ven compensados por la mejora en la salud cardiovascular¹²⁵, especialmente en la mediana edad, «cuando las enfermedades cardíacas comienzan a representar una proporción cada vez mayor de enfermedades y muertes»¹²⁶. Estos estudios científicos aclaran que no buscan incentivar que la población consuma alcohol. Al respecto, sostienen que quienes no beben no deben empezar a sentir la necesidad de empezar a beber para mejorar su salud. Y, por el contrario, «quienes beben mucho, deberían reducir su consumo o dejarlo por completo»¹²⁷.

No obstante, estas conclusiones han sido objeto de cuestionamiento. Por ejemplo, el director regional de la OMS para Europa del Consejo Asesor sobre Enfermedades No Transmisibles aclara que «[1] os posibles efectos protectores del consumo de alcohol, sugeridos por algunos estudios, están estrechamente relacionados con los grupos de comparación elegidos y los métodos estadísticos utilizados, y pueden no considerar otros factores relevantes»¹²⁸. De hecho, revisiones sistemáticas más recientes han encontrado que los supuestos beneficios cardiovasculares del consumo moderado podrían ser resultado de sesgos metodológicos, especialmente por la inclusión de exbebedores con problemas de salud dentro del grupo de abstemios y por factores de confusión como dieta, nivel socioeconómico o actividad física¹²⁹. Asimismo, otras revisiones han encontrado que los efectos protectores

¹²² Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), «Alcohol and Cancer Risk: The U.S. Surgeon General's Advisory», 2025, 22 páginas, <https://www.hhs.gov/sites/default/files/oash-alcohol-cancer-risk.pdf>

¹²³ Ib.

¹²⁴ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), «Carga mundial», actualizado en julio de 2023, <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/datos-y-estadisticas-sobre-el-alcohol/carga-mundial>.

¹²⁵ Por ejemplo, algunos estudios sostienen que, en pacientes con enfermedad cardiovascular, un consumo moderado-bajo de alcohol puede estar asociado con menores riesgos de muerte o nuevos eventos cardiovasculares en comparación con no beber. Ver: **Chengyi Ding et al.**, «Association of alcohol consumption with morbidity and mortality in patients with cardiovascular disease: original data and meta-analysis of 48,423 men and women», *BMC Medicine* (2023). <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02040-2>.

¹²⁶ Harvard T.H. Chan School of Public Health. 2025. «Alcohol». *The Nutrition Source*. <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/alcohol/>

¹²⁷ Ib.

¹²⁸ Organización Mundial de la Salud, «No level of alcohol consumption is safe for our health», 4 de enero de 2023, WHO Europa - nota de prensa, <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

¹²⁹ Tim Stockwell, Jinhui Zhao, Jayadeep Panwar, Ashley Roemer, Gina Naimi y Tanya Chikritzhs, «Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality», *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 77, n.º 2 (marzo de 2016): 185-198, <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>.

del consumo moderado desaparecen con el consumo excesivo, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares¹³⁰ y de cáncer¹³¹.

Evidencia científica reciente indica que ningún nivel de consumo de alcohol es seguro para la salud. Evidencia científica reciente ha sostenido que el consumo de alcohol, incluso en cantidades reducidas, se asocia a un mayor riesgo de enfermedades y mortalidad¹³². Este hallazgo ha llevado a la comunidad investigadora a cuestionarse si existe un nivel seguro de consumo de alcohol que no implique consecuencias adversas a la salud. Sin embargo, hasta el momento, no se ha podido establecer una cantidad mínima segura de ingesta alcohólica.

En la Unión Europea, por ejemplo, el consumo de alcohol leve o moderado -definido como aproximadamente 20 gramos de alcohol puro al día- se asoció con casi 23.000 nuevos casos de cáncer en 2017, lo que representó el 13,3% de todos los cánceres atribuibles al alcohol. De estos casos, casi la mitad correspondieron a cáncer de mama en mujeres. Incluso, más de un tercio de los casos de cáncer atribuidos al alcohol se asociaron con un nivel de consumo bajo, esto es, menos de 10 gramos de alcohol al día¹³³.

De manera particular, diversas investigaciones han evidenciado una relación significativa entre el consumo de alcohol y el cáncer de mama: incluso una bebida diaria puede aumentar el riesgo de este tipo de cáncer entre un 5% y un 15% en comparación con las mujeres abstemias¹³⁴. Asimismo, en personas portadoras de determinadas variantes genéticas que alteran el metabolismo del alcohol, se observa que un mayor riesgo de cáncer de esófago parece incrementar a medida que aumenta la ingesta¹³⁵. En general, la evidencia científica sugiere que el riesgo de desarrollar enfermedades y daños relacionados con el alcohol se incrementa proporcionalmente con la cantidad consumida.

Por otra parte, los estudios disponibles no muestran que los posibles beneficios atribuidos al consumo moderado de alcohol -como cierta protección a enfermedades cardiovasculares o la diabetes tipo 2- superen el riesgo de cáncer asociado con esos mismos niveles de consumo¹³⁶. En consecuencia, la literatura especializada concluye que los consumidores de alcohol deben recibir información clara y sobre los riesgos de cáncer y otras afecciones de salud asociadas con esta sustancia¹³⁷.

A partir de estas evidencias científicas, la OMS ha afirmado que ningún nivel de consumo de alcohol es seguro para la salud. De acuerdo con esta entidad «los riesgos empiezan desde

¹³⁰ Rehm, J · Gmel, Sr, GE · Gmel, G · et al. La relación entre las diferentes dimensiones del consumo de alcohol y la carga de enfermedad: una actualización. *Adicción*. 2017; 112 :968-1001. Ver también: World Heart Federation (2022), The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures (Policy Brief). <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/WHF-Policy-Brief-Alcohol.pdf>,

¹³¹ The Lancet Editorial, «No level of alcohol consumption improves health», *The Lancet* (2018). [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(18\)31571-X/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)31571-X/fulltext).

¹³² Rehm, J · Gmel, Sr, GE · Gmel, G · et al. La relación entre las diferentes dimensiones del consumo de alcohol y la carga de enfermedad: una actualización. *Adicción*. 2017; 112 :968-1001.

¹³³ Rovira, P · Rehm, J. Estimación de los cánceres causados por el consumo ligero o moderado de alcohol en la Unión Europea. *Eur J Salud Pública*. 2021; 31 :591-596.

¹³⁴ Choi YJ, Myung SK, Lee JH. Consumo ligero de alcohol y riesgo de cáncer: un metaanálisis de estudios de cohorte. *Cancer Res Treat*. 2018 Abr;50(2):474-487. doi: 10.4143/crt.2017.094. Epub 22 de mayo de 2017. PubMed PMID: 28546524

¹³⁵ Brooks PJ, Enoch MA, Goldman D, Li TK, Yokoyama A. La respuesta al lavado con alcohol: un factor de riesgo no reconocido para el cáncer de esófago por consumo de alcohol. *PLoS Med*. 2009;6(3):e1000050. PubMed PMID: 19320537

¹³⁶ Organización Mundial de la Salud. 2023. «No level of alcohol consumption is safe for our health». 4 de enero de 2023. Organización Mundial de la Salud (oficina de Europa). <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

¹³⁷ Benjamin O. Anderson et al., «Health and Cancer Risks Associated with Low Levels of Alcohol Consumption», *The Lancet Public Health* 8, n.º 1 (enero de 2023): e6, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6).

la primera gota». Así, destaca que, hasta el momento, no existe evidencia que permita establecer un umbral a partir del cual los efectos cancerígenos del alcohol comienzan a manifestarse en el cuerpo humano. La OMS subraya la necesidad de generar una «amplia concienciación sobre este tema en los países y las comunidades»¹³⁸.

Limitaciones metodológicas de los anteriores estudios. A pesar de que existen conclusiones científicas sobre el riesgo para la salud ocasionado por la ingesta moderada de alcohol, estos estudios, según otro sector, enfrentan algunas limitaciones. En primer lugar, indican, no existen definiciones estandarizadas sobre lo que constituye consumo moderado o excesivo, lo que dificulta la comparación entre las investigaciones realizadas¹³⁹. Además, la mayoría de estudios se basan en autorreporte, un método sujeto a la subestimación del consumo real.

En segundo lugar, se ha evidenciado escasez de datos sobre cómo influyen el tipo de bebida, la frecuencia, las variaciones en el volumen y el patrón de consumo en los resultados de salud¹⁴⁰. En este sentido, la relación entre el alcohol y la salud no es igual siempre, pues los factores genéticos, culturales y dietarios varían considerablemente entre cada población. Por lo anterior, las recomendaciones sobre el consumo de alcohol varían según la edad y la ubicación¹⁴¹. A modo de ejemplo, en Asia, la prevalencia de variantes genéticas en el metabolismo del alcohol hace que los efectos nocivos aparezcan antes y con menor consumo¹⁴². A su vez, existen menos datos en América Latina¹⁴³ y África, lo que limita la validez global de esas conclusiones científicas.

Finalmente, algunos autores advierten que los riesgos asociados a consumos bajos suelen ser muy modestos¹⁴⁴. Esto hace que sea complicado separar si ese efecto se debe realmente al alcohol o a factores externos no medidos. Por ejemplo, algunos metaanálisis muestran aumentos de riesgo muy pequeños en cáncer de mama, lo que genera debate sobre su relevancia clínica¹⁴⁵.

Estos factores tienden a sesgar los resultados a favor de los bebedores moderados. En tal contexto, aunque el consenso científico se orienta a que «menos es mejor», los riesgos

¹³⁸ Ib.

¹³⁹ Por ejemplo, algunos autores señalan que la influencia de los patrones de consumo de alcohol podría estar subestimada debido a que las medidas de estos patrones no se han incluido en muchos estudios epidemiológicos. Ver Jürgen Rehm, Robin Room, Kathryn Graham, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel y Christopher T. Sempos, «The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview», *Addiction* 98, n.º 9 (2003): 1209-1228, <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x>

¹⁴⁰ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2025. Review of Evidence on Alcohol and Health. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/28582>.

¹⁴¹ GBD 2020 Alcohol Collaborators, «Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020», *The Lancet* (2022). [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(22\)00847-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(22)00847-9/fulltext).

¹⁴² Peter J. Brooks, Mary-Anne Enoch, David Goldman, Ting-Kai Li y Akira Yokoyama, «The alcohol flushing response: an unrecognized risk factor for esophageal cancer from alcohol consumption», *PLoS Medicine* 6, n.º 3 (2009): e50, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000050>.

¹⁴³ Ver: Pan American Health Organization (PAHO), «Alcohol and Public Health in the Americas: A Case for Action» (Washington, D.C.: PAHO, 2015).

¹⁴⁴ Tim Stockwell, Jinhui Zhao, Jayadeep Panwar, Ashley Roemer, Timothy Naimi y Tanya Chikritzhs, «Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality», *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 77, n.º 2 (2016): 185-198, <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>.

¹⁴⁵ Carolina Scoccianti, Béatrice Lauby-Secretan, Paule Y. Bello, Véronique Chajès e Isabelle Romieu, «Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature», *American Journal of Preventive Medicine* 46, n.º 3, supl. 1 (2014): S16-S25, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.031>.

individuales de consumos mínimos siguen siendo objeto de debate en la comunidad del conocimiento.

Conclusión. De conformidad con lo expuesto, la Sala concluye que la literatura científica muestra (i) que el consumo excesivo de alcohol es nocivo para la salud, y, además, (ii) que persisten las discusiones sobre la existencia o no de un nivel seguro de consumo de alcohol. Aunque recientemente la evidencia ha ido sugiriendo que la ingesta baja de alcohol puede implicar riesgos, especialmente de cáncer, y que los eventuales beneficios para la salud no han sido ratificados en este escenario costo/beneficio, lo cierto es que no son concluyentes dado que, en todo caso, el impacto en la salud depende de muchos factores. Con todo, aunque persisten limitaciones metodológicas y los riesgos a nivel individual parecen ser pequeños, la recomendación de salud pública se orienta a reducir al máximo la ingesta de alcohol, priorizando la prevención, la información objetiva basada en la mejor evidencia científica y la concienciación ciudadana.

Las políticas públicas relacionadas con el consumo de alcohol. A pesar de las anteriores limitaciones metodológicas y los vacíos de información en algunas regiones -como Latinoamérica-, la evidencia acumulada permite concluir que el consumo de alcohol constituye un problema relevante de salud pública¹⁴⁶, con implicaciones directas e intensas en la materialización de varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-.

Según los datos aportados por la OMS, entre 2010 y 2019 el consumo global de alcohol se redujo levemente, pasando de 5.7 a 5.5 litros por persona, encontrándose que el mayor nivel de consumo recae en dos regiones: Europa y las Américas¹⁴⁷. Indicó, asimismo, que desde 2010 se observaba un decrecimiento en los trastornos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, y una línea en ascenso en regiones de África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental¹⁴⁸.

Para el 2019, por su parte, solo el 20% de los países de la región del Mediterráneo Oriental tenían una política pública escrita sobre el alcohol, 39% de los países de África y 42% de las Américas; mientras que, en regiones con Estados de mayor desarrollo económico, el 69% en Europa, 86% en Asia Sudoriental y 91% en el Pacífico Oriental, tenían la mencionada política.

Entre las varias medidas de política pública estudiadas por la OMS en este Informe de 2024, se indicó que (i) la imposición de impuestos, por ejemplo respecto de la cerveza, es una medida recurrente en los Estados miembros que no prohíben de manera expresa su

¹⁴⁶ Informe de la OMS sobre la situación mundial del alcohol y la Salud del 2024: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>.

¹⁴⁷ Ib. La presentación de los datos por la OMS tiene en cuenta las siguientes regiones: (i) África -incluye países como Angola, Camerún, Kenya, Namibia y Nigeria. No incluye a Egipto, Sudán, Túnez, Libia, Marruecos y Somalia, que se encuentran en la Región del Mediterráneo Oriental-, (ii) Américas -del Sur, Centro y Norte-; (iii) Mediterráneo Oriental -además de los mencionados, incluye países como Afganistán, Emiratos Árabes, Pakistán y Qatar-; (iv) Europa -además de los 27 países de la EU, están otros como Ucrania, Serbia y Turquía-; (v) Asia Sudoriental -incluye países como India, Nepal, Corea del Norte y Tailandia- y (vi) Pacífico Occidental -incluye países como Australia, Camboya, China, Japón, Nueva Zelanda y Vietnam-.

¹⁴⁸ Este Informe también presenta datos de consumo del año 2020, impactado por la pandemia de la Covid-19. Por esta razón, el análisis es particularizado. Por su parte, da cuenta que las regiones de la OMS en las que se calculan mayores muertes e impactos en la salud como consecuencia del consumo de alcohol son Europa, seguida de África y las Américas; mientras que el menor nivel se encuentra en la Región del mediterráneo Oriental.

consumo¹⁴⁹; (ii) la publicidad del alcohol en internet y en redes sociales está, en gran medida, sin regular; y (iii) los pedidos remotos de alcohol son un nuevo fenómeno, pospandemia, respecto del cual solo algunos países tienen medidas de política pública, por lo menos, respecto de un tipo de bebida¹⁵⁰.

Finalmente, la OMS indicó que al 2019 varios de los países que fueron encuestados afirmaron tener, por lo menos, una etiqueta de advertencia sobre el alcohol. Precisó que para esa fecha aún no se había alertado sobre el creciente consenso de la necesidad de advertir el papel del alcohol en el cáncer, por lo cual, la información al respecto, era bastante reducida para la población. A continuación, se presentan los datos sobre el tema de advertencia, el número de países que lo incluyen y el total de población que estaría siendo advertida al respecto:

Tabla 1. *Requisitos nacionales sobre advertencias sanitarias en etiquetas de bebidas alcohólicas (2019)*

Tema de advertencia	Número de países (%)	Población de países reportantes (en millones)
Embarazo	31 (22,3%)	1400
Conducción bajo efectos del alcohol	42 (30,2%)	1900
Consumo por menores de edad	48 (34,5%)	2200
Cáncer	12 (8,6%)	297
Cualquier advertencia	55 (39,6%)	2300
Total	139 (100%)¹⁵¹	5100

Fuente: OMS, Global status report on alcohol and health, 2019. *Elaboración propia.*

En adición, la OMS se refirió a la proporción de la población cubierta por alguna advertencia sanitaria en las etiquetas de bebidas alcohólicas. De un total de 139 países que reportaron esta información, con una población estimada de 5.100'000.000 de personas, 2.300'000.000 (45%) cuentan con al menos una advertencia, relativa al riesgo de ingesta de alcohol en personas con embarazo, que van a conducir o que son menores de edad. Asimismo, solamente 297'000.000 de personas están protegidas con advertencias específicas sobre el cáncer:

¹⁴⁹ Cerca del 92% de los países que reportaron información, incluyeron impuestos sobre la cerveza.

¹⁵⁰ La existencia de una política en esta materia, según la OMS, es más común en Europa (48,8% en establecimientos públicos y 51,2% fuera de establecimientos públicos). En las Américas, el porcentaje es de 8,0% en establecimientos públicos y 8,3% fuera de los establecimientos públicos.

¹⁵¹ Como se evidencia, aunque 194 países integran la OMS, este reporte se funda en un total de 139 para la fecha de realización.

Políticas públicas de etiquetado alrededor del mundo. Para el mes de julio de 2024, un estudio publicado en la revista científica *The Lancet Public Health*¹⁵² indicó que, (i) pese a que tanto el cigarrillo como las bebidas alcohólicas están incluidas por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer como cancerígenas, (ii) solo 66 países, de los 194 que integran la OMS, incluyen algún tipo de etiquetado, mientras que (iii) 122 países prevén esta medida con información sanitaria respecto del tabaco. Esto obedece, en parte, a la inexistencia de una normativa internacional que, contrario a lo que sucede con el tabaco¹⁵³, establezca lineamientos generales a ser atendidos.

En la *Unión Europea* el consumo de alcohol per cápita es aproximadamente el doble del promedio global¹⁵⁴. De acuerdo con lo sostenido por la oficina regional de la OMS para Europa¹⁵⁵, una (1) de cada once (11) muertes son causadas por el consumo de alcohol, mientras que 800.000 muertes, de 2.6 millones atribuidas al consumo de alcohol¹⁵⁶, toman lugar en esta misma zona¹⁵⁷.

Pese a las anteriores cifras, no existe una regulación estandarizada sobre el etiquetado integral de las bebidas alcohólicas en la Unión Europea. De acuerdo con el Reglamento 1169 de 2011¹⁵⁸, que regula la información debida a los consumidores de comida y bebidas en la Unión Europea, no existe una obligación de dar información nutricional y de composición sobre las bebidas que contengan alcohol superior al 1.2% (art. 16.4)¹⁵⁹, aunque sí se debe indicar, en dicho evento, la medida del volumen de alcohol del producto (art. 9.1.k), así como la existencia dentro del producto de sustancias que causen alergias (art. 21).

Ahora bien, los datos sobre etiquetado nacional en dicha región tienen en cuenta tres variables: (i) etiquetado con información relacionada con la salud; (ii) etiquetado con la lista de ingredientes y (iii) etiquetado con la lista de ingredientes e información nutricional¹⁶⁰. Dentro del primer grupo, Francia, Alemania, Lituania e Irlanda presentan advertencias sobre el consumo de alcohol en mujeres embarazadas, menores de 18 años y riesgos de salud generales.

Ocho países, Austria, Bulgaria, Croacia, República Checa, Grecia, Lituania, Portugal y Rumania, exigen un etiquetado relacionado con la lista de ingredientes; en los dos primeros

¹⁵² Ver en: <https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667%2824%2900097-5/fulltext>.

¹⁵³ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, aprobado mediante la Ley 1109 de 2006.

¹⁵⁴ Alcohol Labelling: State of play. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/20-25/772871/EPRS_BRI\(2025\)772871_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/20-25/772871/EPRS_BRI(2025)772871_EN.pdf).

De acuerdo con lo indicado en este informe del Servicio de Información del Parlamento Europeo (2025), siete de los diez países con mayor consumo de alcohol, están localizados en Europa; además de que, a diferencia del estimado global, según el cual el 56% de la población mayor de 15 años no consume alcohol, en Europa el 77% de la población lo consume (69% de las mujeres y 84% de los hombres).

¹⁵⁵ Esta zona comprende 53 países alrededor de Europa y Asia Central.

¹⁵⁶ La OMS se refirió a este número de muertes debidas al consumo de alcohol en el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la Salud del 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>. Indicó que el dato correspondía al 2019 y que representaba el 4.7% de todas las muertes anuales.

¹⁵⁷ Se estima que en Europa el 10% de todos los tipos de cáncer en hombres y el 3% en mujeres, son atribuidos al consumo de alcohol. Tomado de la Resolución 2020/2276 del Parlamento Europeo. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0038_EN.html#ref_1_18.

¹⁵⁸ Ver: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02011R1169-20180101>.

¹⁵⁹ Esto, sin perjuicio de que otras disposiciones de la Unión sí lo ordenen o de que las regulaciones nacionales así lo contemplen (art. 41).

¹⁶⁰ Información tomada del mencionado informe del Servicio de Información del Parlamento Europeo, que menciona el reporte (2020) verificable en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf560338-474a-4d3e-90f7-820d377db2da/content>.

países, solo respecto de la cerveza. Por su parte, Irlanda no solo incluye dicho listado, sino información nutricional.

Irlanda es el primer país europeo en adoptar una regulación integral de etiquetado de bebidas alcohólicas. A través del Reglamento de Salud Pública de Etiquetado de Alcohol de mayo de 2023¹⁶¹, el ministro de Salud desarrolló la Ley de Salud Pública de 2018, según la cual, por información relacionada con la salud se entiende aquella referida a tres aspectos: (i) la cantidad de gramos de alcohol contenida en la bebida, (ii) su valor energético, y (iii) información de salud pública en relación con el consumo de alcohol¹⁶².

En desarrollo de dicho mandato, el Reglamento exige la inclusión de los siguientes enunciados: “Beber alcohol causa enfermedades del hígado” y “Existe un vínculo directo entre el alcohol y los cánceres mortales”, además de advertencias gráficas sobre el hecho de que “Beber alcohol en estado de embarazo daña a tu bebé”¹⁶³. Ahora bien, aunque su entrada en vigencia estaba prevista para el 22 de mayo de 2026, recientemente se tomó la decisión de aplazar esta fecha hasta el año 2028¹⁶⁴.

Dentro de la región Europa de la OMS, países miembros de la *Unión Económica Euroasiática* adoptaron la Regulación 047/2018, que incluye advertencias sobre «el consumo de alcohol en exceso es perjudicial para la salud». Con todo, según indica la OMS¹⁶⁵, la negociación con los estados para adoptar esta regulación llevó a desistir de otro tipo de advertencias que inicialmente se habían propuesto.

En el área del *Pacífico Occidental*, Corea del Sur es conocido por ser el primer Estado a nivel mundial en establecer etiquetas con advertencias sanitarias relacionadas con el cáncer. Para el 2016, este país contaba ya con advertencias que se referían al consumo excesivo del alcohol y la posibilidad de causar cirrosis hepática o cáncer de hígado. No obstante, en ese año propuso tres nuevas advertencias, dos de las cuales mencionaban la causalidad entre el consumo excesivo de alcohol y diferentes tipos de cáncer. La advertencia de no consumo durante el embarazo, también estaba incluida.

Luego de una larga discusión en el Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio de la Organización Mundial del Comercio, fundada en el presunto carácter restrictivo innecesario para satisfacer un objetivo legítimo, Corea del Sur optó por una ley -para ese momento- que

¹⁶¹ Ver: <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/print#>. Para la adopción de esta política, el Estado debió adelantar el procedimiento de notificación a la Comisión Europea. En la Organización Mundial del Comercio, parte de la discusión alrededor de esta medida puede consultarse en: <https://tradeconcerns.wto.org/en/stcs/details?imsId=794&domainId=TBT>.

¹⁶² El apartado 12.1.(vi) de la Ley, establece que deben darse detalles de un sitio web, a cargo del Ejecutivo, que contenga esa información.

¹⁶³ <https://www.who.int/europe/news/item/26-05-2023-what-s-in-the-bottle--ireland-leads-the-way-as-the-first-country-in-the-eu-to-introduce-comprehensive-health-labelling-of-alcohol-products>. De acuerdo con la información brindada por la OMS ante la adopción de este reglamento, la Encuesta de Salud que se realiza en Irlanda anualmente dio cuenta de que (i) el 7% de las mujeres encuestadas creían que beber durante el embarazo una pequeña cantidad de alcohol, era seguro; y (ii) el 80% aseguraron desconocer los riesgos asociados al cáncer de mama.

¹⁶⁴ Razones relacionadas con el tráfico comercial y la necesidad de avanzar conjuntamente con los países de la Unión Europea sobre esta materia, se encuentran en las noticias al respecto disponibles en internet. Ver, por ejemplo: [https://www.imo.ie/news-media/news-press-releases/2025/imo-warns-delay-in-alcohol/index.xml#:~:text=AGM-,IMO%20warns%20delay%20in%20alcohol%20labelling%20a%20serious%20thr-eat%20to,Alcohol%20Spectrum%20Disorder%20\(FASD\)](https://www.imo.ie/news-media/news-press-releases/2025/imo-warns-delay-in-alcohol/index.xml#:~:text=AGM-,IMO%20warns%20delay%20in%20alcohol%20labelling%20a%20serious%20thr-eat%20to,Alcohol%20Spectrum%20Disorder%20(FASD)).

También se encontró un estudio que analiza el debate técnico alrededor del etiquetado en Irlanda. Ver: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-025-01126-3>

¹⁶⁵ <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2dfdb09-f808-4f5d-8e91-51c7c7628080/content>.

permitía a los empresarios escoger solo una de las tres etiquetas propuestas -una de ellas no mencionaba el cáncer en absoluto-, con un periodo de transición que implicaba que todos los productos que estuvieran en el país a febrero de 2018 no tuvieran que incluir ninguna de estas advertencias¹⁶⁶.

En Nueva Zelanda y Australia existe una regulación conjunta que exige la inclusión de una advertencia explícita relacionada con el riesgo del consumo de alcohol durante el embarazo, incluyendo un pictograma, para todas las bebidas que superen un volumen de alcohol del 1.15%. El reglamento entró en vigor el 1 de julio de 2020¹⁶⁷.

En *Asia Sudoriental*, Tailandia cuenta desde el año 2003 con tres advertencias textuales en bebidas alcohólicas, dos relacionadas con la edad y otra con los peligros de conducir cuando se ha bebido. Según la información registrada por la OMS al finalizar el 2021, en el año 2010 ese país intentó adoptar una nueva regulación rotativa, incluyendo advertencias similares a las del tabaco; sin embargo, esta política fue fuertemente cuestionada en el Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio de la Organización Mundial del Comercio, en la medida en que se cuestionó la evidencia empírica sobre la necesidad de las advertencias gráficas y sobre la relación con los daños allí mencionados, además de indicar que otras medidas educativas podían tener más eficacia.

En Nigeria, ubicada en la *Región África* de la OMS, se exige para todas las bebidas alcohólicas¹⁶⁸ incluir una lista de los ingredientes, declaraciones de consumo responsable, porcentaje de alcohol e información nutricional. Sin embargo, según indica la OMS¹⁶⁹, la implementación no ha sido uniforme, en tanto no hay criterios estandarizados para su inclusión en los envases.

En la *Región América* de la OMS, en Estados Unidos¹⁷⁰ las advertencias vigentes desde 1988 indican que «(1) ...las mujeres no deben consumir bebidas alcohólicas durante el embarazo debido al riesgo de defectos congénitos. (2) [e]l consumo de bebidas alcohólicas perjudica la capacidad para conducir u operar maquinaria y puede causar problemas de salud»¹⁷¹. No obstante, la Oficina del director General de Salud Pública, conforme a la mejor evidencia posible, recomendó en un informe de inicios de este año actualizar la etiqueta, incluyendo la advertencia sobre el riesgo de cáncer¹⁷². En su exposición, advirtió que el consumo de alcohol era la tercera causa prevenible de cáncer en ese país, después del tabaco y de la obesidad¹⁷³; y que, en el periodo 2019-2020, el 72% de la población adulta admitía haber consumido una o más bebidas alcohólicas por semana, pese a lo cual, menos de la mitad era consciente del nexo entre el alcohol y el riesgo de cáncer.

En *Chile*, la Ley 21363 del 2021¹⁷⁴ incluyó regulación sobre el etiquetado. Ordenó la inclusión de tres advertencias relacionadas con los «riesgos y consecuencias del consumo

¹⁶⁶ Información tomada del estudio publicado en: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2020.81.284>. Desde el 2019, Corea ha intentado adelantar enmiendas sobre su etiquetado, con el objeto de incluir, por ejemplo, advertencias gráficas. Ver información en la página de la Organización Mundial del Comercio: <https://tradeconcerns.wto.org/es/stcs/details?imsId=577&domainId=TBT>

¹⁶⁷ Ver: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2dfdb09-f808-4f5d-8e91-51c7c7628080/content>.

¹⁶⁸ También hay unos por tipo de bebida.

¹⁶⁹ Ver: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2dfdb09-f808-4f5d-8e91-51c7c7628080/content>.

¹⁷⁰ Regulación vigente desde 1988. Título 27, artículo 215, del Código de los Estados Unidos.

¹⁷¹ <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/27/215>. La Oficina de Impuestos y Comercio del Alcohol y el Tabaco (TTB) tiene competencia para emitir parte de la regulación sobre el etiquetado.

¹⁷² <https://www.hhs.gov/sites/default/files/oash-alcohol-cancer-risk.pdf>.

¹⁷³ *Ib.*

¹⁷⁴ Modificatoria de la Ley 19925 de 2004. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=220208>.

nocivo del alcohol, especialmente para las poblaciones de riesgo, tales como embarazadas, menores de edad y conductores». Indicó, además, que se debían incluir gráficas con el mismo mensaje¹⁷⁵.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha sugerido a todos los países en esta región, «introducir etiquetas obligatorias de advertencia sanitaria sobre el alcohol basadas en la mejor evidencia sobre el diseño y el contenido»¹⁷⁶, agregando que deberían “hacer hincapié en los daños a la salud relacionados con el consumo de alcohol, tal como la violencia y el cáncer; tener información objetiva, clara; ser grandes, con mensajes coloridos acompañados de gráficos; [y] rotar los mensajes sanitarios»¹⁷⁷.

En conclusión, existe una tendencia creciente alrededor de todos los países miembro de la OMS de incluir etiquetas informativas en las bebidas alcohólicas, incluyendo advertencias sanitarias. Ahora bien, aunque cada región presenta sus propias características culturales, sociales y económicas, por lo cual sus patrones de consumo de alcohol no son idénticos, lo cierto es que en diferentes continentes -Asia y Europa- se encuentran dos experiencias que dan cuenta de la incorporación de anuncios relacionados con el riesgo de cáncer. Estas, sin embargo, han encontrado dificultades en su implementación, en atención a los cuestionamientos que se han realizado sobre la veracidad del mensaje que se pretende dar.

Eficacia de las etiquetas para reducir los daños y costos relacionados con el alcohol. La OMS ha sostenido que el etiquetado es una opción de política pública para los fines mencionados, esto es, reducir los daños y costos relacionados con el consumo de alcohol, en materia de concienciación en los riesgos e intención de bebida.

Según advierte el Servicio de Investigación del Parlamento Europeo¹⁷⁸, existen pocos estudios que dan cuenta de la eficacia de las etiquetas con información relacionada con la salud; sin embargo, un estudio de 2024¹⁷⁹, que tuvo por objeto analizar información existente desde 1989 para determinar su impacto en el comportamiento, conocimiento y apoyo al alcohol, concluyó que las etiquetas pueden influir en algunos comportamientos relacionados con el consumo, en particular, cuando están diseñadas con mensajes múltiples o rotativos, por lo cual, sí podrían ser un componente eficaz de una política pública para abordar los daños relacionados con el alcohol.

Por lo anterior, el Parlamento Europeo, a través de la Resolución 2023/2075¹⁸⁰ sobre las enfermedades no transmisibles (ENT) -como los varios tipos de cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias-¹⁸¹ pidió a la Comisión y a los Estados miembros facilitar una mejor información a los consumidores, mejorando el etiquetado con la incorporación de “información sobre el consumo moderado y responsable”¹⁸². En un sentido similar, la

¹⁷⁵ Esta ley entró en vigencia en julio de 2024, siguiendo las reglas establecidas por la misma configuración legislativa.

¹⁷⁶ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56044/OPSNMHMH220010_spa.pdf?sequence=1&isAll-owed=y.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ Ver: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772871/EPRS_BRI\(2025\)772871_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772871/EPRS_BRI(2025)772871_EN.pdf).

¹⁷⁹ Información tomada de <https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667%2824%-2900097-5/fulltext>.

¹⁸⁰ Ver: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0467_EN.html. Adoptada el 13 de diciembre de 2023.

¹⁸¹ En este documento, además, reconoció que el consumo de alcohol constituye un factor de riesgo para desarrollar una ENT, por lo cual, entre menor sea la cantidad menor será el riesgo; y que, en relación con el cáncer, el nivel más seguro es ninguno cuando se trata de prevención.

¹⁸² Consideración 20(d). *Ibidem*.

Resolución 2020/2267, referida al fortalecimiento de Europa en la lucha contra el cáncer¹⁸³, reconoció similares estrategias.

En Yucón - Canadá, por su parte, se realizó el primer estudio cuasi-experimental sobre la eficacia de las etiquetas de advertencia sanitaria. A partir de etiquetas llamativas, con múltiples mensajes sobre la relación entre el alcohol y algunas afecciones, como el cáncer, los indicadores empezaron a mostrar un descenso en el consumo de alcohol, así como un mayor conocimiento en la población sobre los riesgos mencionados. No obstante, este experimento continuó sin las advertencias sanitarias, ante los cuestionamientos y amenazas de inicio de acciones por parte de la industria del alcohol¹⁸⁴.

Finalmente, es oportuno referir que un estudio desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos evaluó el impacto de las etiquetas de alcohol en la concienciación de los consumidores. Para ello, en un centro de intervención se aplicaron etiquetas con recomendaciones oficiales de consumo de alcohol, advertencias sobre el cáncer e información estándar sobre las bebidas alcohólicas a los envases de alcohol de su licorería, mientras que en el centro de comparación no se implementó esa medida.

Los hallazgos de este estudio mostraron que, tras la intervención, tanto el recuerdo espontáneo como el provocado de los mensajes de las etiquetas aumentaron de manera significativa en el centro de intervención, en contraste con el centro de comparación. De esta manera, se concluyó que las etiquetas mejoradas en los envases de alcohol logran captar la atención de los consumidores y pueden ser una estrategia eficaz a nivel poblacional para incrementar la conciencia y el conocimiento de los riesgos que trae el consumo de alcohol¹⁸⁵.

Adicionalmente, otros estudios subrayan la importancia de que las etiquetas de advertencia del consumo de alcohol incluyan información clara y explícita sobre los posibles daños a la salud, con la finalidad de desalentar su consumo. Se ha sugerido, por ejemplo, el uso de iconos o símbolos visuales que refuercen el mensaje escrito¹⁸⁶. La evidencia indica que las etiquetas de los envases de alcohol con advertencias sanitarias completas y comprensibles podrían influir en algunos comportamientos de consumo de alcohol¹⁸⁷.

En línea con esta evidencia, la OMS recomienda etiquetar las bebidas alcohólicas para aumentar esa concienciación y garantizar que los consumidores tomen decisiones informadas, tal y como sucede con los medicamentos, los alimentos y los refrescos¹⁸⁸. Actualmente, sin embargo, muchas advertencias sanitarias en los envases de alcohol suelen ser vagas o presentan daños relevantes solamente para algunos subgrupos de la población, como las personas en estado de embarazo o aquellas que deben conducir¹⁸⁹. Esto reduce significativamente su efectividad como herramienta de salud pública.

¹⁸³ En esta Resolución se menciona el informe sobre el alcohol y el cáncer en la zona europea de la OMS, elaborado en el año 2020. Ver: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7923f503-3ee9-4467-8ca5-22e3f5d02f05/content>.

¹⁸⁴ <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2dfdb09-f808-4f5d-8e91-51c7c7628080/content>.

¹⁸⁵ Nour Schoueri-Mychasiw et al., «Examining the Impact of Alcohol Labels on Awareness and Knowledge of National Drinking Guidelines: A Real-World Study in Yukon, Canada», *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 81, n.º 2 (marzo de 2020): 262-272, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359057/>.

¹⁸⁶ Anna H. Grummon et al., «Designing Effective Alcohol Warnings: Consumer Reactions to Icons and Health Topics», *American Journal of Preventive Medicine* 64, n.º 2 (febrero de 2023): 157-166, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37575887/>

¹⁸⁷ Alexandra M. E. Zuckermann et al., «The effects of alcohol container labels on consumption behaviour, knowledge, and support for labelling: a systematic review», *The Lancet Public Health* 9, n.º 7 (julio de 2024): e481-e494, doi:10.1016/S2468-2667(24)00097-5, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942559/>

¹⁸⁸ Ib.

¹⁸⁹ Alexandra M. E. Zuckermann et al., «The effects of alcohol container labels on consumption behaviour, knowledge, and support for labelling: a systematic review», *The Lancet Public Health* 9, n.º 7 (julio de 2024): e481-e494, doi:10.1016/S2468-2667(24)00097-5, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942559/>

En *conclusión*, la implementación de una etiqueta adherida a las bebidas alcohólicas constituye una de las medidas de política pública recomendadas en el marco de la estrategia de reducción del consumo nocivo del alcohol por la OMS, dirigida a concientizar a la población sobre los posibles riesgos a la salud asociados y, además, a desincentivar su ingesta. Por esta razón, aquello que diga es relevante y debe satisfacer los estándares predicables de la publicidad en la materia.

Enfoque diferencial en los estudios del impacto del alcohol. De conformidad con lo establecido en varios estudios, que se reflejan en las recomendaciones de la OMS sobre la necesidad de la implementación de políticas públicas con un enfoque basado en la equidad, el consumo del alcohol impacta de manera diferenciada a los diferentes sectores de la población. Así, por ejemplo, la afectación es mayor respecto de la población que se encuentra entre los 20 y los 30 años¹⁹⁰; en el mundo hay una prevalencia de consumo de alcohol por parte de los hombres, encontrándose que una mayor o menor distancia entre hombres y mujeres depende de los escenarios culturales y de la situación económica de los países, aunado a lo anterior, en las mujeres se presenta un mayor riesgo de mortalidad a causa del alcohol, en razón a los procesos específicos de metabolización de la sustancia¹⁹¹. Por su parte, según la OMS¹⁹², los patrones de consumo y condiciones socio-económicas de grupos étnicos, también determina que su impacto deba ser analizado con una perspectiva diferencial.

5. Solución del problema jurídico planteado: el etiquetado y los derechos a la información y salud del consumidor

Con sustento en las premisas extraídas de la jurisprudencia constitucional relevante para este asunto y teniendo en cuenta como elementos técnicos relevantes los estudios científicos y a las experiencias de otros países miembros de la OMS¹⁹³, la Sala Plena desarrollará la siguiente metodología para el estudio: (i) delimitará aspectos transversales que impactan el estudio del problema jurídico planteado; luego, (ii) establecerá cuál es el mensaje que transmite la actual etiqueta que la Ley ordena adherir a las bebidas alcohólicas; para, en función de ello, (iii) examinará ese mensaje conforme a los estándares constitucionales del derecho a la información de los consumidores; y, finalmente, (iv) analizará si esa valoración adquiere contornos particulares en atención a la protección del derecho a la salud y, en concreto, a las obligaciones del Estado de respetarlo, protegerlo y garantizarlo, lo cual será analizado a partir del principio de precaución.

1. Premisas de análisis

La primera premisa a tener en cuenta consiste en que la pretensión de la accionante se dirige a que la etiqueta refleje lo que, en su concepto, corresponde a la evidencia científica más reciente: que no hay un consumo seguro de alcohol para la salud. Esto es importante porque, tal como se reflejó en el apartado sobre las prácticas de etiquetado en otros países a partir de los lineamientos de la OMS, la discusión es mucho más amplia, en tanto cubre, entre otros, aspectos relacionados con los ingredientes de cada producto y el contenido calórico, así como la pertinencia de incluir pictogramas y de que los mensajes sean rotativos.

Más allá de esta discusión, que corresponde de manera integral a la política pública en materia de etiquetamiento, el énfasis en este caso recae en lo que podría denominarse una

¹⁹⁰ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

¹⁹¹ Intervención de Dejusticia.

¹⁹² Plan de Acción 2022-2030.

¹⁹³ Es necesario precisar que los estudios y las experiencias de otros países se toman en cuenta para efectos de establecer la evidencia disponible sobre el tema sanitario de fondo, pero no constituyen ni se integran al parámetro de control de constitucionalidad a cargo de este Tribunal.

*advertencia sanitaria*¹⁹⁴, ante recientes investigaciones que darían cuenta de la conexión entre el consumo de alcohol, en pequeñas cantidades, y el riesgo para la salud, en particular, de algunas enfermedades.

La segunda premisa radica en que, a diferencia de lo que ocurre con sustancias psicoactivas -o productos- tales como el tabaco, no existe un instrumento de derecho internacional vinculante para los Estados que prevea medidas respecto del consumo de alcohol. Por lo tanto, tal como se evidenció al realizar el recuento de las experiencias de otros países en materia de etiquetado, los lineamientos con los que se cuenta son aquellos que ha ido construyendo la OMS, a partir, principalmente, de su Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030.

Este hecho es relevante porque, de un lado, da cuenta de que en la materia y con independencia de los estándares de protección de derechos provenientes del derecho internacional de los derechos humanos, las políticas públicas deben fundarse en la mejor evidencia disponible y en la pretensión de satisfacer el respeto, protección y garantía de los derechos conforme al orden superior. De otro lado, evidencia las tensiones que en el escenario internacional se presentan en la materia, por ejemplo, en el marco de la Organización Mundial del Comercio, dando cuenta de la diversidad de libertades y derechos comprometidos en un mercado que continúa siendo política, social y culturalmente aceptado. Al respecto, la OMS indicó que:

*La ausencia de estos instrumentos limita la capacidad de los gobiernos nacionales y subnacionales para reglamentar la distribución, venta y promoción de las bebidas alcohólicas en el contexto de las negociaciones comerciales internacionales, regionales y bilaterales. También es un obstáculo para los esfuerzos dirigidos a proteger la formulación de políticas sobre el alcohol de la interferencia de empresas transnacionales e intereses comerciales*¹⁹⁵.

La tercera premisa se refiere a que no es competencia de la Corte Constitucional zanjar un asunto que científicamente es discutible, aunque, para efectos de cumplir con su misión constitucional, le sea dable asumir el estudio de elementos empíricos o técnicos en tanto sean necesarios para analizar la razonabilidad constitucional de las decisiones adoptadas por el Legislador¹⁹⁶. En consecuencia, en este caso, el rol de la Sala Plena es determinar si, con base en la información disponible, el Estado ha satisfecho los estándares de derechos humanos, en particular, de los derechos a la información del consumidor y a la salud con el etiquetado sanitario que ha implementado en materia de bebidas alcohólicas. Por último, la cuarta premisa, indica que la demanda no recae sobre una *prohibición*, como sería aquella que se ha establecido normativamente respecto del consumo de alcohol para las personas menores de 18 años; en esta dirección, aunque la información sanitaria de la etiqueta pretende tener de manera mediata un impacto disuasorio, su objetivo principal es brindar una información que se estima relevante para que el sujeto tome decisiones sobre sus opciones de consumo.

¹⁹⁴ La Sala Plena destaca que este enunciado es estipulativo, esto es, no se soporta en una regulación que califique el tipo de etiqueta a partir de la información que ella contiene. Sin embargo, se estima adecuado para efectos metodológicos en la medida en la que, por un lado, corresponde al elemento fundamental que se discute aquí, esto es, una información que incide en la salud; y, por otro lado, porque como se evidenció en el acápite 7 de esta providencia, «[e]studios científicos sobre el impacto del consumo de alcohol en la salud humana», es un término utilizado, entre otras autoridades, por la OMS y la OPS.

¹⁹⁵ Plan de Acción 2022-2023. P. 5.

¹⁹⁶ Ver, entre otras, la Sentencia C-583 de 2015.

Teniendo en cuenta estas premisas, a continuación, se sigue con el orden planteado para la resolución del problema jurídico propuesto, que comprende dos cargos de inconstitucionalidad.

2. Mensaje de la etiqueta actual de las bebidas alcohólicas

Desde el año 1986¹⁹⁷, el Congreso de la República ordenó adherir a todo recipiente de bebida alcohólica¹⁹⁸ nacional o extranjera, en el extremo inferior y ocupando al menos una décima parte de ella, el enunciado «[e]l exceso de alcohol es perjudicial para la salud»¹⁹⁹.

De manera reiterada, la Corte Constitucional ha sostenido que para la formulación de los enunciados que integran el ordenamiento jurídico el recurso necesario es «el lenguaje y, más concretamente, el sistema de símbolos conformado por el lenguaje natural»²⁰⁰, por lo cual, las características de aquél -indeterminación, ambigüedad, carga emotiva- se trasladan al escenario de lo jurídico. En ocasiones, estas construcciones involucran conceptos propios de otras disciplinas, por lo cual, para su determinación y alcance normativo, es necesario recurrir a dicho campo del conocimiento. En adición y como opción de política legislativa²⁰¹, es común encontrar que respecto del lenguaje técnico jurídico o de otra disciplina -pero para efectos del sistema normativo- se atribuya directamente un alcance al respectivo enunciado o parte de él, estipulativamente y de manera anticipada.

En este asunto, lo primero que es necesario destacar es que la etiqueta incluye el término «exceso». En el contexto de la regulación, las herramientas que contribuyen a la delimitación del significado o alcance de dicho vocablo provienen del área médica -de la toxicología-, con fundamento en la cual, en el escenario internacional, la aproximación para su precisión tiene en cuenta lo que se considera como *bebida estándar*, concluyendo que el consumo excesivo es el que sobrepasa (i) cinco bebidas o más para los hombres en un día, o quince o más en una semana; y cuatro bebidas o más para las mujeres, en un día, o un equivalente a ocho bebidas o más en una semana -según el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos-, o (ii) un consumo diario de 60 gramos de alcohol puro para hombres o 40 gramos de alcohol puro para mujeres²⁰². Para la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos, (iii) el consumo excesivo y peligroso es el que, en términos de frecuencia, se presenta en cinco días o más en un mes.

En Colombia, por su parte, el artículo 2 del Decreto 120 de 2010 define el consumo *excesivo* a partir de lo que estima como *moderado*. Así, por «moderado» se entiende un «consumo habitual» que «no pasa de determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables) por unidad de tiempo», mientras que, por consumo «excesivo» se entiende el «habitual que supera las cantidades del consumo moderado y tiene un promedio anual de

¹⁹⁷ Ley 30 de 1986.

¹⁹⁸ Definida dentro del ordenamiento legal como aquella que contiene una concentración no inferior a 2.5% alcohólicos. Artículo 2 del Decreto 120 de 2010.

¹⁹⁹ En adición, debe incluirse la gradación alcohólica y, conforme a la modificación realizada por el artículo 36 de la Ley 1816 de 2016, la expresión «para consumo en Colombia» en el caso de las bebidas destiladas.

²⁰⁰ Sentencia C-001 de 2018, f.j. 6.

²⁰¹ O, en términos más generales, regulativa, como quiera que diferentes instancias con capacidad normativa pueden intervenir.

²⁰² A estos dos datos hicieron referencia, en sus escritos, la Universidad de la Sabana, Dejusticia y la Defensoría del Pueblo.

En particular, la Universidad de la Sabana manifestó que “1 gramo = 1000 miligramos, pero el etanol consumido no se traduce directamente en una concentración sanguínea proporcional, ya que el cuerpo metaboliza el alcohol y lo distribuye entre diferentes compartimentos (sangre, tejidos, etc.). Por tanto, una persona que consume 40 gramos de alcohol no tendrá 40.000 mg/dL en sangre; lo más probable es que su alcoholemia sea de alrededor de 80-100 mg/dL, dependiendo de factores como peso, sexo, metabolismo y tiempo transcurrido desde la ingesta”.

embriaguez elevado». Finalmente, se asocia el consumo «patológico» al síndrome de dependencia física. Según el Decreto, tanto el consumo excesivo como el patológico son abusivos²⁰³.

De lo anterior puede colegirse que, (i) en el escenario internacional, se verifican datos sobre el alcance del término *exceso*, que tienen como referente a la persona que se considera adulta -hombre o mujer- con condiciones físicas estándar. Aunado a ello, en general, (ii) la calificación de un consumo como excesivo tiene en cuenta la cantidad y la concentración de alcohol en sangre, valorando los parámetros de consumo, también, en términos de frecuencia. Finalmente, en Colombia, (iii) la regulación optó por una definición para el desarrollo de su política pública que, sin embargo, por su indeterminación, debe complementarse con los criterios a los que ha hecho referencia la OMS y otras instancias de carácter técnico.

En este último sentido, nótese, por ejemplo, que al referirse a consumo *excesivo* -palabra de por sí imprecisa-, el Decreto 120 de 2010 incluyó los términos *habitual* y *elevado* -este último para referirse al promedio anual-, lo cual incrementa el grado de dificultad, requiriéndose en estas condiciones, se insiste, acudir a los criterios de organismos internacionales que, de manera especializada, han estudiado el asunto.

Con todo, parece indiscutible la complejidad de estandarizar -con carácter objetivo y universalizable- el *exceso* que se predica de un consumo de alcohol, en la medida en que los factores etarios, genéticos, ambientales, entre otros, tienen impacto en la situación individual y/o grupal. Esta verificación, sin embargo, no impide *prima facie* la adecuación o corrección de la formulación de una política pública que, con la pretensión de la máxima abstracción posible, debe hacer frente a una situación de salud sobre la que considera relevante actuar. Aunado a ello, es imprescindible tener en cuenta que el uso de estos términos se da en un escenario en el que lo que se pretende es garantizar un nivel de información adecuada, y no, como se advirtió en las premisas de estudio, en un contexto de prohibición, en el cual se exigiría un mayor grado de concreción.

Siguiendo con una aproximación literal a la etiqueta, la expresión *alcohol* es referida nacionalmente, conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 120 de 2010, al «producto apto para el consumo humano con una concentración de alcohol etílico no inferior a 2.5 grados alcoholimétricos, al cual no se le indican propiedades terapéuticas»²⁰⁴. Sobre esta palabra, de esta manera, no existe duda sobre su significado.

Por último, la etiqueta hace referencia a que ese consumo es *perjudicial para la salud*, con lo cual, es importante precisar, más de allá del contenido obvio de los términos, qué se entiende con este apartado lingüístico. En esta dirección, tal como se precisó al hacer referencia a los estudios disponibles en la materia, la relación entre el consumo en *exceso* de alcohol y resultados sanitarios perjudiciales -como trastornos asociados, hepatopatías, cánceres y enfermedades cardiovasculares- es objeto de consenso, pero esto no implica que

²⁰³ El cual se predica de personas que presentan síndrome de dependencia física. En adición, la Ley 1696 de 2013, relacionada con la sanción a quienes conducen bajo el influjo del alcohol o de otras sustancias psicoactivas, establece estándares para graduar la sanción a partir del nivel de alcoholemia que presente una persona. Así, por ejemplo, el grado cero de alcoholemia está comprendido entre 20 y 39 mg de etanol/100 ml de sangre; el grado uno de embriaguez, entre 40 y 99 mg de etanol/100 ml de sangre; el grado dos de embriaguez, entre 100 mg de etanol/100 ml de sangre; y el tercer grado de embriaguez, entre 150 mg de etanol/100 ml de sangre. No obstante, no es clara la relación entre estos y el parámetro de consumo en exceso de la política en materia de salud pública.

²⁰⁴ De acuerdo a lo sostenido por el Ministerio de Salud en su intervención en este proceso, en respuesta al Auto de pruebas del 25 de marzo de 2025, a través de la Comisión Intersectorial de alcohol se está trabajando para proponer la “[r]edefinición [de] las bebidas alcohólicas para incluir en ellas las bebidas embriagantes (aquellas que tiene[m] 0.5 a 2.49 grados de alcohol”.

dicha relación satisfaga criterios de necesidad y suficiencia, en la medida en la que, como lo ha reconocido la OMS en el Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030, «[s]on varios los aspectos que influyen en las consecuencias del consumo de alcohol, como el volumen de alcohol consumido a lo largo del tiempo; las pautas de consumo, en particular la embriaguez; el contexto en el que se consume; y la calidad de la bebida alcohólica o su contaminación con sustancias tóxicas como el metanol», por lo cual, «[e]l consumo repetido de bebidas alcohólicas *puede conducir* a la aparición de trastornos por consumo de alcohol, entre ellos la dependencia»²⁰⁵

Así, la advertencia sanitaria realizada corresponde a un criterio de riesgo, *alto*, de posibles consecuencias en la salud, comprendida esta de manera integral. *En conclusión*, la etiqueta prevista en el enunciado normativo parcialmente demandado advierte al individuo que, si *sobrepasa* un consumo de alcohol, llegando al *excesivo*, su salud está en un riesgo alto de tener consecuencias adversas.

El cuestionamiento que surge a continuación, es si la etiqueta dice algo relacionado con el consumo que no es excesivo. Una primera aproximación indicaría que del enunciado de la etiqueta no se sigue lógicamente que *una dosis de alcohol menor a la excesiva no sea perjudicial para la salud*. No obstante, lo que el lenguaje *hace* o *dice* no siempre es el resultado de lo que las leyes de la lógica formal indican. El contexto y las finalidades de una opción legislativa adquieren relevancia para determinar su alcance.

Desde el punto de vista del *contexto*, entendido como el ámbito del mercado en el que la etiqueta surte sus efectos, es útil referirse a aquello que entienden los agentes. En su intervención en este proceso, por ejemplo, Asovinos indicó que «eliminar la expresión «exceso de» iría en contra de este principio [deber de brindar información precisa, clara y sustentada en la evidencia científica], pues induciría a la ciudadanía a creer que cualquier cantidad de vino genera un daño inevitable a la salud, cuando la ciencia ha demostrado que esto no es cierto»²⁰⁶. La Industria Licorera de Caldas, por su parte, sostuvo que «[l]a modificación solicitada no es constitucionalmente viable, ya que busca imponer una afirmación que no cuenta con consenso absoluto: que todo consumo de alcohol, sin importar la cantidad o la frecuencia, es perjudicial»²⁰⁷. Prolicores, en su intervención, al defender la exequibilidad de la etiqueta indicó que «no existe evidencia científica que demuestre que cualquier nivel de consumo de bebidas alcohólicas es perjudicial para la salud. Por el contrario, existe múltiple evidencia científica que acredita beneficios asociados al consumo moderado de bebidas alcohólicas»²⁰⁸.

Ahora bien, en cuanto a la finalidad del texto de la etiqueta²⁰⁹, el Ministerio de Salud indicó que consiste en «informar y crear conciencia para la toma de decisiones sobre los riesgos para la salud asociados al consumo de alcohol», a partir de «intervenciones basadas en la

²⁰⁵ Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 de la OMS. P. 1.

²⁰⁶ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=104461>. P. 2. Y agregó, «[l]a importancia de la diferenciación entre consumo moderado y abuso no es exclusiva del vino. En múltiples sectores industriales se reconoce que lo que realmente genera daño es el exceso. Por ejemplo, el consumo excesivo de azúcar puede causar diabetes, pero esto no implica que toda ingesta de azúcar deba ser prohibida. Del mismo modo, el consumo moderado de sal es esencial para la salud, pero su exceso puede derivar en hipertensión. En el caso del vino, la evidencia científica respalda que el daño no proviene del consumo moderado, sino del abuso prolongado». P. 3.

²⁰⁷ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=104492>. P. 2.

²⁰⁸ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=104521>. P. 7.

²⁰⁹ A través del Auto del 25 de marzo de 2025, la Corte Constitucional preguntó a varias corporaciones o entidades, cuál era la finalidad de la etiqueta.

evidencia y costo efectivas»²¹⁰; no obstante, agregó que la leyenda actual es «ambigua, subjetiva y científicamente desinformativa»²¹¹, dado que la evidencia, en su concepto, demuestra que «no existe un nivel seguro de consumo de alcohol»²¹². En similares términos, el Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas -CESED- de la Universidad de los Andes indicó que la leyenda tiene el objeto de «informar al consumidor sobre los riesgos asociados al consumo excesivo de alcohol, como parte de las estrategias de salud pública orientadas a la prevención de los daños para la salud»²¹³.

El procurador general de la Nación, por su parte, indicó que la finalidad de la etiqueta está asociada a «desincentivar el consumo excesivo de alcohol con el propósito de reducir los índices de alcoholismo, proteger la salud de los consumidores, evitar siniestros viables y prevenir la violencia intrafamiliar»²¹⁴, en su criterio, por el contrario, eliminar la expresión demandada «exceso de» no sería adecuado, en tanto «no existe consenso científico que permita concluir que cualquier consumo de alcohol genera daños en la salud»²¹⁵. Para el proyecto Échele Cabeza, «la palabra “exceso” es una herramienta pedagógica que marca un límite entre lo que es ética, moral y legalmente aceptable, tolerando un nivel de riesgo y daño, y lo que no es ética, moral y legalmente aceptable porque implica un riesgo y daño máximo, no solo para las personas, sino para la sociedad en su conjunto»²¹⁶.

En vista de lo anterior, la Sala Plena entiende que el *exceso* en el consumo sí funciona como un elemento clave, límite y definitorio de una política pública en materia de etiquetado que tiene como objetivo enviar un mensaje al consumidor sobre aquello que resulta perjudicial para su salud y que, por lo tanto, el Estado debe *informar* -para prevenir y desincentivar-. Por oposición, el Estado envía un mensaje -si se quiere implícito, pero claro- de que, por debajo de esa frontera, (i) o bien que no hay evidencia de que el consumo sea dañoso o (ii) bien que, incluso si hay evidencia de algún riesgo, es de aquellos que son tolerables y, por lo tanto, es una información que no está compelido a incorporar.

Esta interpretación, destaca la Corte Constitucional, también es acorde con el principio del efecto útil del enunciado y, por consiguiente, contribuye a comprender la relevancia de la inclusión del término *excesivo* en la leyenda que el Congreso de la República estimó necesario incorporar.

En *conclusión*, de la leyenda actual parcialmente demandada sí se sigue que el Legislador decidió no informar sobre las eventuales consecuencias nocivas de cualquier tipo de consumo. Desde una lógica material que consulta las razones que tuvo el Congreso de la República para expedir esta regulación, se extrae que consideró como un imperativo legal advertir sobre las consecuencias del exceso de alcohol y, en cambio, estimó que todo lo que se encuentre por debajo de ese umbral -sujeto, sin duda, a las diferencias de los organismos humanos- no tiene la entidad para ordenar una advertencia.

Valoración de la etiqueta frente al derecho a la información del consumidor

En primera medida, la Sala Plena considera que en este caso se respetan los estándares generales sobre el derecho a la información del consumidor, establecidos por la jurisprudencia constitucional. Esto se concluye al constatar que (i) el Legislador ha actuado

²¹⁰ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=105495>. P. 5.

²¹¹ *Ib.*

²¹² *Ib.*

²¹³ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=104413>. P. 6.

²¹⁴ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=115127>. P. 10.

²¹⁵ *Ib.*, pp. 12 y 13

²¹⁶ <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=104712>. P. 5.

conforme a su margen de configuración, estableciendo una etiqueta sobre la que recae un mensaje soportado en el consenso científico; y que (ii) dicho mensaje está dirigido a las personas mayores de 18 años²¹⁷, respecto de quienes se reconoce su derecho al libre desarrollo de la personalidad y también se predicen deberes de autocuidado. A continuación, se desarrolla esta conclusión.

Con arreglo a lo establecido en el acápite respectivo de esta providencia, la Constitución de 1991 -artículos 20 y 78- acoge un mandato decidido de protección al consumidor, que parte del reconocimiento de una relación asimétrica en la que se inserta la persona que acude al mercado. Por este motivo, el Constituyente explícitamente estableció que, a través de la Ley, debía regularse (i) el control de la calidad de bienes y servicios, y (ii) la información a suministrar al público, garantizando (iii) la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las normas que les conciernen -artículo 78-.

En atención a estos mínimos constitucionales, la Sala Plena estima oportuno referirse al contexto en el que se inscribe la etiqueta prevista en el artículo 36 de la Ley 1816 de 2016, que reemplazó al artículo 16 de la Ley 30 de 1986, para efectos de examinar la satisfacción -o no- del derecho a la información. Con tal propósito es imprescindible advertir que, con arreglo a un modelo de *economía social de mercado*²¹⁸, la intervención del Estado y, por consiguiente, su impacto en las libertades económicas -libertad de empresa y libre competencia-, se justifica en razón de los fines del Estado Social de Derecho.

En ejercicio de dicha atribución estatal, (i) la producción e introducción de algunas bebidas alcohólicas están sometidas a la configuración de un monopolio como arbitrio rentístico²¹⁹, en particular, de los licores destilados; monopolio que tiene la finalidad social de financiar con carácter preferente «los servicios de educación y salud», así como de garantizar la protección de la salud pública²²⁰. En adición, la normativa interna (ii) prevé un régimen impositivo que se concreta en un impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares²²¹; todo ello, presuponiendo el ejercicio de una actividad económica lícita.

²¹⁷ Es importante recordar que, en el estándar de protección del derecho a la información de los consumidores, desarrollado en el apartado 4 de esta providencia, no existe una distinción fundada en la población a la cual se dirige el producto o servicio. Con todo, examinar este hecho es relevante en este asunto, dado que, por un lado, da cuenta de manera plena de la política pública sobre el consumo del alcohol y, en esta medida, de las medidas de prevención que ha tomado el Legislador; y, por otro lado, permite valorar la medida cuestionada en el contexto real de aplicación.

²¹⁸ Ver, entre otras, las sentencias C-032 de 2025, C-188 de 2022, C-347 de 2017 y C-909 de 2012.

²¹⁹ Artículo 336 superior: «[n]ingún monopolio podrá establecerse sino como arbitrio rentístico, con una finalidad de interés público o social y en virtud de la ley». El inciso 5 del mismo, prevé: «Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, estarán destinadas a los servicios de salud y educación».

Sobre los antecedentes del actual monopolio rentístico previsto en la Ley 1816 de 2016, ver la sentencia C-032 de 2025. Con todo, es significativo mencionar que esta Corporación ha reconocido que en este tipo de monopolio «el Estado se reserva la explotación de ciertas actividades económicas, no con el fin de excluirlas del mercado, sino para asegurar una fuente de ingresos que le permita atender sus obligaciones». Ver la sentencia C-480 de 2019.

²²⁰ De acuerdo a lo establecido en el artículo 5º de la Ley 1816 de 2016, «[l]os departamentos que decidan ejercer el monopolio como arbitrio rentístico sobre licores destilados serán los titulares de las rentas de ese monopolio teniendo en cuenta las destinaciones específicas definidas en la Constitución y en la Ley». Esta norma se comprende al tenor de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 300 superior, según el cual «Corresponde a las asambleas departamentales, por medio de ordenanzas [...] 10. Regular, en concurrencia con el municipio, el deporte, la educación y la salud en los términos que determine la ley [...]».

²²¹ Sobre este gravamen, en la Sentencia C-435 de 2023, la Sala Plena indicó que se trataba de un impuesto *pigouviano*, esto es, establecido para «abordar externalidades de una actividad o producto específico», en

Por otra parte, retomando lo dicho en el apartado sobre el derecho a la información, (iii) en Colombia, está prohibido el expendio de bebidas embriagantes a personas menores de 18 años -Ley 124 de 1994- y existe una política pública dirigida a *evitar* el consumo de alcohol de mujeres embarazadas, debido al impacto que este comportamiento *podría* tener sobre su salud y la de quien está por nacer -Ley 1385 de 2010-. Asimismo, internamente se prevén (iv) medidas sancionatorias, con un impacto disuasivo, para quienes conduzcan bajo el influjo del alcohol -Ley 1696 de 2013-, y (v) mandatos dirigidos a garantizar condiciones de seguridad y salubridad en la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas para el consumo humano -Decreto 162 de 2021-, entre otros instrumentos.

Esta descripción permite a la Sala Plena abordar el estudio respecto del derecho a la información del consumidor partir de dos premisas. La primera, consiste en que la decisión de *etiquetado* por parte del Legislador hace parte de una política pública más amplia, construida por diversos instrumentos, que tienen por objeto materializar el *mensaje* que, bajo un enfoque de derechos, valoró relevante y necesario comunicar. La segunda, recae en que la etiqueta está dirigida a una población en particular, personas adultas a quienes el consumo de alcohol les es permitido. A continuación, se desarrollan estos dos aspectos.

Del margen de configuración del Legislador. El constituyente de 1991 le confirió la atribución al Legislador de prever la regulación sobre la información que *debe* suministrar al consumidor, la cual debe satisfacer los criterios necesarios para «la toma de decisiones ilustradas de consumo»²²². En este contexto, la Corte Constitucional ha reiterado, como se indicó en el acápite pertinente, que dicha competencia no es absoluta, en tanto debe estar guiada por la «particular situación de los consumidores en el mercado de circulación de bienes y servicios»²²³, por lo cual, sus derechos deben ser protegidos.

A través de la Ley 1480 de 2011 el Congreso de la República adoptó el Estatuto del Consumidor. En esta normativa, (i) entre los *principios generales*, se incluyeron «[l]a protección de los consumidores frente a los riesgos para su salud y seguridad» y «[e]l acceso de los consumidores a una información adecuada, de acuerdo con los términos de esta ley, que les permita hacer elecciones bien fundadas»²²⁴ -artículo 1º-. En adición, (ii) se incorporó el derecho del consumidor a «recibir información (...) completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización (...)», y el derecho a recibir protección frente a la publicidad engañosa -artículo 3, numerales 1.1. y 1.4-, entendida esta última como «[a]quella cuyo mensaje no corresponda a la realidad o sea insuficiente, de manera que induzca o pueda inducir a error, engaño o confusión» -artículo 5, numeral 13-.

La Ley también prevé (iii) el deber del consumidor de «[i]nformarse respecto de la calidad de los productos, así como de las instrucciones que suministre el productor o proveedor en relación con su adecuado uso o consumo, conservación e instalación» -artículo 3, numeral 2.1-. Ahora bien, (iv) en relación con productos que, por su naturaleza o componentes, sean nocivos para la salud, el Legislador consideró que «[s]in perjuicio de lo dispuesto en normas

particular, una externalidad negativa asociada al consumo en exceso de alcohol, con el objeto de desincentivarlo.

²²² Sentencia C-583 de 2015, fj. 48.

²²³ Ib., fj. 49.

²²⁴ En el mismo sentido, artículo 23 de la misma Ley.

especiales y reglamentos técnicos o medidas sanitarias [...] deberá indicarse claramente y en caracteres preferentemente legibles, bien sea en sus etiquetas, envases o empaques o en un anexo que se incluya dentro de estos, su nocividad y las condiciones o indicaciones necesarias para su correcta utilización, así como las contraindicaciones del caso» -artículo 25-

Tomando en consideración lo dicho, la Sala Plena verifica lo siguiente. El Estado ha efectuado varias intervenciones en el mercado de bebidas alcohólicas, en virtud de sus competencias en un Estado Social de Derecho; las cuales se han dirigido, entre otros frentes, a articular una política pública que permita garantizar las condiciones de salubridad y seguridad de un producto cuyo consumo -por lo menos en exceso, según el consenso- ha sido considerado nocivo para la salud²²⁵, regulando, incluso, un monopolio rentístico con una finalidad de interés público. O, dicho de otro modo, el Estado ha establecido medidas para garantizar el tipo de bebida que el consumidor encuentra en el mercado legal, de tal manera que, a los riesgos asociados con la misma, no se sumen otros adicionales y evitables a partir de un control sanitario robusto.

Por su parte el Legislador, satisfaciendo su deber de información, valoró necesario advertir de los riesgos del consumo excesivo de alcohol, relacionados, como se ha indicado a lo largo de esta providencia, entre otras, con las enfermedades no transmisibles. Esta decisión fue prevista en una norma especial y es resultado del margen de configuración del Congreso de la República. La pregunta que debe resolverse es, entonces, si el mensaje de la etiqueta es, como afirmó la demandante, *equivoco*, al inducir a error al consumidor.

En esta dirección, el reparo no recae en lo que la etiqueta dice de manera explícita, esto es, que el exceso de alcohol es perjudicial para la salud. Esta es una premisa que no está en discusión y sobre la cual, por lo tanto, no corresponde hacer un juicio de constitucionalidad -contrario a lo propuesto por el procurador general de la Nación-. El cuestionamiento, retomando lo dicho en el acápite anterior, se cifra en lo que transmite la etiqueta respecto del consumo que no se considera como excesivo. Es por esta razón que, en criterio de la demandante, se viola el derecho a la información, pues, estima, existe suficiente información científica para advertir al consumidor que no existe una ingesta segura de alcohol, es decir, que incluso consumos mínimos o moderados tienen la aptitud de generar problemas de salud y que, por lo tanto, no es cierto que solo sea el exceso el que es perjudicial como pretende indicar la etiqueta.

El aspecto central de este debate, entonces, recae en establecer si el Legislador, a través de su etiqueta, ha permitido la configuración de un *déficit de protección* al consumidor en materia de información, en tanto estaría dejando de lado transmitir de manera clara y oportuna información sobre los riesgos asociados al consumo mínimo o moderado de un producto; información que, conforme al estándar de protección, sería considerada como aquella mínima que debe ser sometida a consideración del consumidor²²⁶.

Para la Sala Plena el Legislador ha actuado con fundamento en la información sobre la que existe un amplio consenso científico, esto es, aquella que, a partir de la evidencia, ha advertido del *riesgo alto* para la salud individual como consecuencia de una ingesta excesiva

²²⁵ Regulación detallada prevista, por ejemplo, en el Decreto 162 de 2021.

²²⁶ La Sala Plena precisa que con esta aproximación no se está indicando que el estándar de protección del derecho a la información al consumidor dependa del consenso científico, pero, tal como se precisará más adelante al analizar el principio de precaución, en la medida en que tenga repercusiones en la salud, un dato podría satisfacer el estándar de información *mínima* que, por su relevancia, el consumidor tiene derecho a conocer.

de alcohol, convirtiéndose así en un asunto de salud pública y, como lo ha indicado la OMS, de desarrollo.

El debate sobre la posibilidad -o no- de que exista un consumo seguro de alcohol, no es nacional. Tal como quedó reflejado en el apartado respectivo de esta decisión, al cual se remite la Sala, (i) durante largo tiempo, con fundamento en estudios realizados, se han promovido algunos consumos seguros de bebidas alcohólicas, tales como el vino y, aunque progresivamente se mencionan otros estudios que descartarían dichos beneficios o que, por lo menos, los contrastarían con los daños potenciales que podría generar en otros órganos, lo cierto es que sigue estando en el ámbito de lo que es objeto de investigación. Asimismo, (ii) pese a que es indudable que el alcohol se ha considerado como cancerígeno desde hace varias décadas, lo cierto es que solo de manera más reciente se ha hecho énfasis en que consumos pequeños o moderados tendrían una posible relación causal con algunas enfermedades, en particular, con cánceres, entre los que se encuentra el de mama. No obstante, sobre esta evidencia también se ha llamado la atención, en la medida en que sobre ella no existe consenso.

Desde este punto de vista, la Sala Plena no desconoce que recientemente parte de la comunidad científica, de quienes promueven la formulación de políticas públicas en los diferentes países miembro de la OMS -por ejemplo, en Irlanda y en Estados Unidos-y de la OMS, han llamado la atención sobre la necesidad de advertir que no existe un consumo seguro. Sin embargo, bajo la evidencia disponible e incontestable, el Legislador colombiano decidió que la etiqueta advierta solo sobre el riesgo asociado al consumo excesivo, con el objeto de que, el consumidor, a partir del conocimiento, tome decisiones informadas y, así, ejerza su elección como sujeto autónomo y digno.

No haberlo hecho aún bajo un espectro más amplio como lo pretende la accionante, no permite a esta Sala tomar su lugar, en la medida en la que, en un asunto debatido como el presente, las barreras epistemológicas, que se acentúan para un tribunal de justicia, impiden a la Corte Constitucional tratar de zanjar un asunto²²⁷ en el que, además, el Estado colombiano cuenta con otras medidas de política pública dirigidas, por ejemplo, a la prevención del consumo. Aunado a ello, y precisamente en virtud de esa regulación pluridimensional construida alrededor del consumo de sustancias como el alcohol, la etiqueta está dirigida a un público que se caracteriza por ser mayor de 18 años de edad.

Público destinatario de la etiqueta. En Colombia, el expendio de bebidas embriagantes a menores de 18 años está expresamente prohibido por la Ley 124 de 1994, que además contempla sanciones para quienes faciliten su consumo a este grupo poblacional. Por lo tanto, la etiqueta está dirigida a la persona adulta, respecto de la cual el Estado predica la ciudadanía con todos sus alcances, esto es, se le reconoce capacidad plena para decidir sobre sus propios cursos de vida, de manera autónoma. Estas personas son titulares de derechos, entre los que se encuentra el libre desarrollo de la personalidad-artículo 16 superior-, y sujetos de deberes, a partir de lo cual asumen la obligación de autocuidado en materia de salud -artículo 49.5 superior-.

En lo referente al libre desarrollo de la personalidad, la Corte Constitucional ha señalado que «el reconocimiento de este derecho es producto de la particular concepción que la Constitución ha acogido en torno al poder público y la libertad individual»²²⁸, y está innegablemente atado a la dignidad humana. Este derecho tiene efectos expansivos, en tanto

²²⁷ Esta perspectiva atiende, además, a una perspectiva de análisis económico del Derecho, según la cual, la deferencia judicial frente al legislador o al regulador técnico actúa como un mecanismo de contención institucional que reduce el costo social esperado de la intervención judicial.

²²⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-096 de 2024.

«reconoce el incomparable valor ético que tiene cada individuo y funda en él la facultad de obrar con libertad»²²⁹, teniendo como límite el respeto de los derechos de los demás y el orden jurídico. En esa medida, la decisión de consumir -o abstenerse de consumir- alcohol debe ser autónoma, informada y libre, conforme a los parámetros legales.

La función de la etiqueta -al advertir sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol- es precisamente asegurar que los consumidores adultos puedan ejercer su autonomía de manera informada, conforme a sus propias convicciones y estilos de vida, en armonía con la protección de la salud pública y los derechos de terceros. Así, el deber estatal de informar coexiste armónicamente con el respeto por la autodeterminación individual, de modo que la regulación debe satisfacer las garantías para la toma de decisiones libres y fundadas en el conocimiento de los riesgos implicados con base en la mejor evidencia disponible.

Bajo esta línea argumentativa, resulta legítimo y razonable que el Estado suministre la información *relevante* al consumidor adulto, a través de una etiqueta adherida a un producto, sobre aquello respecto de lo cual tiene amplia evidencia científica y que, en consecuencia, se considera incluido dentro del estándar de la información mínima de que debe suministrarse. Así se garantiza que sus elecciones personales se funden en un conocimiento de los riesgos para su propia salud y se asegure la adopción de los cursos de acción compatibles con aquello que estima importante para su vida.

Sobre este último punto, no se ignora que los datos de consumo de alcohol en personas menores de 18 años en Colombia siguen siendo desalentadores. En el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar²³⁰, del año 2022²³¹, el 47.8% afirmó haber consumido alcohol alguna vez en su vida -el mayor número entre las diferentes sustancias psicoactivas-, mientras que el 30,5% indicó haberlo hecho durante los últimos 30 días; la ingesta, por su parte, es ascendente en atención a la edad y grado escolar²³², y prevalece en mujeres, en un 33% en comparación con los hombres, en un 27,5%. Estas cifras, sin embargo, no son una consecuencia atribuible a la etiqueta ni a la falta de claridad de información que -en gracia de discusión- advierte la accionante. Es un asunto relacionado con el funcionamiento efectivo de las políticas de prevención respecto de ese grupo poblacional, sobre el cual debe seguirse trabajando decididamente por parte de todos los actores involucrados -institucionales, del mercado y familia-.

En *conclusión*, se evidencia que el Estado colombiano ha construido una política pública que promueve la prevención de consumos riesgosos para la salud a través de varias medidas y que, conforme a la evidencia científica disponible, aquello que es indudable es que el consumo excesivo de alcohol es el perjudicial para la salud. Por lo tanto, la Sala Plena estima que, en principio y en lo relacionado con los estándares generales del derecho a la información del consumidor, no se configura un déficit de protección. El Legislador ha ejercido sus competencias y dentro de su margen de configuración ha definido la información que necesariamente debe proporcionarse al público a través de una etiqueta de advertencia. Los destinatarios de este mensaje son las personas mayores de 18 años, a quienes debe

²²⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-096 de 2024.

²³⁰ La población específica es la de adolescentes escolarizados.

²³¹ Elaborado por el Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y del Derecho, en coordinación con los ministerios de Educación y de Salud y Protección Social. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>.

²³² El consumo es del 21% en personas entre los 12 y 14 años, y del 43,3% en personas entre los 17 y 18 años.

garantizárseles el derecho al libre desarrollo de la personalidad, pero, también, tienen autodeberes de protección. En esta dirección, no puede afirmarse que la etiqueta actual sea engañosa.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que en este asunto el mensaje se refiere directamente a los efectos del consumo de un producto con incidencia sobre la salud de las personas. Por lo tanto, es necesario analizar si, aunque la política pública se ha basado en aquello sobre lo que hay consenso, es exigible la adopción de un mensaje que incluya otra información relevante sobre la que no existe ese mismo grado de consenso pero que, por los impactos en la salud, podría considerarse como información mínima que necesariamente debe suministrarse a través de la etiqueta. Para esto resulta imprescindible acudir al principio de precaución, que orienta la adopción de medidas informativas cuando existen riesgos potenciales para la salud, aunque la evidencia científica no sea concluyente.

4. De la protección del derecho a la salud - Análisis bajo el principio de precaución

Para la Sala Plena, en este caso no se configuran los presupuestos para, en virtud de la aplicación del principio de precaución, exigir del Legislador la fijación de una etiqueta que envíe un mensaje general sobre el riesgo de daño que produce cualquier consumo de alcohol en la salud. A continuación, se justificará esta afirmación.

De acuerdo con los estándares de protección del derecho a la salud provenientes del derecho interno en estricto sentido y del derecho internacional de los derechos humanos -en virtud del bloque de constitucionalidad-, el Estado tiene la obligación, en esta materia, de adoptar una política pública que atienda a la mejor evidencia científica disponible²³³, en virtud de sus deberes de prevención y promoción.

En el contexto hasta aquí descrito, la Sala Plena ha evidenciado la existencia reciente de una discusión de orden científico sobre el alcance real -dañoso o incluso beneficioso, en algunos supuestos- de consumos de alcohol que no se consideran como excesivos. Durante muchos años parecía existir un consenso sobre la nocividad que podía estar aparejada al consumo de alcohol en exceso, por lo cual, la política pública en Colombia y, en concreto, la regulación del etiquetado tuvo ese énfasis -en aplicación, además, del margen de configuración del Legislador-. En estas condiciones, la Sala Plena debe analizar si, a partir de las garantías del derecho a la salud de los consumidores, puede concluirse que la expresión «exceso de» es inconstitucional.

Para abordar este cuestionamiento, en el estado actual de la discusión la herramienta normativa e interpretativa principal es el principio de precaución, el cual se encuentra formulado en el artículo 15 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, tal se indicó en el apartado 6 de esta providencia. A partir de esta disposición, el principio de precaución es aplicable «[c]uando haya peligro de daño grave o irreversible» y no exista «certeza científica absoluta» sobre el mismo, debiendo adoptarse «medidas eficaces en función de los costos». En esta dirección, de acuerdo a la práctica constitucional, para determinar su aplicación debe examinarse (i) la existencia del riesgo y su grado de certeza, a partir de la confiabilidad de la evidencia científica; así como (ii) su magnitud -gravedad e irreversibilidad-. Verificado lo anterior, la Corte Constitucional deberá (iii) evaluar la

²³³ En este sentido, la formulación de políticas públicas debe fundarse, según lo establecido en la OMS en su Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, en la *mejor evidencia disponible*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol-governance/global-alcohol-strategy>.

existencia de medidas regulatorias y su adecuación para la gestión del riesgo encontrado, fijando su decisión con fundamento en el principio de proporcionalidad.

Con el objeto de adelantar el análisis que demanda la consideración del principio de precaución, la Sala Plena de la Corporación inicia por afirmar que la decisión legislativa de advertir en la etiqueta de bebidas alcohólicas que el exceso de alcohol es perjudicial se basa en una evidencia científica robusta sobre la existencia de un nivel de *riesgo alto* para la salud, por ello, se activó la obligación del Estado de informar y de implementar medidas de prevención. Tal como se indicó, esto no implica que *necesariamente* ello lleve en todos los casos al desarrollo de una y/o varias de las alteraciones a la salud que indican los estudios. La cuestión ahora es determinar si la evidencia con la que se cuenta, es tal que advierte la existencia de un *riesgo* de tal entidad como para activar el principio de precaución.

Este análisis, por las limitaciones epistémicas, no es sencillo. Con todo, debe partirse por reconocer la existencia de estudios que indican que no existe un consumo seguro para la salud y que, incluso, ingestas que se consideran moderadas, podrían estar relacionadas con la aparición de enfermedades. Aunado a ello, no se ignora que el *riesgo* del que estaríamos hablando sería *significativo*, en la medida en la que podría tener un impacto intenso en la salud de los consumidores, a través de la aparición de enfermedades tales como varios tipos de cáncer.

No obstante, (i) dicha evidencia sigue siendo cuestionada en un alto grado; (ii) la OMS y otras instancias de política pública insisten en la necesidad de que se activen escenarios de investigación para establecer patrones y consecuencias del consumo, con miras a establecer políticas ajustadas a la mejor evidencia disponible; y, además, (iii) en el escenario internacional las prácticas de los países siguen siendo muy variadas, sin que exista tampoco una tendencia clara hacia la inclusión de mensajes como el que se solicita en la demanda y que sería el resultante de eliminar la expresión “exceso de”.

Para empezar, la evidencia sobre los efectos que tiene cualquier consumo de alcohol en la salud -inferior al excesivo- está aún en construcción. Aunque la OMS ha lanzado alertas y, por lo tanto, el Estado colombiano debe tomarlas en serio para efectos de investigar y así satisfacer un enfoque de derechos en su política, ello no implica que en el estado actual y acorde a lo que encuentra acreditado la Sala Plena dentro de este proceso, pueda concluirse que existe una evidencia tal como para sostener con un grado de convicción suficiente que la etiqueta actualmente es inconstitucional. Este cuestionamiento de la evidencia en la que se funda la accionante proviene de un sector importante de la comunidad científica, que afirma que solo el exceso es el que es incompatible con la salud, por supuesto, exceso que debe ser verificado de acuerdo a las condiciones particulares de cada individuo.

De otro lado, es claro cómo en esta materia es necesario el impulso de investigaciones transparentes y ajenas a los conflictos de intereses, que permitan dimensionar con claridad los impactos que aún no tienen esa evidencia robusta, con miras a que la formulación de la política de salud atienda a la mejor evidencia disponible. En esta dirección, la OMS ha destacado en su Estrategia Mundial para Reducir el Consumo de Alcohol la necesidad de mejorar la información para la formulación de políticas públicas, a través de sistemas integrados de orden regional y mundial, estableciendo como uno de sus objetivos principales la consolidación de conocimiento para una actuación eficaz. En el Plan de Acción 2022-2030, además, la OMS formuló una estrategia dirigida a la creación de conocimiento y sistemas de información, consciente de los déficits al respecto, precisando la necesidad de:

[I]nvertir muchos más recursos en investigaciones internacionales acerca del desarrollo y la aplicación de políticas relativas al alcohol en países de ingresos bajos y medianos (...) Es

necesario que las investigaciones, entre las que debe haber proyectos de carácter internacional, estudien el papel que desempeña el consumo de alcohol en el desarrollo y progresión de las principales enfermedades no transmisibles, entre ellos los cánceres, y en la transmisión y progresión de algunas enfermedades infecciosas, así como en los correspondientes resultados terapéuticos.

La misma necesidad informativa es clara, por ejemplo, en la Estrategia Nacional de Respuesta en Colombia para la reducción del consumo nocivo de alcohol, documento en el que se incluyó entre los hitos de consolidación estratégica de respuesta para la reducción del consumo nocivo, «la identificación acorde con lo establecido en documentos de orden internacional y nacional, así como de evidencia nacional de investigaciones relacionadas con el tema, las medidas tendientes a fortalecer la reducción del consumo para valorar su incorporación al documento de estrategia nacional de respuesta (2022-2023)». Así, ante la alerta de la OMS que indica la inexistencia de un consumo seguro de alcohol, lo que sí se activa, en un escenario que aún sigue siendo poco claro, es ese deber de investigación por parte del Estado.

Finalmente, la experiencia de etiquetado alrededor de los países miembros de la OMS también permite afirmar que, incluso en los casos de Irlanda y Corea del Sur, la introducción de las advertencias sanitarias más contundentes que se han propuesto ha estado inspirada en mensajes más específicos, de acuerdo con la evidencia científica con la que ellos cuentan, fijando, por ejemplo, el riesgo de cáncer a partir del consumo. No obstante, una etiqueta como la que resultaría de la pretensión de la accionante, que no cuenta con ese respaldo, sería mucho más genérica y, por lo tanto, en el estado que ahora encuentra acreditado la Corte en este proceso, podría ser imprecisa.

Para la Sala Plena es importante ahondar en este último aspecto. Tal como se mencionó en el acápite relacionado con los estudios científicos en la materia, el impacto del alcohol depende de una gran variedad de factores; y, mientras existe una evidencia robusta sobre su impacto a la salud cuando su consumo es excesivo, no ocurre lo mismo cuando se ingiere en cualquier cantidad, incertidumbre que se acentúa cuando se repasa en que los estudios que así lo empezaban a advertir recaen específicamente sobre algunas enfermedades, como, por ejemplo, el cáncer de mama. Si esto es así, una etiqueta como la pretendida por la demandante resultaría desinformativa, no solo porque no se verifica un riesgo significativo para la salud a partir de los estudios existentes y, en consecuencia, trasladaría al consumidor una idea de riesgo que no es ajustada a la evidencia actualmente disponible, sino porque, además, sería en extremo general.

En estas condiciones, (i) con una política pública en materia de consumo de alcohol que no se centra exclusivamente en la etiqueta, y (ii) una etiqueta que se dirige a un consumidor mayor de 18 años y, por lo tanto, titular de derechos y del deber del autocuidado, la posibilidad de eliminar la expresión «exceso de» resulta en este momento inadecuada en garantía del derecho a la salud, en tanto solo tendría en cuenta parte de la evidencia científica, la cual es insuficiente para considerar que en este caso el Legislador ha omitido sus obligaciones respecto del respeto, protección y garantía del derecho a la salud, en aplicación del principio de precaución.

A diferencia de lo ocurrido en la Sentencia C-583 de 2015, oportunidad en la que se ordenó la inclusión de información al consumidor relacionada con la modificación genética de productos, en este caso no existe prueba suficiente que demuestre -en un escenario de incertidumbre- un riesgo *significativo* para la salud cuando se consume alcohol en cualquier cantidad, por lo cual, no es una información que deba ser incluida por el productor en

beneficio del derecho a la salud. Al respecto, también debe tenerse en cuenta que mientras en el caso analizado en la Sentencia C-583 de 2015 la petición recaía en indicar que el producto o sus componentes habían sido modificados genéticamente, lo que se pretende en este asunto es que se incluya información aún más cualificada, en tanto daría cuenta de un presunto riesgo significativo para la salud por el consumo de alcohol en cualquier cantidad. La especificidad de la información en uno y otro caso es diferente, por lo cual, es una razón adicional para no aplicarse la misma regla de derecho.

Al verificarse que, al tenor del principio de precaución, no se activa la obligación de brindar una información relevante para la salud, se concluye que el Estado no desconoce sus deberes de respetar, proteger y garantizar este derecho. Al tenor de lo dispuesto en el acápite 5 de esta providencia, *(i)* no se incumple con la obligación de respeto dado que no está limitando el acceso a información que recaiga sobre un riesgo significativo para la salud; *(ii)* no se transgrede la obligación de protección en la medida en que está asegurando que la información que se brinda por terceros -productores y otros actores del mercado del alcohol- se funde en la evidencia científica sobre la que actualmente existe consenso, y *(iii)* tampoco se lesiona la obligación de garantía, en tanto no es exigible que la política pública formulada por el Estado se funde en un estándar de riesgo que no puede calificarse como significativo para la salud.

Por lo anterior, la Corte Constitucional estima que en este caso no se configura un déficit de protección, pues los derechos a la información del consumidor y a la salud se encuentran satisfechos, con lo cual, se concluye que no es viable declarar la inexecutable de la expresión «exceso de» y, por el contrario, declarará su executable.

Por supuesto, el hecho de que la etiqueta deba entenderse inmersa en el marco de una política pública, no indica que pueda enviar cualquier mensaje. Con todo, en este caso y por las razones que se han expuesto ampliamente en esta providencia, se concluye que la información que ella contiene es la que cuenta con un mayor consenso y, por tanto, fue objeto de consideración por el Legislador para ser puesta en conocimiento de los consumidores, en garantía de sus derechos.