REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - Nº 1424 | Bogotá, D. C., martes, 29 de septiembre de 2026 | EDICIÓN DE 14 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SECRETARIO GENERAL DEL SENADO, www.secretariasenado.gov.co — MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ, SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA, www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 259 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se modifica la Ley 472 de 1998 para adicionar la seguridad energética como derecho e interés colectivo y se dictan otras disposiciones.

#EsNORTE — JUAN ESPINAL SENADOR — CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ
Secretario General
Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación de proyecto de ley No. ___ de 2026 Senado, "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 472 DE 1998 PARA ADICIONAR LA SEGURIDAD ENERGÉTICA COMO DERECHO E INTERÉS COLECTIVO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Respetado Doctor González:

En cumplimiento de nuestro deber constitucional y legal, y particular actuando en consecuencia con lo establecido en la Ley 5 de 1992 (reglamento del Congreso de la República), en nuestra calidad de Congresistas de la República, radicamos ante su despacho el proyecto de ley No. __ de 2026 Cámara, "*POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 472 DE 1998 PARA ADICIONAR LA SEGURIDAD ENERGÉTICA COMO DERECHO E INTERÉS COLECTIVO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*".

Cordialmente,

EIMY JULIETH SUÁREZ GONZALEZ Representante a la Cámara Norte de Santander	**JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ** Senador de la República
HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO Senador de la República	

REDES SOCIALES
@eimysuarezg. @eimysuarezg
Eimy Suárez @eimysuarezg

CORREO
eimy.suarez@camara.gov.co

PROYECTO DE LEY No. ___DE 2026

"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 472 DE 1998 PARA ADICIONAR LA SEGURIDAD ENERGÉTICA COMO DERECHO E INTERÉS COLECTIVO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 472 de 1998, adicionando un nuevo literal, así:

Artículo 4°. Derechos e intereses colectivos. Son derechos e intereses colectivos, entre otros, los relacionados con:
(...)

ñ. *La seguridad energética, entendida como la garantía de un suministro confiable, continuo y estable de energía para la satisfacción de las necesidades básicas de los hogares, el desarrollo económico y social, la protección del bienestar general de la población y condición esencial para la vida digna.*

Este derecho colectivo implica el deber del Estado de promover el aprovechamiento integral y sostenible de las fuentes y recursos energéticos, renovables y no renovables, disponibles en el territorio nacional, asegurar la planificación, estabilidad regulatoria y modernización tecnológica del sistema energético, así como fomentar la exploración, explotación, producción, transporte y distribución eficiente de la energía, reduciendo la dependencia externa y fortaleciendo la resiliencia del país frente a riesgos internos y externos. Toda decisión en materia energética deberá orientarse a garantizar el fortalecimiento progresivo del sistema y la estabilidad de largo plazo.

Artículo 2°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y adiciona el literal ñ al artículo 4° de la Ley 472 de 1998.

Cordialmente,

EIMY JULIETH SUÁREZ GONZALEZ	**JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ**
Representante a la Cámara Norte de Santander	Senador de la República
HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO Senador de la República	

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL / RADICACIÓN DE PROYECTOS

[ ] PROYECTO DE LEY (P.L.) No.: 259/26

[ ] PROYECTO ACTO LEGISLATIVO (PAL) No.:

FECHA: 23 / 09 / 2026 FOLIOS:

AUTOR(ES):

FIRMA SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY No. ___DE 2026

"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 472 DE 1998 PARA ADICIONAR LA SEGURIDAD ENERGÉTICA COMO DERECHO E INTERÉS COLECTIVO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

I. OBJETO

El presente Proyecto de Ley tiene como objetivo incorporar expresamente en el ordenamiento jurídico colombiano, el derecho colectivo a la seguridad energética, entendida como la capacidad autónoma y sustentable del país para generar, transformar, distribuir y controlar los recursos energéticos nacionales en función del interés general. Esta propuesta busca garantizar el acceso universal, asequible, continuo y sostenible a los servicios energéticos, impulsar la autosuficiencia, reducir la dependencia externa, promover un mercado energético competitivo, y proteger los recursos energéticos como bienes estratégicos del Estado. Así mismo, busca impulsar una transición energética justa, que equilibre los compromisos ambientales con la seguridad y continuidad energética en pro de la población colombiana, especialmente de las comunidades más vulnerables y de las regiones históricamente excluidas del acceso a la energía.

Este proyecto responde a una necesidad estructural: *blindar desde el ordenamiento jurídico el derecho de las personas al abastecimiento energético seguro y sostenible, como condición habilitante para ejercer otros derechos fundamentales como la salud, la educación, la alimentación, el trabajo y la vida digna.*

II. JUSTIFICACIÓN

Sobre el panorama energético actual y las alertas estructurales.

La garantía del acceso universal, continuo y asequible a la energía no solo constituye una obligación material del Estado, sino una exigencia constitucional frente a las enormes brechas sociales que existen en el país. Según la segunda edición del Índice Multidimensional de Pobreza Energética (IMPE), presentada por Promigas con datos de 2023, 8,4 millones de personas en Colombia, aún viven en condiciones de pobreza energética. Esto significa que millones de hogares carecen de un acceso en condiciones adecuadas a servicios energéticos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas; dentro de las cuales se incluyen la iluminación, cocción de alimentos, refrigeración, conectividad y calefacción.

Aunada a esta situación, los índices de pobreza energética en Colombia evidencian un panorama preocupante en la ruralidad. Según el Índice Multidimensional, las cifras en las zonas rurales del país se agudizan en comparación con las zonas urbanas, donde alcanza un porcentaje del 47,9 %, representando así, una incidencia once veces mayor que en los centros urbanos (4,3 %). Adicionalmente, la desigualdad territorial también se manifiesta a nivel departamental, con diferencias de hasta 86 puntos porcentuales entre los departamentos con menor y mayor afectación (1,8 % frente a 88,7 %).

A esta situación, se suma una creciente crisis energética caracterizada por la disminución de las reservas nacionales de gas natural, la falta de nuevos proyectos de exploración, y la inminente necesidad de recurrir a importaciones para solventar la demanda interna. Esta crisis se ha convertido, no solo en un riesgo para la continuidad del servicio, sino que también se ha traducido en un encarecimiento sostenido de las tarifas que afecta con mayor intensidad al consumidor final y, consecuentemente, a los hogares más vulnerables. Los obstáculos para garantizar un acceso regular, asequible y suficiente a la energía en todo el territorio nacional representan una amenaza directa a la equidad territorial, al bienestar ciudadano y al desarrollo económico, e impone al Estado la necesidad de adoptar un enfoque estructural y constitucional que asegure la seguridad energética como garantía fundamental.

Actualmente, Colombia enfrenta una debilidad estructural creciente en su matriz energética, derivada de (i) su fuerte dependencia de los combustibles fósiles y (ii) la falta de inversiones que aseguren la autosuficiencia futura del país. En 2022, el 75,2% de la demanda energética total fue cubierta por el petróleo, gas natural y el carbón. Aunque la matriz eléctrica es mayoritariamente hídrica (alrededor del 70% de la generación proviene del agua), esta representa solo un 12,3% de la matriz energética total, ya que sectores como el transporte y la industria dependen, en su mayoría, de hidrocarburos. A esto se suma el impacto del cambio climático, que ha alterado los patrones de lluvia, afectando la generación hidroeléctrica y poniendo en riesgo la estabilidad del sistema. Se ha documentado que estos eventos extremos —como el fenómeno de El Niño— exigen mayor respaldo térmico para garantizar la continuidad del servicio.

En este escenario, se vuelve imprescindible repensar el modelo energético colombiano a raíz de una tendencia preocupante: la caída sostenida de la inversión en exploración y producción de hidrocarburos. Esta disminución ha comprometido gravemente la reposición de reservas y la capacidad del país para garantizar su autosuficiencia energética en el mediano plazo. En 2024, la inversión en actividades exploratorias descendió un 14 % con respecto al año anterior, situándose en USD 900 millones. Por otra parte, las proyecciones para 2025 anticipan una nueva contracción del 18 %, alcanzando apenas USD 740 millones (la cifra más baja de los últimos cuatro años). Esta situación ha venido acompañada de una reducción en el número de pozos perforados, así como el agotamiento de campos maduros, la dilación de operaciones en proyectos estratégicos como Sirius, previsto para después de 2029, y la disminución en la incorporación de reservas probadas, lo que limita la capacidad del Estado para cubrir la demanda interna con producción nacional y lo expone a una dependencia creciente de importaciones a costos significativamente más altos.



Ilustración 1. Elaboración de Asociación Colombiana del Petróleo y Gas. Fuente: Informe económico- Tendencias de Inversión E&P en petróleo y gas 2024 y perspectivas 2025. Asociación Colombiana Del Petróleo Y Gas

Es así, como los diferentes actores del sector han alertado que la actividad exploratoria está en cuenta regresiva: de mantenerse esta tendencia, Colombia podría llegar a 2030 sin nuevas actividades exploratorias en curso, situación que comprometería de manera crítica la reposición de reservas y, con ello, la sostenibilidad del abastecimiento energético nacional. Esta proyección no solo anticipa una mayor dependencia de las importaciones —en un contexto de creciente volatilidad de precios internacionales—, sino que también representa una amenaza estructural para la seguridad energética, la autonomía fiscal y la equidad territorial. Sin producción nacional suficiente, el país perderá capacidad para enfrentar contingencias climáticas o geopolíticas, afectando, principalmente, a los hogares,

especialmente a los más vulnerables, que ya enfrentan preocupantes niveles de pobreza energética.

De manera paralela, la disminución en la producción nacional de gas natural agrava las condiciones estructurales del sistema energético. Las proyecciones para 2025 indican una reducción del 6 % en los volúmenes comercializados frente al año anterior, alejando al país de su meta de sostenibilidad y acercándose a un escenario de déficit estructural, Según estimaciones del sector, este faltante podría alcanzar el 20 % en 2026 y escalar hasta el 50 % hacia el año 2030. Las consecuencias de esta tendencia incluyen: el aumento en los precios finales del servicio, mayor presión sobre las finanzas públicas por la caída de ingresos provenientes de regalías e impuestos, pérdida de autonomía estratégica y debilitamiento de la inversión social en regiones productoras.

Como reflejo concreto de esta realidad, en lo corrido de 2025 el país ha tenido que importar diariamente cerca de 170 GBTUD de gas natural, un volumen equivalente al consumo total diario del departamento del Atlántico. Esta dependencia, en el suministro externo, también tiene efectos inflacionarios inmediatos. Según estimaciones de Fedesarrollo, importar tan solo el 50 % del gas requerido podría generar aumentos tarifarios de entre el 12 % y el 46 % en ciudades principales, con impactos desproporcionados en sectores residenciales y pequeñas industrias.

Como consecuencia directa de esta situación, millones de hogares colombianos se han enfrentado —desde el primer trimestre de 2025— a un encarecimiento sostenido e incontrolado de sus facturas de energía, afectando su capacidad para cubrir necesidades básicas. El alza en las tarifas —derivada de la dependencia de importaciones, la menor oferta interna y la volatilidad del mercado internacional— impactan en mayor volumen a los sectores de menores ingresos, agravando la pobreza energética. Esta condición no se limita a la falta total de acceso al servicio, sino que incluye la imposibilidad de mantener un uso suficiente, regular y asequible de la energía para actividades esenciales del hogar.

La pobreza energética, en este contexto, se convierte en un factor de exclusión que impide el ejercicio pleno de derechos fundamentales como la salud, la educación, la alimentación y la participación en la vida económica y social. Los efectos de esta crisis ya son tangibles para millones de familias colombianas. Solo en los primeros meses de 2025, empresas como Vanti reportaron incrementos de hasta el 36 % en las facturas de gas, principalmente por la necesidad de acudir al gas importado para abastecer la demanda de hogares, comercios y vehículos.

Estos aumentos, derivados del mayor costo de la molécula importada y del transporte desde el Caribe hasta el interior del país, son consecuencia de una fórmula tarifaria que se ve afectada por la creciente escasez de producción nacional. El impacto es doble: por un lado, se genera presión sobre el Índice de Precios al Consumidor (IPC), encareciendo bienes y servicios esenciales; y por otro, se limita el uso doméstico de la energía en labores cotidianas como cocinar, conservar alimentos, estudiar o teletrabajar, así como afecta actividades diarias que implican transporte y movilidad, lo cual agudiza la exclusión social y empuja a más hogares a condiciones de pobreza energética estructural.

Por otra parte, las consecuencias no se limitan al ámbito residencial. Los sectores industriales y los pequeños comercios también se han visto fuertemente afectados por esta situación. Para muchos negocios —pequeñas empresas, restaurantes, panaderías— se ha vuelto económicamente insostenible el pago de las facturas, afectando su operatividad y competitividad. A esto se suma la implementación de medidas excepcionales como el racionamiento de gas, decretado por el Ministerio de Minas y Energía. Aunque se anunció que el suministro residencial no sería interrumpido, las restricciones impuestas al sector industrial, especialmente en los departamentos de Bolívar, Magdalena, Atlántico, La Guajira, Cesar, Córdoba, Sucre y San Andrés, evidenciaron la fragilidad del sistema y generaron costos adicionales por la paralización temporal de actividades productivas.

Asimismo, esta situación enmarca otras consecuencias adversas como la estabilidad fiscal del país. La producción nacional de hidrocarburos ha sido históricamente una fuente relevante de ingresos para el Estado a través del sistema general de regalías, impuestos a la renta y dividendos de empresas como Ecopetrol. La reducción de estos flujos, causada por la caída de la producción y el menor dinamismo del sector, afectará directamente la capacidad del Estado para financiar inversiones públicas en salud, educación, infraestructura, vivienda y programas sociales, especialmente en las regiones productoras, donde los ingresos por regalías son esenciales para el cierre de brechas territoriales.

De igual forma, las consecuencias económicas incluyen efectos contractivos sobre la economía y el empleo. Solo en 2024, la disminución de actividad del sector generó más de 3.000 empleos menos en las regiones, afectó más de $2 billones en compras a proveedores locales y detuvo la intervención de 500 km de vías terciarias, inicialmente previstas dentro de los programas de inversión social financiados por las compañías del sector. Esta situación implica un retroceso en el desarrollo regional y una pérdida de dinamismo en sectores estratégicos para la transición energética, como la infraestructura, los bienes intermedios y los servicios especializados.

Por otra parte, desde una perspectiva ambiental y estratégica, la crisis energética también compromete la gestión del recurso hídrico, toda vez que el modelo actual sigue dependiendo de una matriz hidroeléctrica vulnerable al cambio climático. La reducción de lluvias y los fenómenos extremos, como el Fenómeno de El Niño, han obligado al país a recurrir de forma urgente a fuentes térmicas y a importaciones de gas, lo cual no solo encarece el servicio, sino que también intensifica el consumo de agua en procesos de generación termoeléctrica, al tiempo que restringe la disponibilidad del recurso para consumo humano, agrícola e industrial. De este modo, la inseguridad energética se convierte también en una amenaza para la seguridad hídrica, afectando la capacidad del Estado de cumplir su obligación de proteger el ambiente y garantizar el acceso sostenible al agua.

Finalmente, en términos de seguridad nacional, se ha advertido que la actual infraestructura de importación de gas —limitada, costosa y dependiente de un único terminal de regasificación— es altamente vulnerable. Su uso exclusivo por determinados agentes restringe la competencia y somete al país a riesgos derivados de interrupciones en la cadena de suministro, tensiones geopolíticas, fluctuaciones del mercado internacional o eventos climáticos extremos. Esta dependencia externa, sin el respaldo de una política constitucional robusta que priorice la autosuficiencia, limita la soberanía del Estado en un área crítica para su estabilidad interna y su proyección de desarrollo sostenible.

Este escenario enlista los riesgos a los que se enfrenta el Estado Colombiano, incluyendo riesgos para el acceso continuo y equitativo a servicios públicos esenciales, la competitividad de los sectores productivos y la sostenibilidad fiscal del país. Frente a estos desafíos, el reconocimiento del derecho a la seguridad energética no debe entenderse únicamente como una mera declaración, sino que, por el contrario, debe entenderse como un instrumento normativo que oriente la acción estatal hacia la autosuficiencia, la equidad territorial, la resiliencia climática y la seguridad energética.

Incorporar este derecho en la normativa permitirá establecer un marco vinculante para las decisiones de política energética, garantizar la planificación a largo plazo del recurso, y proteger el interés general en un contexto global de transición, escasez e incertidumbre. Se trata, en últimas, de asegurar que la energía, como bien estratégico y condición para el ejercicio de otros derechos, esté al servicio de todos los colombianos, sin exclusiones ni retrocesos.

III. MARCO JURÍDICO RELEVANTE

El acceso a la energía debe entenderse como una condición estructural para materializar y ejercer de manera efectiva los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, en las leyes colombianas y en los tratados internacionales. En ese orden de ideas, el reconocimiento de esta garantía debe asumirse como una herramienta jurídica clave no solo para asegurar condiciones de dignidad, igualdad y bienestar material para toda la población colombiana, sino también como un instrumento estratégico para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de desarrollo sostenible, acción climática, justicia social y superación de la pobreza energética.

3.1. Objetivos y compromisos internacionales

El reconocimiento del derecho a la energía como garantía colectiva en Colombia se alinea con una serie de compromisos internacionales en materia de desarrollo sostenible, derechos humanos y lucha contra la pobreza. Estos compromisos, derivados tanto de instrumentos jurídicos como de encuentros políticos multilaterales, refuerzan la necesidad de concebir el acceso a la energía como un derecho habilitante para el ejercicio de otros derechos fundamentales y para la reducción de las desigualdades estructurales.

En primer lugar, el **Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 7 (ODS 7),** adoptado en el marco de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, establece el compromiso de "*garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos*". Es decir, que busca no solo avanzar en los objetivos de transición energética internacional, sino que también promueve la universalidad de acceso a los servicios energéticos. Este objetivo se relaciona directamente con la situación de pobreza energética en la que aún se encuentra la población colombiana—más de 8 millones de personas—, pues carecen de condiciones mínimas de acceso, calidad o continuidad del servicio.

Aunado a esto, el Objetivo 7 establece metas específicas que buscan aumentar sustancialmente la proporción de energía renovable en la matriz energética global y duplicar la tasa mundial de mejora de la eficiencia energética, lo cual coincide con los fines del presente proyecto de ley al promover una transición energética justa

que no sacrifique la seguridad del suministro y, consecuentemente, el acceso a los servicios derivados de estas actividades.

Por otra parte, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),** en su artículo 11, reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentación, vestido y vivienda, así como la promoción de una mejora continua en las condiciones de existencia. En ese orden de ideas, el acceso a servicios energéticos esenciales en condiciones de continuidad, calidad y eficiencia, comprende un requisito primario para que los hogares colombianos puedan satisfacer sus necesidades básicas, garantizar su seguridad alimentaria, preservar su salud, acceder a la educación y participar en la vida económica, social y cultural del país.

Ahora bien, el Estado colombiano ha suscrito compromisos en materia de acción climática a través del **Acuerdo de París (2015),** en el cual se reconoce la necesidad de la transformación del sector energético para cumplir con los compromisos de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero. Para cumplir con sus Contribuciones Determinadas a Nivel Nacional (NDC, por sus siglas en inglés), Colombia debe avanzar hacia una matriz energética diversificada, menos dependiente de los combustibles fósiles y resiliente frente a los efectos del cambio climático. No obstante, esta transición debe estar guiada por criterios de justicia y equidad, lo que implica garantizar el acceso seguro, asequible e ininterrumpido a la energía para todos los sectores de la población durante dicho proceso.

Finalmente, **la Declaración de Estocolmo de 1972 y la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo** consagran el derecho de los Estados no solo a explorar y utilizar sus propios recursos conforme a sus políticas ambientales, sino también a promover su derecho al desarrollo. Estos instrumentos reconocen la necesidad de responder de manera equitativa a las necesidades de las generaciones presentes y futuras, lo cual incluye garantizar el acceso a servicios esenciales que permitan el desarrollo de las actividades cotidianas de la población y aseguren una calidad de vida digna.

3.2. Marco jurídico interno

Así como fue abordado en el panorama internacional, el marco jurídico colombiano reconoce una serie de garantías que sustentan la necesidad de reconocer expresamente el derecho a la seguridad energética. Diversos mandatos constitucionales y desarrollos jurisprudenciales permiten entender la seguridad energética como un derecho implícito, necesario para la realización de otros derechos fundamentales y para la garantía del Estado social de derecho.

El **artículo 1° de la Constitución Política**, establece que Colombia es un Estado social de derecho, fundado en la dignidad humana, el trabajo y la solidaridad. Estas finalidades implican un estándar de vida mínimo que debe garantizarse para la población colombiana, pues, no puede alcanzarse sin el acceso a condiciones materiales básicas, dentro de las cuales la energía cumple un papel habilitante y transversal. Así mismo, **el artículo 2°** fija como fin esencial del Estado garantizar la efectividad de los derechos, lo cual exige, consecuentemente, remover obstáculos como la pobreza energética, que impide a millones de personas acceder a condiciones de vida dignas y equitativas y desarrollar actividades diarias estrechamente relacionadas con su alimentación, salud y trabajo.

Por su parte, **el artículo 11** reconoce el derecho fundamental a la vida, el cual ha sido interpretado ampliamente por la jurisprudencia constitucional como un derecho que incluye el acceso a condiciones mínimas de existencia. A partir de esto, la jurisprudencia constitucional ha reconocido la inherente relación entre el acceso a servicios públicos (artículos 366 y siguientes de la Constitución Política) y la vida de las personas, aclarando que sin la prestación adecuada de los primeros, se atenta contra la vida misma de las personas.

Siguiendo esta misma aclaración, el **artículo 365 de la Constitución** establece que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado, y que le corresponde asegurar su prestación eficiente, oportuna y universal. En ese sentido, el acceso continuo y asequible a los servicios energéticos se erige como un componente esencial del bloque funcional de servicios públicos domiciliarios que el Estado debe garantizar, particularmente para las poblaciones marginadas o en condiciones de pobreza energética.

Finalmente, el marco constitucional reconoció la convergencia de estos intereses en su **artículo 88**, el cual dispone que la ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos, entre ellos el ambiente, la seguridad y la salubridad públicas, así como "otros de similar naturaleza que se definan en ella". Esta cláusula abierta otorga al legislador la competencia para reconocer nuevos derechos colectivos que respondan a los desafíos sociales contemporáneos, por lo que la **Ley 472 de 1998** dotó de contenido la disposición superior.

Si bien la **Ley 472 de 1998** contempla un amplio catálogo de derechos e intereses colectivos, entre los que se encuentran la moralidad administrativa, el goce del espacio público, la seguridad y la salubridad pública, así como el acceso a una infraestructura de servicios eficientes, lo cierto es que no reconoce de manera expresa la seguridad energética como un derecho autónomo y específico. Esta omisión resulta crítica, pues la energía constituye un insumo transversal y

determinante para el ejercicio de múltiples derechos fundamentales y colectivos, desde la salud y la educación hasta la protección ambiental y la seguridad pública.

La regulación vigente, al subsumir la cuestión energética en categorías generales, no permite responder con eficacia a los retos estructurales de pobreza energética, volatilidad tarifaria y dependencia externa. Por ello, se hace necesaria su incorporación explícita en el marco de la Ley 472, con el fin de otorgar herramientas jurídicas claras y efectivas para la defensa del acceso seguro, continuo y confiable a la energía como condición indispensable para el bienestar colectivo y el desarrollo nacional.

La seguridad energética encaja de manera natural en el catálogo de intereses colectivos, en tanto constituye un presupuesto indispensable para la protección del ambiente, la garantía de la salubridad pública, la promoción de la equidad social, el desarrollo económico sostenible y un conjunto de derechos y garantías fundamentales de diversa índole (salud, trabajo, vida digna). En continuo desarrollo de la disposición constitucional, este artículo permite abordar los deberes estatales derivados de la garantía de la seguridad y continuidad energética.

Bajo esta misma línea, la Corte Constitucional ha reiterado que los servicios públicos domiciliarios, entre ellos la energía eléctrica, son instrumentos esenciales para la realización efectiva de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). En Sentencia C-187 de 2020, el Tribunal sostuvo que la adecuada prestación de servicios como el agua, la energía, el gas combustible o el saneamiento básico, no solo tiene un valor operativo, sino que constituye una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos fundamentales, como la vida digna, la salud, la integridad personal y la igualdad. Particularmente, la Corte categorizó a la energía eléctrica como un "bien público esencial de carácter no transable", vinculado estrechamente al bienestar social, al desarrollo tecnológico y al funcionamiento de las actividades económicas del país. En esta línea, ha advertido sobre los impactos diferenciados de la llamada "pobreza energética", la cual afecta especialmente a comunidades vulnerables al impedirles contar con un suministro regular en sus lugares de residencia. En los términos de la Corte Constitucional, **la falta de abastecimiento de este servicio básico puede traducirse, en la práctica, en una negación material de derechos fundamentales.**

Adicionalmente, el Tribunal, en sentencia T-761 de 2015, puntualizó sobre la relevancia práctica del acceso a servicios públicos y su dimensión social — en especial en torno a la electricidad— sosteniendo lo siguiente:

> *"Participar de la riqueza económica, cultural, informática, vivir en un espacio con la adecuada calefacción, conservar y refrigerar los alimentos es posible, únicamente porque se cuenta con acceso a electricidad. Uno de los compromisos de la comunidad internacional en la superación de la miseria, está ligado con la garantía del acceso a la energía eléctrica de manera conexa con el disfrute de una vivienda adecuada. Superar la indigencia requiere, entonces, dejar atrás la pobreza energética".*

El **artículo 366** refuerza este mandato al señalar que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado, y que la inversión pública debe orientarse prioritariamente hacia la solución de las necesidades insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable. Aunque la energía no se menciona expresamente, su papel estructural en la garantía de todos esos servicios la convierte en un insumo crítico para el cumplimiento de esta finalidad superior.

En línea con lo anterior, la soberanía sobre los recursos naturales —reconocido en el **artículo 332—** dispone que el Estado es propietario del subsuelo y de los recursos naturales no renovables, lo que le otorga no solo la titularidad, sino también una responsabilidad activa en su administración, preservación y aprovechamiento eficiente, en función del desarrollo económico y social del Estado. Este principio debe actualizarse a los desafíos contemporáneos, estableciendo con claridad que la energía debe ser entendida como un bien estratégico de interés público, necesarios para la reducción de brechas sociales marcadas por el acceso ineficiente y desigual a servicios básicos.

Por tanto, a partir del marco constitucional vigente, posteriormente desarrollado por medio de la Ley 472 de 1998, se concluye que el reconocimiento explícito del derecho a la energía y de la seguridad energética como derecho colectivo permitiría fortalecer el ordenamiento jurídico, dotando al Estado de una herramienta robusta

para cumplir sus fines esenciales y garantizar la justicia territorial, social y climática. Este reconocimiento contribuiría, además, a consolidar una política energética articulada con el interés general, blindando a las poblaciones frente a políticas regresivas, decisiones arbitrarias o fluctuaciones del mercado que puedan afectar el suministro necesario para la prestación de estos servicios esenciales, y garantizando que las decisiones en materia energética respondan a principios de equidad, continuidad y asequibilidad.

IV. ESTUDIOS DE DERECHO COMPARADO

Reconociendo la necesidad de acudir a experiencias internacionales que permitan conocer el tratamiento normativo, jurisprudencial e institucional que otros Estados han dado a esta materia, resulta pertinente examinar modelos constitucionales y legislativos comparados que han incorporado el acceso a la energía o la seguridad energética como garantías fundamentales o han buscado proteger la seguridad energética por medio de disposiciones normativas.

4.1. Polonia: priorización legal de la seguridad energética frente a la pobreza energética.

El caso de Polonia ejemplifica cómo las prioridades constitucionales pueden transformarse en respuesta a crisis energéticas, reconociendo la erradicación de la pobreza energética como un objetivo fundamental del Estado, que requiere de acciones inmediatas y balanceadas. A raíz de las cambiantes condiciones geopolíticas europeas y la creciente presión sobre el sistema energético nacional, el gobierno polaco reconfiguró su marco normativo para situar la seguridad energética al mismo nivel que otros derechos sociales, con un enfoque centrado en la garantía del acceso a fuentes básicas de energía, especialmente para la población más vulnerable. La legislación polaca más reciente contempla medidas excepcionales —como la flexibilización de estándares de calidad del carbón y la autorización de su distribución a hogares— con el fin de evitar que sectores amplios de la población caigan en situaciones de pobreza energética. Estas reformas, se justifican desde una lógica de derechos fundamentales que concibe el acceso a la energía como condición habilitante para ejercer otros derechos básicos como la salud, la educación y la vida digna.

De acuerdo con la doctrina constitucional polaca, esta prioridad no niega los principios de desarrollo sostenible ni la protección ambiental, sino que busca compatibilizar ambos objetivos reconociendo que la seguridad energética constituye un prerrequisito material para el ejercicio de derechos fundamentales y para la cohesión social. De esta forma, el marco normativo polaco priorizó dentro de sus fines la promoción de seguridad energética y la materialización de condiciones mínimas de vida para su población. Esta experiencia demuestra la relevancia de incorporar en los textos constitucionales herramientas jurídicas que permitan responder con flexibilidad ante emergencias, sin desproteger a las poblaciones más afectadas ni comprometer el interés general.

4.2. Alemania: reconocimiento constitucional del suministro energético como actividad de interés social.

El caso alemán comprende otro ejemplo de reconocimiento constitucional a la seguridad energética. En el país europeo, la seguridad energética ha adquirido un estatus constitucional indirecto, al ser considerada por el Tribunal Constitucional Federal como un valor estrechamente vinculado con la dignidad humana, la provisión de servicios públicos esenciales y la soberanía estatal. Si bien no existe una disposición constitucional expresa que consagre el derecho a la energía, la jurisprudencia alemana ha interpretado que la protección del suministro energético se enmarca **dentro de los deberes del Estado social** (*Sozialstaat*) consagrados en el artículo 20 de la Ley Fundamental.

El Tribunal ha sostenido que el Estado tiene la obligación de garantizar un nivel mínimo de servicios que hagan posible una existencia digna, lo cual incluye el acceso suficiente, continuo y asequible a la energía. Esta interpretación se refuerza en contextos de crisis, como quedó evidenciado durante las tensiones del suministro de gas en Europa derivadas de conflictos internacionales, donde el principio de "seguridad energética" fue elevado a un interés público constitucionalmente relevante.

Alemania ha desarrollado políticas energéticas articuladas no sólo desde la perspectiva de la sostenibilidad y la transición energética (Energiewende), sino también desde la necesidad de preservar la cohesión social y la estabilidad económica. Así, medidas como la diversificación de fuentes, el fortalecimiento de redes energéticas descentralizadas y el respaldo estatal en momentos de volatilidad han sido justificadas como mecanismos constitucionalmente legítimos para salvaguardar un bien público esencial.

El caso alemán, evidencia que el acceso a la energía y la seguridad energética han dejado de ser asuntos meramente técnicos o de política sectorial, para convertirse en componentes estructurales del orden constitucional moderno. Lejos de tratarse de un privilegio económico o una prestación condicionada al mercado, el suministro energético se ha posicionado como una garantía indispensable para proteger la vida digna, asegurar la igualdad sustantiva y fortalecer la resiliencia de los Estados frente a crisis climáticas, geopolíticas y sociales.

El reconocimiento de la energía como un derecho, o al menos como un valor constitucional protegido, ha permitido que estos países formulen respuestas más eficaces, coherentes y justas ante escenarios de emergencia, evitando retrocesos en derechos adquiridos y garantizando un
enfoque equilibrado entre sostenibilidad ambiental, desarrollo económico y protección social. Estas lecciones comparadas demuestran que constitucionalizar el acceso a la energía no solo es jurídicamente viable, sino estratégicamente necesario para dotar al Estado de herramientas robustas frente a los desafíos de la transición energética, la justicia territorial y la reducción de las desigualdades.

V. MARCO JURÍDICO DE COMPETENCIA

Dentro de las disposiciones constitucionales que contemplan las funciones y competencia del Congreso de la República, la Constitución Política de 1991, es clara en señalar en su artículo 114:

> *"Artículo 114. Corresponde al Congreso de la República, reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.*
> *El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes.*

VI. DISPOSICIONES LEGALES:

Frente a las disposiciones legales, encontramos desarrollo legislativo de la Ley 3 de 1992, Ley 5 de 1992 y la Ley 754 de 2002, que regulan elementos complementarios frente a las funciones legales del Congreso de la República, es así como:

La Ley 5 de 1992, en su capítulo VII señala el proceso legislativo constituyente de esta corporación:

> *"ARTÍCULO 6. CLASES DE FUNCIONES DEL CONGRESO. El Congreso de la República cumple:*
>
> *(...)*
>
> *2. Función legislativa, para elaborar, interpretar, reformar y derogar las leyes y códigos en todos los ramos de la legislación.*
> *(...)*
>
> *ARTÍCULO 139. PRESENTACIÓN DE PROYECTOS. Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus plenarias.*
>
> *ARTÍCULO 140. INICIATIVA LEGISLATIVA. Pueden presentar proyectos de ley:*
>
> *1. Los Senadores y Representantes a la Cámara.*
> *2. El Gobierno Nacional, a través de los Ministros del Despacho.*
> *3. La Corte Constitucional.*
> *4. El Consejo Superior de la Judicatura.*
> *5. La Corte Suprema de Justicia.*
> *6. El Consejo de Estado.*
> *7. El Consejo Nacional Electoral.*
> *8. El Procurador General de la Nación.*
> *9. El Contralor General de la República.*
> *10. El Fiscal General de la Nación.*
> *11. El Defensor del Pueblo"*

VI. CONFLICTO DE INTERÉS

De conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica parcialmente el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, el presente Proyecto de Ley no contempla circunstancias que configuren posibles conflictos de interés por parte de sus autores. En consecuencia, no se identifican situaciones que puedan afectar la imparcialidad en la discusión y votación de esta iniciativa legislativa, en los términos previstos por la normativa vigente sobre impedimentos y conflictos de interés en el trámite parlamentario.

Por otro lado, la Ley 754 de 2002, "Por la cual se modifica el artículo segundo de la Ley 3a. de 1992, en cuanto a la composición de las Comisiones Constitucionales Permanentes." señala:

> *"ARTÍCULO 1o. El artículo segundo de la Ley 3a. de 1992, quedará así:*

Artículo 2o. Tanto en el Senado como en la Cámara de Representantes funcionarán Comisiones Constitucionales Permanentes, encargadas de dar primer debate a los proyectos de acto legislativo o de ley referente a los asuntos de su competencia."

VII. IMPACTO FISCAL

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, se aclara que el presente Proyecto de Ley no genera impacto fiscal. En concepto de los autores, la propuesta no implica la creación de nuevas cargas presupuestales ni requiere asignaciones adicionales a las ya previstas en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, ni modifica las fuentes de financiación existentes del Presupuesto General de la Nación.

No obstante, se estará a lo que señalen los conceptos técnicos emitidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público durante el trámite legislativo, conforme a los principios de responsabilidad fiscal y sostenibilidad de las finanzas públicas.

Cordialmente,

EIMY JULIETH SUÁREZ GONZALEZ	**JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ**
Representante a la Cámara Norte de Santander	Senador de la República
HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO	
Senador de la República	

BIBLIOGRAFÍA

Clavijo, L. J. R. (2025, febrero 20). ¿Qué tanto afecta el incremento de las facturas de gas al usuario final? Portafolio.co. https://www.portafolio.co/energia/que-tanto-afecta-el-incremento-de-las-facturas-de-gas-al-usuario-final-62430

ComunicacionesAFE. (2024, November 13). Pobreza energética: una lucha silenciosa para 9,6 millones en Colombia. AFE Colombia. https://afecolombia.org/pobreza-energetica-fundacion-promigas/

Doktór-Bindas, K. & The John Paul II Catholic University of Lublin. (2022). TO a CLEAN ENVIRONMENT OR THE RIGHT TO ENERGY SECURITY – THE CHANGE OF CONSTITUTIONAL PRIORITIES. TORUŃSKIE STUDIA POLSKO-WŁOSKIE XVIII / 1. STUDI POLACCO-ITALIANI DI TORUŃ XVIII. https://apcz.umk.pl/TSP-W/article/download/44380/35728

Energy security as a constitutionally protected value. (2024). In Constitutional Discussions on Nuclear Energy in Germany (1st ed., pp. 24–63). University of Warsaw. https://www.taylorfrancis.com/reader/read-online/e64b54d4-c71b-4e3d-bc32-97bbef9fe520/chapter/pdf?context=ubx

IMPE 2023 - Fundación Promigas. (2024, diciembre 26). Fundación Promigas. https://fundacionpromigas.org.co/impe-2023/

Informe económico- Tendencias de Inversión E&P en petróleo y gas 2024 y perspectivas 2025. (n.d.). Asociación Colombiana Del Petróleo Y Gas, ACP. https://acp.com.co/portal/download/informe-economico-tendencias-de-inversion-ep-en-petroleo-y-gas-2024-y-perspectivas-2025/

Sentencia T-401 de 2022 - Corte Constitucional. (2022, noviembre 16). Magistrado Ponente Jose Fernando Reyes Cuartas. Expediente T-8.860.578.

Sentencia C-187 de 2020 - Corte Constitucional. (2020, junio 18). Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger. Expediente RE-261.

Sentencia T-761 de 2015 - Corte Constitucional. (2015, diciembre 11). Magistrada Ponente Alberto Rojas Ríos. Expediente T- 5.073.877.

Unidad de Planeación Minero energética. (2023). Plan Energético Nacional (PEN) 2022 - 2052. Ministerio de Minas y Energía. https://www1.upme.gov.co/DemandayEficiencia/Documents/PEN_2020_2050/Actualizacion_PEN_2022-2052_VF.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL / RADICACIÓN DE PROYECTOS

[ ] PROYECTO DE LEY (P.L.) No.: 259/26

[ ] PROYECTO ACTO LEGISLATIVO (PAL) No.:

FECHA: 23 / 09 / 2026 FOLIOS:

AUTOR(ES):

FIRMA SECRETARIO GENERAL

SECCIÓN DE LEYES
SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 23 de Septiembre de 2026

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.259/26 Senado "**POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 472 DE 1998 PARA ADICIONAR LA SEGURIDAD ENERGÉTICA COMO DERECHO E INTERÉS COLECTIVO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**", me permito rendir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada en día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores JUAN FERNANDO ESPINAL RAMÍREZ, HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO, y las Honorables Representantes EIMY JULIETH SUÁREZ GONZÁLEZ, EAMIR EDUARDO RAJS CHARMS. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **PRIMERA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – SEPTIEMBRE 23 DE 2026

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el presente Proyecto de Ley a la Comisión **PRIMERA** Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

PROYECTO DE LEY NÚMERO 260 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se dictan disposiciones para la adopción obligatoria de la Política Nacional de Salud Sanguínea y la implementación territorial de la Gestión de la Sangre del Paciente y se dictan otras disposiciones.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

Partido de la Unión por la gente.

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Senado de la República

Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se dictan disposiciones para la adopción obligatoria de la Política Nacional de Salud Sanguínea y la implementación territorial de la Gestión de la Sangre del Paciente y se dictan otras disposiciones"*

Respetado doctor González:

En concordancia con en el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia y con el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, en nuestra condición de Congresistas de la República nos permitimos radicar ante la Secretaría General del Senado de la República, el Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se dictan disposiciones para la adopción obligatoria de la Política Nacional de Salud Sanguínea y la implementación territorial de la Gestión de la Sangre del Paciente y se dictan otras disposiciones"*

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley.

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

HONORIO HENRIQUEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

PROYECTO DE LEY No. ____ DE 2026

"Por medio de la cual se dictan disposiciones para la adopción obligatoria de la Política Nacional de Salud Sanguínea y la implementación territorial de la Gestión de la Sangre del Paciente y se dictan otras disposiciones"

Capítulo I

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1°. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones para la adopción obligatoria y progresiva, en todo el territorio nacional, de la Política Nacional de Salud Sanguínea, orientada a promover, proteger y recuperar la salud sanguínea de la población del territorio colombiano, mediante la implementación de un modelo integral de atención, para la Gestión de la Sangre del Paciente que garantice la seguridad y calidad de la atención en salud, reducir los riesgos clínicos y optimizar el uso de hemocomponentes bajo principios de costo-efectividad y eficiencia sanitaria.

Esta política comprende estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia y las deficiencias nutricionales, la reducción de pérdidas sanguíneas y coagulopatías, y el uso racional de los componentes sanguíneos, con especial prioridad en los pacientes pediátricos, obstétricos, quirúrgicos, traumáticos y críticos. Así mismo, busca garantizar el acceso universal, continuo y equitativo a los servicios relacionados con la salud sanguínea en todos los niveles de atención.

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente ley serán de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional y aplicarán para todos los actores del sistema de salud, y en particular:

a) Entidades rectoras y autoridades de inspección, vigilancia y control del sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de promover, fomentar, desarrollar, supervisar la ejecución y vigilancia de los programas de Gestión de la Sangre del Paciente (GSP) en instituciones hospitalarias y prestadoras del servicio de salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, el INVIMA, Superintendencia Nacional de Salud y las autoridades territoriales competentes para asegurar el cumplimiento de esta ley.

b) Las entidades o actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien sean públicos o privados, incluyendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las que hagan sus veces. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE) o las que hagan sus veces en cualquiera de sus niveles, cualquiera que sea su forma de organización o articulación, tales como redes de atención, entre otros; así como los Gestores Farmacéuticos, Bancos de Sangre, y Laboratorios Clínicos.

Tienen la obligación de apoyar, crear y fomentar las Unidades o Comités Institucionales de Gestión de la Sangre del Paciente que trabajarán conjuntamente con los Comités transfusionales en la evaluación de los indicadores clave de desempeño y gestión clínica, parámetros de hemovigilancia y política transfusional, así como el establecimiento de los mecanismos de reporte y seguimiento entre áreas institucionales. Además, desarrollarán planes de capacitación del talento humano, auditoría de los indicadores transfusionales y

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

adopción de guías en GSP. Así mismo, reportarán los indicadores clave de desempeño que defina el Ministerio de Salud y Protección Social a las autoridades territoriales según la temporalidad establecida por el Consejo Nacional de GSP.

c) Los entes territoriales departamentales, distritales y municipales, que deberán incorporar, desarrollar, implementar y cumplir o ejecutar la Política Nacional en Salud Sanguínea y Gestión de la Sangre del Paciente (GSP) en sus planes, programas y acciones de salud pública, atención materna y del niño, atención quirúrgica, manejo del trauma, enfermedades crónicas y salud comunitaria. Serán responsables de consolidar datos sobre prevalencia de anemia, uso de componentes sanguíneos y demás indicadores de desempeño hospitalario (ICD), como fuente para el Observatorio Nacional de Salud Sanguínea.

d) Las instituciones de educación superior, técnicas y tecnológicas, que ofrezcan programas en ciencias de la salud, deberán fomentar dentro de sus currículos los fundamentos clínicos, preventivos, diagnósticos, éticos y de gestión necesarios y pertinentes para el cumplimiento de la presente ley y el desarrollo, implementación y ejecución relacionados con la GSP.

e) El Instituto Nacional de Salud dictará las políticas de coordinación y aseguramiento de las políticas públicas en Salud Sanguínea de la población, manteniendo sus funciones de coordinación técnica y establecimiento de los criterios de trazabilidad para la identificación de territorios con alto riesgo de pobre salud sanguínea y las políticas de hemovigilancia, de conformidad con la normatividad vigente sobre la materia, en cuanto a bancos de sangre, procesamiento, almacenamiento y transporte de sangre, componentes y hemoderivados.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, lo relacionado con las modificaciones pertinentes al sistema obligatorio de garantía de la calidad o el que lo modifique o sustituya , así como los lineamientos técnicos, indicadores, y criterios de evaluación de la Política Nacional en Salud Sanguínea y Gestión de la Sangre del Paciente, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Establecerá los plazos de implementación en los diferentes actores del sistema de salud.

ARTÍCULO 3°. DEFINICIONES. Para efectos de la presente ley, se entenderá por:

a) **Comités Transfusionales:** Órganos intrahospitalarios de carácter técnico y permanente, encargados de establecer, supervisar y evaluar las políticas locales de uso de hemocomponentes. Su función principal es garantizar la seguridad transfusional mediante la vigilancia de las indicaciones médicas, la reducción de riesgos asociados y el seguimiento de eventos adversos (hemovigilancia), actuando como enlace directo entre el banco de sangre y los servicios asistenciales.

b) **Componentes sanguíneos:** Fracciones de la sangre utilizadas con fines terapéuticos, como glóbulos rojos, plaquetas, plasma, crioprecipitados, entre otros.

c) **Consejo Nacional de GSP:** Órgano intersectorial técnico-consultivo del Ministerio de Salud encargado de dirigir y supervisar la implementación nacional de la GSP. Estará conformado por representantes de diferentes actores del sistema de salud, de acuerdo a lo establecido en la

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

presente ley. Sus funciones incluirán la definición de metas nacionales de salud sanguínea, la coordinación interinstitucional y la supervisión de indicadores de desempeño.

d) **Gestión de la Sangre del Paciente (GSP):** Modelo integral centrado en el paciente, multidisciplinario y multiprofesional de atención sanitaria, orientado a prevenir y tratar la anemia, optimizar la hemostasia y minimizar las pérdidas sanguíneas a partir de estrategias que reduzcan la necesidad de transfusiones y mejorando los resultados clínicos y económicos de los pacientes y la sostenibilidad del sistema de salud.

e) **Guía de Implementación de la GSP:** Documento técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que orienta a los Estados Miembros en la adopción, ejecución y evaluación de programas nacionales e institucionales de Gestión de la Sangre del Paciente (Patient Blood Management, PBM), con base en principios de evidencia, ética y economía de la salud.

f) **Guía de Práctica Clínica:** Documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.

g) **Hemocomponentes:** Productos derivados de la sangre total mediante procesos de separación, destinados a fines terapéuticos, tales como glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitados y otros componentes sanguíneos. Su uso debe regirse por criterios clínicos, protocolos técnicos y políticas de seguridad transfusional, conforme a la normatividad vigente.

h) **Implementación Institucional de GSP:** Conjunto de acciones estructuradas para integrar la GSP en los procesos asistenciales y administrativos de las instituciones de salud y demás actores del sistema de salud, a través de cuatro dimensiones principales:

i) **Educación:** Los programas de formación en ciencias de la salud y las instituciones de salud promoverán las competencias y habilidades para una adecuada integración del GSP. Así mismo se incentivará la formación continua y certificación de equipos clínicos y administrativos en GSP.

j) **Gestión de datos:** creación de sistemas de recolección, análisis y reporte de indicadores clave de desempeño clínico y administrativo.

k) **Gestión documental:** desarrollo y actualización de guías, protocolos y políticas basadas en evidencia para la correcta ejecución e integración de las estrategias de GSP.

l) **Comunicaciones:** relacionadas con las estrategias internas y externas de información, que propendan por el empoderamiento del paciente y la educación comunitaria en la búsqueda y preservación de la salud sanguínea.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

m) **Indicadores Clave de Desempeño (ICD):** Conjunto de medidas y métricas cuantitativas y cualitativas que permiten evaluar la implementación, madurez e impacto de los programas de GSP, en los dominios de estructura, proceso y resultado.

n) **Pacientes en riesgo sanguíneo:** Personas que, por condiciones nutricionales, clínicas o procedimientos médicos, diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos, presentan riesgo aumentado de anemia, pérdida de sangre o coagulopatía.

o) **Rutas clínicas y administrativas en salud sanguínea:** Conjunto de procesos clínicos, administrativos, diagnósticos y logísticos, estructurados para garantizar la detección oportuna y el manejo integral de la anemia, las deficiencias de micronutrientes y las pérdidas sanguíneas, desde el primer nivel de atención hasta la atención hospitalaria de alta complejidad.

p) **Salud sanguínea:** Estado óptimo de los componentes y funciones del tejido sanguíneo de la persona, alcanzado mediante políticas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones hematológicas, nutricionales y hemostáticas que impactan la salud individual y colectiva.

q) **Unidades o Comités de Gestión de la Sangre del Paciente (UGSP):** Equipos o comités institucionales multiprofesionales encargados de coordinar la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones en Salud Sanguínea y GSP en hospitales e instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas unidades actuarán de manera conjunta y coordinada con los Comités Transfusionales para asegurar la alineación entre la gestión clínica de la sangre del paciente y las políticas de seguridad transfusional y hemovigilancia.

CAPÍTULO II

Rutas Clínicas, Coordinación Y Gobernanza

ARTÍCULO 4°. Rutas clínicas y administrativas integrales. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la creación, operación y seguimiento de rutas clínicas y administrativas integrales en salud sanguínea, que deberán incluir como mínimo los siguientes componentes:

a) **Ruta universal para la detección y manejo de la anemia y deficiencias de micronutrientes:** que incluya la detección sistemática de la anemia y los déficits carenciales y el acceso a tratamientos para el manejo estandarizado del déficit de hierro y otros micronutrientes, así como a agentes estimulantes de la eritropoyesis en población general y grupos de riesgo (niños, mujeres gestantes, adultos mayores y pacientes quirúrgicos). Su ejecución estará complementada por estrategias de educación poblacional y estrategias de salud pública para prevención.

b) **Ruta universal para la prevención y atención de la hemorragia severa obstétrica y periparto:** que incluya la creación y adopción de protocolos de estabilización, hemostasia dirigida y manejo de choque hemorrágico; la disponibilidad oportuna de uterotónicos, antifibrinolíticos, concentrados de factores y estrategias para garantizar las políticas nacionales de hemovigilancia transfusional; y la activación de comités territoriales de morbilidad materna extrema y de revisión de eventos adversos.

c) **Ruta hospitalaria para la atención del paciente de cirugía mayor y trauma:** que garantice la creación de servicios para el diagnóstico y el manejo integral de la anemia perioperatoria y la recuperación de la salud sanguínea en el niño y el adulto; la implementación de medidas para el diagnóstico rápido y el control temprano del sangrado y las alteraciones de la coagulación; y su integración con sistemas de emergencia, transporte asistencial y centros de trauma.

d) **Ruta para el paciente crítico:** que incluya la prevención y el manejo de la anemia adquirida en UCI; la optimización de la oxigenación y reducción de la pérdida iatrogénica de sangre; y las estrategias de conservación sanguínea y tolerancia fisiológica a la anemia.

e) **Ruta de registros asistenciales** que permitan la interoperabilidad y la trazabilidad de la atención sanitaria y que incluya los aspectos correspondientes al consentimiento informado.

f) **Ruta de educación del paciente y del personal en salud,** que deberá contar con una certificación inicial de formación en el programa de GSP que tendrá una vigencia hasta de dos años y posteriormente deberá contar con constancia de asistencia en actividades de formación continua en GSP, la cual deberá renovar cada dos años.

Parágrafo 1°. Las rutas deberán estar articuladas con los Planes Territoriales de Salud, los Comités Seccionales y Nacionales para el control del Ejercicio de la Anestesiología, así como con los aspectos relacionados con las Políticas de Seguridad del Paciente y los Planes de Emergencia Hospitalaria, garantizando su aplicación en instituciones públicas y privadas.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Indicadores ICD, trazadores de calidad y resultados clínicos destinados a medir la efectividad, cobertura, madurez y sostenibilidad de las rutas clínicas territoriales en Salud Sanguínea y GSP. Dichos indicadores deberán alinearse con los dominios propuestos por la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento de la implementación de los programas de GSP e incluir, como mínimo, la prevalencia de anemia preoperatoria, el porcentaje de pacientes evaluados y tratados con hierro u otras terapias para el manejo de la anemia, las tasas de transfusión ajustadas por grupos diagnósticos o procedimientos, la frecuencia de complicaciones hemorrágicas y eventos adversos relacionados con la transfusión, así como los días promedio de estancia hospitalaria y otros indicadores de eficiencia clínica y económica que reflejen la mejora continua en la gestión de la sangre y los resultados en salud.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social será el responsable de garantizar la expedición de las rutas señaladas en este artículo de acuerdo a la reglamentación que expida, la cual realizará en articulación con el Instituto Nacional de Salud y el Consejo Nacional de GSP. Será el responsable de actualizarlas, modificarlas o establecer otras rutas adicionales a las contempladas, siempre y cuando cumpla con el objeto de la presente ley y en los términos de la misma.

Parágrafo 4°. El cumplimiento de estas rutas estará incluido en la normatividad relacionada con las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

ARTÍCULO 5°. Gobernanza y coordinación interinstitucional. Con el fin de garantizar la ejecución efectiva de la presente ley, se establecerá el Sistema Nacional de Salud Sanguínea (SNSS), bajo la responsabilidad y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social e integrado por los niveles de gobernanza en el ámbito nacional, departamental y distrital y asistencial.

El nivel nacional estará integrado por el Consejo Nacional de la Gestión de la Sangre del Paciente y el Observatorio Nacional de Salud Sanguínea. El nivel departamental y distrital estará integrado por las Entidades territoriales correspondientes. El nivel asistencial estará integrado por las instituciones prestadoras de servicios de salud, Empresas Sociales de Estado, centros asistenciales o de atención en salud de cualquier naturaleza y deberán implementar las Unidades o Comités Institucionales de Gestión de la Sangre del Paciente.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá establecer incentivos técnicos, financieros o de otra índole para las instituciones que acrediten avances en la implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente y en la mejora de los desenlaces clínicos asociados. Así mismo, el Gobierno Nacional podrá promover la creación de infraestructura y estrategias orientadas al fortalecimiento de la autosuficiencia y seguridad sanguínea, incluyendo alternativas pertinentes tales como plantas de acopio y fraccionamiento de plasma, y la modernización de los sistemas de procesamiento, almacenamiento y trazabilidad de eritrocitos y otros componentes sanguíneos, de conformidad con los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad transfusional.

ARTÍCULO 6°. Del Consejo Nacional de la Gestión de la Sangre del Paciente. Créase el Consejo Nacional de la GSP, como un organismo asesor y consultivo del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas a dirigir y supervisar la implementación nacional de la GSP

Estará integrado por los siguientes miembros con voz:

1. Ministro de la Salud y Protección Social o el Viceministro delegado
2. Ministro de Educación Nacional o el Viceministro delegado
3. Un Delegado de las IPS
4. Un Delegado de las EPS
5. Un Delegado de las ESE
6. Un Delegado de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
7. Un Delegado de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME
8. Un Delegado de las organizaciones de pacientes existentes en el país
9. Un Delegado del Instituto Nacional de Salud

El Consejo podrá convocar convocar como invitados a representantes de otras autoridades o entidades quienes actuarán con voz y sin voto.

Las decisiones se adoptarán a través de mecanismos de votación y se entenderán aprobadas con 5 votos.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, deberá reglamentar los mecanismos de convocatoria, criterios de postulación y criterios de elección de los delegados.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

ARTÍCULO 7°. Funciones del Consejo Nacional de la Gestión de la Sangre del Paciente.

a) Actuar como órgano consultivo del Gobierno Nacional
b) Adoptar decisiones derivadas de la Política Nacional de Salud Sanguínea y el modelo integral de atención, seguridad y calidad de la atención en salud relacionada con la Gestión de la Sangre del Paciente.
c) Definir de metas nacionales de salud sanguínea, la coordinación interinstitucional y la supervisión de indicadores de desempeño.
d) Participar en la elaboración de rutas previstas en la presente ley
e) Formular políticas, guías técnicas y lineamientos operativos en Salud Sanguínea y GSP.
f) Será el encargado de establecer las políticas de reporte, intervalos de seguimiento y medidas sanitarias derivadas de las tendencias de resultado de los ICD institucionales, territoriales y nacionales.
g) Emitir conceptos y pronunciamientos, que se denominarán acuerdos. Tendrán carácter vinculante para el Ministerio de Salud y Protección Social y por tanto éste las deberá adoptar a través de los mecanismos correspondientes, tales como la expedición de actos administrativos, circulares, según corresponda.

ARTÍCULO 8°. Observatorio Nacional de Salud Sanguínea: Créase el Observatorio Nacional de Salud Sanguínea, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de Salud Protección Social.

Aportará conocimientos e información sobre los siguientes asuntos:

a) La adopción en todo el territorio nacional de la Política Nacional de Salud Sanguínea
b) La implementación del modelo integral de atención para la Gestión de la Sangre del Paciente que garantice la seguridad y calidad de la atención en salud.
c) Los riesgos clínicos, la optimización del uso de hemocomponentes bajo principios de costo-efectividad y eficiencia sanitaria
d) La prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia y las deficiencias nutricionales
e) La reducción de pérdidas sanguíneas y coagulopatías
f) El uso racional de los componentes sanguíneos, con especial prioridad en los pacientes pediátricos, obstétricos, quirúrgicos, traumáticos y críticos.
g) Seguimiento al acceso universal, continuo y equitativo a los servicios relacionados con la salud sanguínea en todos los niveles de atención.
h) Realizar vigilancia epidemiológica, análisis de datos y evaluación de impacto cuya articulación corresponderá al Consejo Nacional de GSP.

ARTÍCULO 9º. Sanciones por incumplimiento. El incumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente ley y su reglamentación, por parte de los actores del sistema de salud, dará lugar, previo requerimiento escrito por las autoridades nacionales y territoriales competentes, con indicación del plazo para que se ajuste a las normas a las disposiciones contenidas en la presente ley, si a ello hubiere lugar, y previo el procedimiento aplicable, a la imposición de multas sucesivas, mientras persista el incumplimiento, hasta de 10 SMLMV

ARTÍCULO 10º. Implementación del GSP. El Ministerio de Salud deberá reglamentar la presente ley en un término no superior a un año, y establecerá las fases, niveles, priorización por regiones, acreditación y cumplimiento del mismo, así como los estándares mínimos en la fases y niveles de implementación.

ARTÍCULO 11º. Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

HONORIO HENRIQUEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL / RADICACIÓN DE PROYECTOS
[X] PROYECTO DE LEY (P.L.) No.: 260/26
[ ] PROYECTO ACTO LEGISLATIVO (PAL) No.:
FECHA: 23 / 09 / 2026 **FOLIOS:**
AUTOR(ES):
FIRMA SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY

Objetivo general: Adoptar la Gestión de Sangre del Paciente como política pública nacional para garantizar una óptima salud sanguínea y optimizar los resultados clínicos, bajo criterios de costo-efectividad, uso óptimo de recursos y eficiencia sanitaria.

Objetivos específicos:

- Regular la implementación progresiva de la GSP mediante rutas clínicas y administrativas universales e integrales, con indicadores de desempeño (ICD).
- Promover la formación continua y certificación periódica del talento humano en salud para la GSP, respetando la autonomía universitaria.
- Integrar la GSP con los sistemas de habilitación, auditoría, hemovigilancia y calidad, articulando observatorios e instancias territoriales.
- Fortalecer la gobernanza multinivel (Consejo Nacional de GSP y Observatorio Nacional de Salud Sanguínea) para el seguimiento de resultados.
- Impulsar el aprovechamiento terapéutico del plasma humano bajo criterios técnicos y éticos de seguridad transfusional.

II. COMPONENTES DEL PROYECTO

Componentes de la Política Nacional de Salud Sanguínea

1. Rutas clínicas y administrativas para anemia, deficiencias de micronutrientes, hemorragia obstétrica, cirugía mayor, trauma y paciente crítico, incluyendo registros interoperables y educación certificada en GSP.
2. Indicadores Clave de Desempeño (ICD): prevalencia de anemia preoperatoria, tasa de transfusión ajustada, complicaciones hemorrágicas y eficiencia hospitalaria.
3. Hemovigilancia y seguridad transfusional, con fortalecimiento de la trazabilidad y los sistemas de información.
4. Aprovechamiento terapéutico del plasma humano, conforme a estándares internacionales.
5. Gobernanza interinstitucional: Consejo Nacional de GSP, con participación de Entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, Educación, ASCOFAME , Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y de Pacientes y, el Observatorio Nacional de Salud Sanguínea. Este organismo adoptará decisiones en materia de política en salud sanguínea con 5 votos, lo cual genera un consenso en la toma de decisiones de los miembros del Consejo Nacional.

Formación, autonomía universitaria y rol del Estado

La implementación exitosa de la GSP exige competencias clínicas y éticas actualizadas en todos los niveles de atención. El Estado tiene el deber de promover, fomentar y coordinar la formación y certificación del talento humano en salud, sin imponer contenidos curriculares a las instituciones de educación superior.

Conforme al artículo 69 de la Constitución Política, la autonomía universitaria garantiza a las universidades "darse y modificar sus estatutos: designar sus autoridades: crear, organizar y desarrollar sus programas académicos: definir y organizar sus labores formativas... y establecer y aplicar sus recursos". Esta formulación ha sido reconocida por la Corte Constitucional desde C-220 de 1997[1] y reiterada al precisar que la autonomía no es absoluta, pues se armoniza con la Constitución y la ley, en C-829 de 2002[2].

En ese marco, la ley no ordena planes de estudio: establece fines públicos, estándares e instrumentos de coordinación, mientras las instituciones de educación superior definen la manera de incorporar—o articular—contenidos de GSP en sus programas, de acuerdo con su misión y procesos académicos. Esta congruencia se refuerza institucionalmente mediante la participación de las facultades más representativas —Medicina (ASCOFAME) y Enfermería (ACOFAEN)— en el Consejo Nacional de GSP, tal como prevé el articulado, garantizando diálogo técnico y respeto por la autonomía en las decisiones sectoriales.

Necesidad de incorporación por vía de Ley

Por otro lado, frente a la necesidad de tramitar esta iniciativa por medio de un Proyecto de Ley, hemos observado que otro tipo de regulaciones tales como Decretos o Resoluciones, las cuáles son reglamentarias y hacen parte de las potestades del poder ejecutivo, no son viables desde una perspectiva legal y teórica.

El artículo 189 de la Constitución Política establece las facultades reglamentarias del presidente de la república. Este artículo prevé que la finalidad de estas facultades es la reglamentación de leyes ya existentes para su ejecución. Es decir, la facultad reglamentaria no puede crear leyes, sino que se limita a reglamentar sobre la base de leyes que le permitan realizar dicha reglamentación. Esta interpretación ha sido acogida tanto por la Corte Constitucional[3] como por el Consejo de Estado[4] pues de la potestad reglamentaria no puede surgir una confusión con la actividad legislativa que corresponde al Congreso de la República.

Al respecto se ha pronunciado el Consejo de Estado[5] y ha establecido que no solo se debe evitar la extralimitación de la potestad reglamentaria creando nuevas leyes no previstas por la voluntad del legislador,

[1] https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34936
[2] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-829-02.htm
[3] Sentencias C-228 de 1993; C-397 de 1995; C-350 de 1997; C-066 de 1999; C-088 de 2001; C-805 de 2001; C-917 de 2002; C-675 de 2005; C-1005 de 2008
[4] Consejo de Estado, Sala Unitaria de lo Contencioso Administrativo. Auto de 14 de junio de 1963. M. P. Alejandro Domínguez Molina.
[5] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección segunda. Sentencia de 6 de julio de 2017, rad. 11001-03-24-000-2008-00390-00(0585-09). C.P. William Hernández Gómez.

sino que también debe evitarse dar interpretaciones extensas a la Ley existente o, en otras palabras, legislar a través de un ejercicio hermenéutico estirado.

Es decir, a pesar de que la potestad reglamentaria del artículo 189 de la Constitución sí otorga al presidente la posibilidad de desarrollar una norma, *"(...) ello no conlleva la interpretación de los contenidos legislativos, como tampoco el modo de encuadrar las distintas situaciones jurídicas en los supuestos que contiene"*[6].

En este orden de ideas es necesario revisar el marco regulatorio actual de la salud sanguínea en Colombia de modo que se observe la laguna legal que existe a nivel legal para un modelo de salud sanguínea preventivo y que pueda ser regulado a través de la facultad reglamentaria.

Actualmente, a nivel de Ley, la salud sanguínea se rige solamente por dos leyes. La Ley 9 de 1973 y la reciente Ley 2588 de 2026. La primera constituye el marco sanitario nacional, mientras que la segunda establece disposiciones para promocionar la donación de sangre y hemocomponentes al interior del país.

La Ley 9 no contiene dentro de sus disposiciones siquiera un marco general preventivo de la sangre; de hecho, la expresa mención de la sangre se hace en el Título IX el cual se ocupa de tratar "***DEFUNCIONES, TRASLADO DE CADÁVERES. INHUMANACIÓN Y EXHUMANACIÓN, TRASPLANTE Y CONTROL DE ESPECÍMENES***". Así mismo, dentro de este título la Ley se remite simplemente a regular el trasplante de órganos, entre estos, la sangre[7]. Revisando este marco legal, entonces podemos observar que el legislador prevé desde el año 1973 un modelo de gestión de sangre meramente reactivo, centrado en la transfusión y en el manejo de bancos de sangre. No hay disposiciones dentro de esta Ley que permitan siquiera inferir que pueda reglamentarse un modelo preventivo de Gestión de Sangre del Paciente que, tal y como lo planteamos en este Proyecto de Ley, busque reducir la dependencia transfusional y avanzar hacia un sistema de salud sanguínea intersecccional.

Para entender por qué resulta insuficiente la facultad reglamentaria frente a esta Ley, nos debemos remitir al Decreto 1571 de 1993 que a día de hoy regula el funcionamiento de establecimientos de sangre. Este Decreto reglamentario se basa en las disposiciones del título IX de la Ley 9 de 1973 para desarrollar el funcionamiento de los bancos de sangre y el servicio transfusional, debido a que son esas las únicas facultades que le otorga la Ley para reglamentar. En este Decreto no se encuentran disposiciones de hemovigilancia, cuidado de la salud materna en materia sanguínea, prevención de la anemia, entre otras disposiciones propias del modelo de PBM que busca justamente implantar un marco legal desde el cual se pueda desarrollar un modelo general y actualizado en pro de la seguridad del paciente. Así mismo, como este Decreto no contiene ninguna de las disposiciones ya mencionadas, es lógico entender que tampoco podrían los Ministerios emitir un modelo de PBM por vía reglamentaria, pues ni por vía de Decreto, Resolución ni Circular sería posible desarrollar la Ley existente pues sería una deformación completa de la voluntad original del legislador.

Por otro lado, la Ley 2588 de 2026 no representa sino una regulación que intenta trabajar sobre ese mismo modelo de salud reactivo que plantea la Ley 9 de 1973. El enfoque en la donación de componentes sanguíneos no permite que a través de vía reglamentaria se proponga un modelo de Gestión de Sangre del Paciente pues estaría excediendo la voluntad del legislador.

Teniendo las leyes mencionadas como el marco general para la salud sanguínea, encontramos que Colombia

[6] *Ibidem.*
[7] Véanse artículos 543 al 547.

no cuenta con una estructura legal que respalde la salud sanguínea de manera suficientemente sólida para poder implementar este modelo por vía reglamentaria. En este orden de ideas la vía idónea para tramitar esta iniciativa es a través del Congreso de la República de modo que la Gestión de Sangre del Paciente se convierta en un modelo estable, legítimo y funcional bajo el mandato de la Constitución Política de 1991.

Cabe recordar, además, que Colombia lleva con un modelo de Gestión de Sangre instaurado hace 53 años, demostrando que, de acuerdo con los datos de mortalidad y salud sanguínea mostrados en la motivación de este Proyecto, el país debe actualizar la forma en que prevé la salud sanguínea. Tal es la cuestión que la más reciente Ley[8] emitida sobre el tema, sigue enfocada en promover donación de sangre y no en crear rutas y sistemas reales para el manejo de la salud sanguínea.

Finalmente es preciso establecer que el Proyecto aquí presentado impone sanciones por el incumplimiento derivado de la Ley. Esta facultad goza de reserva legal y no pueden crearse sanciones por vía reglamentaria en virtud del principio de tipicidad comprendido dentro del principio de legalidad. Así lo estableció la Corte Constitucional[9] y desarrolló la idea de que no es posible imponer sanciones que no cuenten expresamente con una Ley que determine el término y la cuantía de la sanción. De igual manera el Consejo de Estado, en concordancia con la jurisprudencia constitucional estableció que:

> *"(...) a la luz del principio constitucional de legalidad, una norma con fuerza material de ley debe describir las conductas sancionables, así como las clases y cuantías de las sanciones a ser impuestas. Por ende, le está vedado a las autoridades administrativas determinar cuáles conductas son sancionables, así como crear sanciones o fijar su contenido, términos o límites."*[10]

Por ello, no solamente es necesaria la expedición de esta Ley por el hecho de que no existe una estructura legal que permita reglamentar un sistema de Gestión de Sangre del Paciente, sino que, además, para su funcionamiento, desde nuestra voluntad legislativa, proponemos determinar sanciones claras que no vulneren el principio de tipicidad al que tiene derecho toda la población colombiana.

En este sentido, queda clara la necesidad de presentar esta Ley ante el Honorable Congreso de la República para su debate y su posterior expedición.

[8] Véase Ley 2588 de 2026.
[9] Corte Constitucional. Sentencia C- 699 de 18 de noviembre de 2015. expediente D-10610. M.P.: Alberto Rojas Ríos.
[10] Consejo de Estado, Sala de lo Contenciosos Administrativo, Sección primera. Sentencia del 22 de octubre de 2020, rad. 11001-03-24-000-2011-00-332-00. C.P. Roberto Augusto Serrato Valdés.

III. JUSTIFICACIÓN

1. La salud de la sangre y la anemia como desafío de salud pública a lo largo del curso de vida

La sangre es un tejido conectivo líquido altamente especializado, indispensable para el mantenimiento de la vida. Entre sus funciones se encuentran el transporte de oxígeno y dióxido de carbono, nutrientes, hormonas y productos del metabolismo; la regulación del equilibrio ácido-base, la temperatura y el volumen circulante; la respuesta inmunológica; y la hemostasia. Por ello, las alteraciones de sus componentes repercuten sobre el funcionamiento de prácticamente todos los órganos y sistemas (Weiss, 1983)[11]. Esta comprensión fisiológica ha evolucionado hacia un concepto más amplio de salud de la sangre (*blood health*), que reconoce *la necesidad de preservar la sangre propia de cada persona durante todo el curso de vida y no únicamente intervenir cuando existe indicación de transfusión* (World Health Organization [WHO], 2024)[12].

Dentro de las alteraciones de la salud de la sangre, la anemia constituye uno de los problemas de mayor magnitud poblacional. El estudio *Global Burden of Disease 2021* estimó que en 2021 1,92 mil millones de personas vivían con anemia, equivalente aproximadamente al 24,3 % de la población mundial (GBD 2021 Anaemia Collaborators, 2023)[13]. La OMS estima, además, que la anemia produjo alrededor de 50 millones de años de vida saludable perdidos por discapacidad en 2019, siendo la deficiencia de hierro una de sus principales causas (WHO, 2025)[14]. Estas cifras permiten dimensionar la anemia no como un hallazgo aislado de laboratorio, sino como una condición con impacto poblacional, funcional, económico y sanitario.

Su distribución tampoco es homogénea. La anemia afecta de manera desproporcionada a poblaciones que atraviesan etapas de mayor demanda fisiológica, pérdida sanguínea, vulnerabilidad nutricional o enfermedad crónica. La OMS estima que aproximadamente 40% de los niños entre 6 y 59 meses, 37 % de las mujeres embarazadas y 30 % de las mujeres entre 15 y 49 años presentan anemia. En términos absolutos, esto representa cerca de 269 millones de niños entre 6 y 59 meses y más de 500 millones de mujeres en edad reproductiva (WHO, 2025)[15]. La carga es mayor en países de ingresos bajos y medios-bajos y dentro de ellos en poblaciones rurales, hogares de menores ingresos y personas con menor acceso a educación, evidenciando que la anemia también expresa desigualdades sociales y sanitarias.

En la primera infancia, la magnitud y las consecuencias son particularmente relevantes. Cerca de cuatro de cada diez niños de 6 a 59 meses presentan anemia a nivel mundial. La deficiencia de hierro es la causa nutricional más frecuente y ocurre precisamente durante una etapa caracterizada por rápido crecimiento y elevada demanda de hierro. La anemia ferropénica durante este periodo se ha relacionado con alteraciones

[11] Weiss, C. (1983). Functions of the blood. In R. F. Schmidt & G. Thews (Eds.), *Human physiology*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-96714-6_16
[12] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.
[13] GBD 2021 Anaemia Collaborators. (2023). Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990–2021: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Haematology, 10*(9), e713–e734. https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00160-6
[14] World Health Organization. (2025). *Anaemia*. World Health Organization.
[15] *Ibidem.*

del desarrollo cognitivo y psicomotor, disminución de la función inmunológica y afectación del crecimiento; algunas alteraciones del neurodesarrollo pueden persistir aun después de corregida la deficiencia (Barretto da Silva et al., 2025)[16]. Por tanto, intervenir la salud de la sangre desde la infancia tiene implicaciones que exceden el tratamiento hematológico y alcanzan el desarrollo humano y el desempeño futuro de la población.

La vulnerabilidad continúa durante la adolescencia y la edad reproductiva, particularmente en las mujeres. La menstruación, el sangrado uterino anormal, las necesidades nutricionales y posteriormente el embarazo incrementan sustancialmente los requerimientos de hierro y el riesgo de ferropenia y anemia. La OMS estima que alrededor del 30 % de las mujeres de 15 a 49 años presentan anemia; los datos mundiales más recientes disponibles en su plataforma de micronutrientes estimaron para 2023 una prevalencia de 30,7 % en mujeres de 15 a 49 años y 35,5 % en mujeres embarazadas. La anemia y la deficiencia de hierro en mujeres se asocian con fatiga, disminución de la capacidad física, deterioro cognitivo, menor rendimiento laboral y reducción de la calidad de vida (Barretto da Silva et al., 2025)[17].

El embarazo representa uno de los momentos de mayor vulnerabilidad hematológica. Los requerimientos de hierro aumentan considerablemente para responder a la expansión de la masa eritrocitaria materna, el desarrollo fetal y placentario y las pérdidas asociadas al parto. La evidencia revisada reporta que la anemia y la deficiencia de hierro durante el embarazo se relacionan con peores desenlaces maternos y fetales; se han descrito asociaciones con un riesgo 3,1 veces mayor de bajo peso al nacer y 2,6 veces mayor de prematuridad, además de mayor riesgo de mortalidad materna o perinatal (Barretto da Silva et al., 2025)[18]. La anemia posparto, por su parte, se ha asociado con fatiga, alteraciones cognitivas, depresión y dificultades para la lactancia, extendiendo su impacto más allá del nacimiento y afectando el binomio madre-hijo.

En los adultos, la anemia puede aparecer asociada con deficiencias nutricionales, pérdidas gastrointestinales o ginecológicas, enfermedad inflamatoria, cáncer, enfermedad renal crónica y otras condiciones de alta prevalencia. Su importancia aumenta en pacientes sometidos a cirugía, hospitalización o enfermedades graves, en quienes la presencia de anemia se relaciona con mayor morbilidad y peores desenlaces clínicos. La OMS reconoce que la deficiencia de hierro, la anemia, las pérdidas sanguíneas y las coagulopatías afectan a más de 3.000 millones de personas cuando se consideran conjuntamente y que estas alteraciones incrementan la morbilidad, mortalidad y duración de la estancia hospitalaria en poblaciones médicas y quirúrgicas (WHO, 2024)[19].

En el adulto mayor, el problema adquiere especial importancia por la coexistencia de fragilidad, inflamación, enfermedad renal, neoplasias, enfermedad cardiovascular, deficiencias nutricionales y pérdidas gastrointestinales. Aproximadamente una tercera parte de las anemias descritas en esta población se relacionan con procesos inflamatorios y otra proporción importante con deficiencias nutricionales, especialmente de hierro, vitamina B12 y folato. La anemia en mayores de 65 años se ha relacionado con

[16] Barretto da Silva, J. B. C., Zottmann, F. S., Vinholes, B. B., Coneglian, J. L., da Silva, R. T., & Borges, C. M. V. (2025). Anemia: A global health challenge with multifactorial implications. *Medical Research Archives, 13*(4). https://doi.org/10.18103/mra.v13i4.6397
[17] *Ibidem.*
[18] *Ibidem.*
[19] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.

deterioro físico y cognitivo, enfermedad cardiovascular, caídas, fracturas, hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas y pérdida de funcionalidad (Barretto da Silva et al., 2025[20]; Stauder et al., 2018)[21]. Esto adquiere una relevancia creciente para Colombia en un escenario de envejecimiento poblacional.

La carga de la anemia trasciende los desenlaces clínicos y genera consecuencias económicas y laborales. La reducción de la capacidad de transporte de oxígeno puede afectar la capacidad física, cognitiva y funcional de las personas, con repercusiones sobre el desempeño ocupacional y la productividad. Una revisión sistemática que incluyó 12 estudios en población trabajadora encontró evidencia consistente de menor desempeño laboral entre personas con anemia y documentó que las intervenciones terapéuticas con hierro pueden producir ganancias relevantes en productividad (Marcus et al., 2021)[22]. La Organización Mundial de la Salud reconoce igualmente que la anemia puede comprometer la productividad durante la vida adulta y generar costos económicos para los individuos, las familias, las comunidades y los países. Desde una perspectiva de inversión pública, se ha estimado que cada dólar destinado a reducir la anemia en mujeres puede generar aproximadamente doce dólares en beneficios económicos. (World Health Organization, 2025)[23]

La anemia genera una elevada pérdida de años de vida saludable. Los estudios de Carga Global de Enfermedad han mostrado que constituye una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En 2010 se estimaron 68,4 millones de años vividos con discapacidad (YLD) asociados con anemia, correspondientes al 8,8 % de todos los YLD globales; aunque esta carga ha disminuido en términos relativos, continúa siendo particularmente elevada en mujeres, niños y poblaciones de menor desarrollo socioeconómico (Bikbov et al., 2019; Safiri et al., 2021). Además de la discapacidad, la anemia se asocia con incremento de mortalidad materna y perinatal, fragilidad, hospitalización y mortalidad en diferentes poblaciones clínicas; sin embargo, su contribución a la muerte suele registrarse a través de la enfermedad subyacente, razón por la cual la carga atribuible a anemia puede estar subestimada cuando se analiza únicamente la causa básica de defunción(Safiri et al., 2021)

Para Colombia, datos disponibles para 2021 muestran además una brecha importante entre la presencia registrada de anemia y su caracterización etiológica. Para sustentar este proyecto se realizó un análisis de Bases de Suficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, procesadas mediante técnicas de analítica de grandes volúmenes de datos (*Big Data*). El análisis identificó 145.232 registros de paciente-diagnóstico de anemia, correspondientes a 781 municipios y a los 33 departamentos y al Distrito Capital. Es importante precisar que estos registros corresponden a combinaciones paciente-diagnóstico y no deben interpretarse como una estimación de prevalencia poblacional nacional.

[20] Barretto da Silva, J. B. C., Zottmann, F. S., Vinholes, B. B., Coneglian, J. L., da Silva, R. T., & Borges, C. M. V. (2025). Anemia: A global health challenge with multifactorial implications. *Medical Research Archives, 13*(4). https://doi.org/10.18103/mra.v13i4.6397
[21] Stauder, R., Valent, P., & Theurl, I. (2018). Anemia at older age: Etiologies, clinical implications, and management. *Blood, 131*(5), 505–514. https://doi.org/10.1182/blood-2017-07-746446
[22] Marcus, H., Schauer, C., & Zlotkin, S. (2021). Effect of anemia on work productivity in both labor- and nonlabor-intensive occupations: A systematic narrative synthesis. *Food and Nutrition Bulletin, 42*(2), 289–308. https://doi.org/10.1177/0379572121006658
[23]

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

El patrón diagnóstico observado es particularmente relevante para una política de Gestión de la Sangre del Paciente. De los 145.232 registros, 100.171 (68,97 %) fueron codificados como anemia sin especificación (D64.9). Solamente 28.081 (19,34 %) correspondieron a anemia por deficiencia de hierro sin especificación (D50.9) y 10.264 (7,07 %) a anemia ferropénica secundaria a pérdida crónica de sangre (D50.0). En conjunto, las dos categorías explícitamente relacionadas con deficiencia de hierro representaron 38.345 registros, equivalentes al 26,4 % del total.

Este resultado tiene una implicación concreta: casi siete de cada diez registros de anemia analizados en Colombia para 2021 no tenían consignada una etiología específica. Por tanto, los datos no permiten concluir que la ferropenia explique solamente el 26,4 % de las anemias; por el contrario, la elevada proporción de anemia no especificada limita la identificación de la verdadera contribución de la deficiencia de hierro, las deficiencias nutricionales, las pérdidas crónicas, la enfermedad inflamatoria y otras causas potencialmente tratables. El propio análisis advierte que esta falta de especificidad diagnóstica limita la focalización de intervenciones clínicas y nutricionales.

La evidencia global y los datos colombianos convergen, por tanto, en un mismo problema de salud pública: la anemia atraviesa todo el curso de vida, se concentra de manera desproporcionada en poblaciones vulnerables y una parte sustancial de sus causas es prevenible, identificable o tratable. En niños compromete el desarrollo y el crecimiento; en adolescentes y mujeres se relaciona estrechamente con la ferropenia y las pérdidas menstruales; durante el embarazo afecta simultáneamente a la madre y al feto; en adultos acompaña enfermedades crónicas y procesos quirúrgicos; y en adultos mayores se integra con la fragilidad y la multimorbilidad. Esta transversalidad sustenta la necesidad de que la respuesta del Estado trascienda la mera disponibilidad de sangre para transfusión y avance hacia una Gestión Integral de la Sangre del Paciente a lo largo del curso de vida.

En Colombia no se dispone actualmente de una estimación nacional, periódica y suficientemente robusta que permita establecer con precisión la prevalencia de anemia en todas las etapas del curso de vida, sus principales etiologías, su distribución territorial y sus consecuencias clínicas y económicas. La información disponible proviene de fuentes fragmentadas, registros administrativos y estudios en poblaciones específicas, por lo que no permite estimar directamente la carga nacional de enfermedad. El análisis realizado a partir de las Bases de Suficiencia ilustra esta limitación: aunque permitió identificar 145.232 registros paciente-diagnóstico de anemia en 781 municipios, el 68,97 % correspondió a anemia sin especificación, y las tasas calculadas representan casos registrados y no prevalencia poblacional.

La ausencia de una estimación nacional no debe confundirse con una baja magnitud del problema. Como ejercicio de dimensionamiento, y no como estimación de prevalencia para Colombia, si se aplicara a la población colombiana de 2021, estimada en 51,1 millones de habitantes, la prevalencia mundial de anemia de 24,3 % reportada por el *Global Burden of Disease 2021*, el orden de magnitud correspondería a aproximadamente 12,4 millones de personas. El GBD estimó para ese mismo año 1,92 mil millones de personas con anemia en el mundo, confirmando que se trata de una de las condiciones de mayor frecuencia poblacional global.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

Esta extrapolación no pretende sustituir una medición epidemiológica nacional; por el contrario, evidencia la necesidad de producirla. La diferencia entre una condición que potencialmente podría afectar a millones de colombianos y la limitada capacidad actual para cuantificarla, caracterizar su causa y seguir sus desenlaces constituye en sí misma una brecha de información en salud pública. Una Política Nacional de Gestión de la Sangre del Paciente debe, por tanto, incluir como uno de sus componentes la generación sistemática de información sobre anemia, deficiencia de hierro, pérdidas sanguíneas y otros determinantes de la salud de la sangre, desagregada por curso de vida, sexo, territorio y poblaciones vulnerables.

2. La sangre: un recurso biológico estratégico para el sistema de salud colombiano

Durante las últimas décadas, Colombia ha desarrollado una política pública sólida para garantizar la disponibilidad, calidad y seguridad de la sangre y sus componentes. Este esfuerzo se ha concentrado en el fortalecimiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre, la promoción de la donación voluntaria y habitual, el aseguramiento de la calidad en los procesos de captación, procesamiento y distribución de hemocomponentes, así como en el desarrollo de sistemas de hemovigilancia y vigilancia sanitaria. Estos avances han permitido consolidar un sistema nacional de sangre con altos estándares técnicos y de seguridad, constituyéndose en uno de los logros más importantes de la salud pública colombiana.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la sangre debe ser considerada dentro de un marco más amplio de salud de la sangre (*blood health*), entendido como la preservación de la función óptima de la sangre del propio individuo. Este enfoque reconoce que la sangre no debe analizarse únicamente como un producto destinado a la transfusión, sino como un componente biológico que debe protegerse mediante acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a lo largo del curso de vida (World Health Organization [WHO], 2024)[24]. Desde una perspectiva de salud pública, se hace importante entender que la sangre debe ser gestionada como un recurso estratégico y no únicamente como un insumo terapéutico.

En Colombia, la Red Nacional de Bancos de Sangre constituye una infraestructura crítica para garantizar la disponibilidad de hemocomponentes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, para marzo de 2025 el país contaba con 82 bancos de sangre activos distribuidos en el territorio nacional. Esta red soporta la captación y procesamiento de donaciones y el abastecimiento de instituciones prestadoras de servicios de salud en diferentes regiones del país (Instituto Nacional de Salud [INS], 2025)[25].

La magnitud operativa de esta red también evidencia la relevancia estratégica del recurso. En 2024, el INS reportó 997.115 donaciones aceptadas y distribución de hemocomponentes a 629 instituciones prestadoras de servicios de salud. Para ese mismo año se registraron 84 bancos de sangre, de los cuales 57 eran hospitalarios y 27 extrahospitalarios; dos se encontraban cerrados al momento de la generación posterior del informe, razón por la cual el directorio actualizado de marzo de 2025 registra 82 bancos activos (INS, 2025).[26]

[24] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.
[25] Instituto Nacional de Salud. (2025). *Directorio de bancos de sangre activos, Colombia. Actualización 4 de marzo de 2025*. Instituto Nacional de Salud.
[26] Instituto Nacional de Salud. (2025). *Informe nacional de bancos de sangre 2024*. Instituto Nacional de Salud.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

Durante las últimas décadas, las políticas y los sistemas de sangre se han orientado prioritariamente a garantizar la disponibilidad y seguridad de los hemocomponentes destinados a transfusión, mediante el fortalecimiento de los bancos de sangre, la promoción de la donación, el tamizaje, el procesamiento, el almacenamiento y la distribución segura de los productos sanguíneos. Este enfoque ha sido fundamental para mejorar la seguridad transfusional. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reconoce actualmente el *Patient Blood Management* como un *nuevo paradigma* de atención, centrado en gestionar y preservar la sangre del propio paciente y no únicamente en disponer de sangre donada para transfusión. La evidencia revisada por la OMS muestra que su implementación se asocia con reducción de morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y utilización de sangre, además de beneficios económicos para los sistemas de salud (World Health Organization, 2024)[27].

Este principio adquiere especial relevancia en un contexto en el que la OMS recomienda que los países incorporen la Gestión de la Sangre del Paciente como estándar nacional de atención. La guía de implementación publicada en 2024 plantea que preservar la sangre del propio paciente, reducir la dependencia transfusional y mejorar la salud de la sangre permiten simultáneamente mejorar los desenlaces clínicos, fortalecer la seguridad del paciente y liberar recursos sanitarios para otras necesidades prioritarias (WHO, 2024)[28].

Esta evolución ***no reemplaza*** las políticas tradicionales de sangre ni disminuye la importancia de los bancos de sangre. Por el contrario, las complementa y fortalece. La donación voluntaria, la calidad de los hemocomponentes y la seguridad transfusional continúan siendo pilares fundamentales del sistema; sin embargo, una política moderna de sangre requiere integrar estos avances con un enfoque centrado en la persona, orientado a preservar la salud de la sangre del propio paciente y optimizar el uso de un recurso biológico limitado.

El manejo del tejido sanguíneo en los sistemas de salud constituye un desafío clínico, técnico y organizacional que incide directamente en la seguridad del paciente. En Colombia, pese a los avances en materia de regulación y habilitación de servicios, persisten brechas significativas en la prevención de la anemia, la optimización de pérdidas sanguíneas y el uso racional de hemocomponentes, lo que limita la efectividad y sostenibilidad del sistema sanitario. Como ejemplo de esto podemos observar la evidente brecha territorial que muestra el mapa de bancos de sangre en Colombia[29] cuya última actualización fue realizada en el año 2019 por la Dirección de Operaciones Sanitarias del INVIMA:

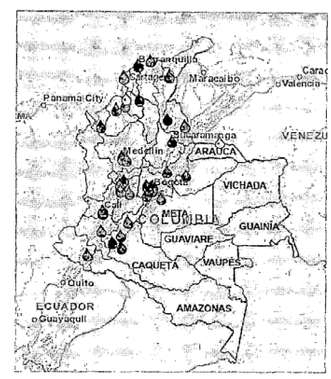
[27] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.
[28] *Ibidem.*
[29] El mapa se encuentra actualizado hasta el 28 de marzo de 2019.

Define como bancos de sangre a *"(...) todo establecimiento o dependencia que obtiene concepto de "CUMPLE" por parte de Invima para adelantar actividades relacionadas con la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre humana destinada a la transfusión de la sangre total o en componentes separados, a procedimientos de aféresis y a otros procedimientos preventivos, terapéuticos y de investigación.*

Tiene como uno de sus propósitos asegurar la calidad de la sangre y sus derivados."

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

Mapa de Bancos de Sangre de Colombia



Fuente: Dirección de Operaciones Sanitarias – INVIMA (2019)[30]

Además de esto, podemos observar que los bancos de sangre, en ocasiones, no funcionan como deberían y pueden llegar a poner en peligro la seguridad del paciente por problemas de calidad. El registro más reciente proporcionado por el INVIMA en 2018[31] muestra que tan solo en ese año se llegaron a presentar más de 28 sanciones distintas en firme que, en conjunto, llegaron a sumar $1.638.004.060 (Mil seiscientos treinta y ocho millones cuatro mil sesenta pesos colombianos m/cte) en multas por irregularidades en bancos de sangre.

Por otro lado, según la Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas Asociadas al Embarazo del Ministerio de Salud y Protección Social:

"Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna en el país, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud." (Ministerio

[30] Disponible en: https://sig.sispro.gov.co/bancossangre/
[31] Disponible en: https://www.invima.gov.co/productos-vigilados/medicamentos-y-productos-biologicos/bancos-de-sangre

de Salud y Protección Social, Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas Asociadas al Embarazo, 2013, p. 5.)[32]

En América Latina se registran anualmente más de 770 000 hemorragias obstétricas, y la hemorragia posparto continúa siendo una de las principales causas de mortalidad materna en mujeres de 24 a 34 años.

En el ámbito nacional, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha documentado en su Manual de Hemovigilancia (2023)[33] que toda actividad relacionada con la donación, el procesamiento y la transfusión de sangre implica riesgos clínicos y eventos adversos potenciales. El documento define la hemovigilancia como:

"El conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro, análisis y seguimiento de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados, tanto de la donación como de la transfusión de sangre." (INS, Manual de Hemovigilancia, 2023, p. 10)[34].

El mismo informe señala que en Colombia se realizan alrededor de 1.500.000 transfusiones al año en más de 390.000 pacientes, y aunque la mayoría de las reacciones no son graves, el 9,4 % de los eventos adversos registrados fueron clasificados como severos.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social ha trabajado en el control de las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y sus componentes, mediante los Paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente, en particular el titulado "Complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, componentes y transfusión sanguínea" (versión 2.0), donde se señala:

"La reacción adversa transfusional (RAT) es una respuesta indeseable y no prevista asociada a la transfusión de sangre, sus componentes o derivados, que se presenta durante o después del procedimiento y afecta la seguridad del paciente receptor." (MinSalud, Paquete Instruccional Complicaciones asociadas al manejo de sangre, 2023, p. 8)[35].

En dicho documento se informa que la frecuencia de aparición de RAT oscila entre 1 % y 13 % de las transfusiones, y que alrededor del 0,5 % son consideradas serias o graves, advirtiendo que "algunas reacciones constituyen eventos clínicos que se presentan a largo plazo y que afectan la salud del receptor" (MinSalud, 2023, p. 9)[36].

Entre las complicaciones no infecciosas se incluyen:

- Reacción transfusional febril no hemolítica.
- Hemólisis intravascular y extravascular.

[32] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/28Atencion%20de%20las%20hemorragias%20embarazo.PDF
[33] García-Otálora MA. Manual de hemovigilancia versión 2023. [Internet]. Bogotá, Colombia; 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-de-hemovigilancia-2023.pdf
[34] *Ibidem.*
[35] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complicaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf
[36] *Ibidem.*

- Enfermedad injerta contra huésped transfusional.
- Reacciones alérgicas.
- Lesión pulmonar aguda transfusional (TRALI).
- Sobrecarga circulatoria (TACO).

La sangre y sus componentes, además, son potenciales transmisores de enfermedades infecciosas y parasitarias, como sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C y malaria, lo que hace indispensable fortalecer la trazabilidad, el tamizaje y la gestión clínica del riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa de eventos transfusionales graves a nivel mundial continúa siendo la transfusión de sangre incorrecta o no compatible. Aunque se han implementado protocolos de verificación y trazabilidad, estos incidentes siguen representando una amenaza global para la seguridad del paciente.

En respuesta, la OMS recomienda la adopción de programas nacionales de Gestión de Sangre del Paciente (PBM/GSP), centrados en la prevención, optimización de la hemostasia y reducción de transfusiones innecesarias.

La evidencia internacional respalda su efectividad. En Australia, la National Blood Authority reporta que "cuando se utiliza un enfoque PBM, los pacientes suelen necesitar menos transfusiones de componentes sanguíneos donados"[37] El Department of Health of Western Australia estudió 605.046 pacientes (2008-2014) y demostró una reducción significativa del uso de productos sanguíneos, mejores desenlaces clínicos y ahorro hospitalario[38].

Un meta-análisis internacional (Annals of Surgery, 2019) documentó una disminución del 39 % en la tasa de transfusión y del 11 % en la mortalidad[39]; y en Estados Unidos, un hospital universitario de Nueva York reportó una reducción del 34 % en transfusiones de glóbulos rojos y ahorros por USD 2,1 millones[40].

IV. NECESIDAD Y CONVENIENCIA

La adopción de la Gestión de Sangre del Paciente en Colombia responde a una necesidad sanitaria, ética y económica. Su implementación reducirá eventos adversos, optimizará la utilización de recursos y fortalecerá la gobernanza interinstitucional en salud pública. El país cuenta con el respaldo técnico de la OMS y con la capacidad institucional del INS y del Ministerio de Salud para consolidar esta política, garantizando cobertura, trazabilidad y equidad territorial.

[37] Disponible en https://www.blood.gov.au/clinical-guidance/patient-blood-management.
[38] Leahy et al., Transfusion, 2017, PubMed 28150313: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28150313/
[39] Disponible en:

https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2019/05000/multimodal_patient_blood_management_program_based.3.aspx
[40] Bowers et al., 2024, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10890656/

V. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y FISCAL

La presente iniciativa se desarrolla con fundamento en los derechos y disposiciones previstas en la Constitución Política de Colombia y se articula con el marco legal y técnico que rige la salud pública, la seguridad social, la educación superior y la calidad de los servicios de salud en el país. Su contenido materializa el deber del Estado de garantizar la vida, la igualdad, la seguridad social y la prestación eficiente de los servicios públicos esenciales, en especial la salud.

Fundamentos constitucionales

La iniciativa encuentra sustento en los siguientes artículos de la Constitución Política:

- Artículo 11 - Derecho a la vida. El derecho a la vida es inviolable y exige que el Estado adopte políticas y medidas efectivas para su preservación y protección.
- Artículo 13 - Derecho a la igualdad. Reconoce la igualdad ante la ley y el deber estatal de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, sin discriminación por condición social, económica o territorial.
- Artículo 48 - Seguridad social. Declara la seguridad social como un servicio público obligatorio bajo dirección, coordinación y control del Estado, fundamento de la universalización de la atención en salud.
- Artículo 49 - Salud. Define la atención de la salud como servicio público a cargo del Estado y garantiza ,el acceso a la promoción, prevención y recuperación, base para la adopción de políticas integrales como la GSP.
- Artículo 69 - Autonomía universitaria. Reconoce la capacidad de las instituciones de educación superior para regirse por sus propios estatutos y definir sus programas académicos. La ley puede promover la formación en GSP respetando dicha autonomía y garantizando la participación de las facultades de Medicina y Enfermería en los órganos consultivos.
- Artículo 365 - Servicios públicos. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado, que debe asegurar su prestación eficiente, continua y de calidad.
- Artículo 366 - Finalidad social del Estado. Dispone que el bienestar general y la calidad de vida son finalidades sociales y que la salud debe ser prioridad del gasto público social.

Fundamentos legales - normativa nacional

- Ley 9 de 1979 - Por la cual se dictan medidas sanitarias. Contiene las disposiciones generales sobre salud pública y control sanitario, incluyendo las relacionadas con el manejo, procesamiento y uso de sangre y sus componentes.
- Ley 100 de 1993 - Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Define el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
- Ley 30 de 1992 - Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. Desarrolla la autonomía universitaria y las funciones académicas, investigativas y sociales de las instituciones de educación superior.
- Ley 1751 de 2015 - Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo y dispone la obligación del Estado de garantizar su ejercicio efectivo.

- Resolución 3100 de 2019 - Por la cual se expide el Manual de Habilitación de los Servicios de Salud. Hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y define estándares mínimos de seguridad y calidad aplicables a los servicios, incluidos los procesos de transfusión y hemovigilancia.[41]

Es relevante tener en cuenta que, a través de diversos pronunciamientos, la Corte Constitucional ha reconocido el núcleo esencial de la autonomía universitaria como expresión del pluralismo académico y de la libertad de enseñanza. Dicho derecho podría considerarse en tensión con disposiciones del presente proyecto, en tanto promueve la formación en programas del área de la salud relacionados con la Gestión de la Sangre del Paciente. No obstante, el examen constitucional permite concluir que no existe afectación alguna, dado que el Estado conserva plena competencia para formular políticas, estrategias y lineamientos orientadores, siempre que se respete la libertad académica de las instituciones y su potestad de autorregulación.

Entre las decisiones relevantes se destacan:

- Sentencia C-220 de 1997, que delimitó el ámbito de la autonomía universitaria, precisando que incluye la dirección, organización y definición de programas académicos.
- Sentencia C-829 de 2002, que reafirmó que la autonomía no es absoluta y que el Estado puede intervenir mediante políticas generales sin invadir la esfera académica de las instituciones.

Referentes técnicos internacionales

El presente proyecto de ley también tiene como marco referencial las guías, recomendaciones y lineamientos expedidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si bien estas directrices no son vinculantes en estricto sentido jurídico ni forman parte del bloque de constitucionalidad, constituyen estándares técnicos internacionales que orientan la política sanitaria, la regulación legal y administrativa y la calidad asistencial, promoviendo prácticas seguras y la protección de los pacientes.

En el contexto colombiano, tales lineamientos se consideran criterios útiles que permiten:

- Sustentar las disposiciones del proyecto en la mejor evidencia científica disponible.
- Incorporar principios de lex artis y de seguridad del paciente dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC).
- Apoyar la razonabilidad y proporcionalidad de las medidas públicas frente al derecho fundamental a la salud, en armonía con los derechos a la vida y a la igualdad.

En este sentido, se constituyen como parámetros técnicos persuasivos que legitiman la adopción e implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente como política pública nacional, en coherencia con las estrategias mundiales de seguridad del paciente a las cuales Colombia debe responder.

Entre los principales documentos de referencia se destacan:

- World Health Organization (2021). The urgent need to implement Patient Blood (Policy Brief)[42]
- World Health Organization (2023). Gestión de la Sangre del Paciente en América Latina y el Caribe:

[41] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf
[42] Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240035744

enfoque para su implementación.[43]

- World Health Organization (2021–2030). Global Patient Safety Action Plan.[44]

VI. IMPACTOS ESPERADOS

La adopción de la presente Ley generará impactos positivos y sostenibles en múltiples dimensiones del sistema de salud y la sociedad, conforme a las proyecciones y evidencia recopilada por la Organización Mundial de la Salud en la Guía de Implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente (PBM, 2024):

- Sanitario: reducción de transfusiones innecesarias, eventos adversos y mortalidad asociada a la anemia y las pérdidas sanguíneas, con mejora de la seguridad y los desenlaces clínicos.
- Económico: ahorro de recursos mediante menor consumo de hemocomponentes, menores complicaciones y eventos adversos clínicos, reducción de estancias hospitalarias y aumento de la eficiencia en la atención.
- Social: promoción de la equidad territorial y fortalecimiento de la cultura de seguridad y corresponsabilidad en salud sanguínea y donación voluntaria.
- Académico: desarrollo de capacidades técnicas y científicas del talento humano en salud, respetando la autonomía universitaria y fomentando la investigación e innovación.
- Ambiental y de sostenibilidad: disminución del impacto ambiental derivado del uso de hemocomponentes y contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en salud y eficiencia de recursos

VII. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada

[43] Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57875
[44] Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf

proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

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

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

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda.

VIII. CONFLICTOS DE INTERES

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

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

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

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

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

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

Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

Atentamente,

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

HONORIO HENRIQUEZ
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL / RADICACIÓN DE PROYECTOS
[X] PROYECTO DE LEY (P.L.) No.: 260/26
[ ] PROYECTO ACTO LEGISLATIVO (PAL) No.:
FECHA: 23 / 09 / 2026 FOLIOS:
AUTOR(ES): HH. Norma Hurtado Sánchez

SECCIÓN DE LEYES
SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 23 de Septiembre de 2026

Señor Presidente:

Con el fin de radicar el Proyecto de Ley No 260/26 Senado **"POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES PARA LA ADOPCIÓN OBLIGATORIA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SANGUÍNEA Y LA IMPLEMENTACIÓN TERRITORIAL DE LA GESTIÓN DE LA SANGRE DEL PACIENTE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores NORMA HURTADO SÁNCHEZ, HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – SEPTIEMBRE 23 DE 2026

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por recibido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

C O N T E N I D O

Gaceta número 1424 - Martes, 29 de septiembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY **Págs.**

Proyecto de Ley número 259 de 2026 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 472 de 1998 para adicionar la seguridad energética como derecho e interés colectivo y se dictan otras disposiciones 1

Proyecto de Ley número 260 de 2026 Senado, por medio de la cual se dictan disposiciones para la adopción obligatoria de la Política Nacional de Salud Sanguínea y la implementación territorial de la Gestión de la Sangre del Paciente y se dictan otras disposiciones 7

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026