REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXV - Nº 1750 Bogotá, D. C., lunes, 9 de noviembre 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

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL 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.

CSP-CS- 1135-2026
Bogotá D.C., 9 de noviembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No 260 /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."**

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo encuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 260/2026 Senado

TITULO: "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."

INICIATIVA: H.S. NORMA HURTADO SANCHEZ, HONORIO HENRIQUEZ PINEDO

RADICADO: EN SENADO 23-09-2026 **EN COMISIÓN:** 30-09-2026 **EN CÁMARA: XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINTIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
00 Art 1424/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE ÚNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: CUARENTA Y DOS (42)
RECIBIDO EL DÍA: 7 DE NOVIEMBRE DE 2026
HORA: 2:27 PM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima
Proyectó: Beatriz Elena Escobar Guerra.
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -**Secretario General**

Bogotá D.C., 5 de noviembre de 2026

Honorable Senador
ANDRÉS FORERO
Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República al Proyecto de Ley No. 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"*

Respetado Presidente,

En cumplimiento del honroso encargo que hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y en desarrollo de lo dispuesto en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, en mi calidad de ponente, me permito radicar informe de ponencia positiva para primer debate al proyecto descrito en el asunto.

Cordialmente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y precisar los objetivos, alcance, conveniencia y ajustes requeridos por la iniciativa, el presente informe se desarrolla en el siguiente orden:

I. Trámite del Proyecto de Ley.
II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley.
III. Exposición de motivos.
IV. Marco constitucional y legal
V. Pliego de modificaciones
VI. Impacto Fiscal
VII. Conflicto de intereses
VIII. Proposición
IX. Texto propuesto para primer debate

I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley No. 260 de 2026 Senado fue radicado el 23 de septiembre de 2026 y publicado en la Gaceta del Congreso No. 1424/2026. La iniciativa es de origen congresional y fue presentada por la Senadora Norma Hurtado Sánchez y el Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

El 30 de septiembre de 2026, la Secretaría General remitió por reparto el proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y designó como ponente para primer debate a la senadora Norma Hurtado Sánchez mediante oficio CSP-CS-1036 – 2026.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley 260 de 2026 Senado tiene como propósito adoptar la Gestión de Sangre del Paciente (GSP) 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, a través de:

- 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.

Parar lograr lo anteriormente expuesto, el proyecto de ley se estructura de la siguiente forma:

- **Artículo 1º (Objeto):** Define la adopción obligatoria y progresiva de la Política Nacional de Salud Sanguínea y el modelo de Gestión de la Sangre del Paciente (GSP).
- **Artículo 2º (Ámbito de aplicación):** Determina los actores obligados (MinSalud, Supersalud, EPS, IPS, entes territoriales y universidades) y sus responsabilidades.
- **Artículo 3º (Definiciones):** Precisa los conceptos técnicos clave para la interpretación de la ley (GSP, hemocomponentes, indicadores ICD, Unidades UGSP, entre otros).
- **Artículo 4º (Rutas clínicas y administrativas):** Ordena la creación de seis rutas asistenciales obligatorias (anemia, obstetricia, cirugía/trauma, UCI, registros y educación) y sus indicadores de calidad.
- **Artículo 5º (Gobernanza y coordinación):** Crea el Sistema Nacional de Salud Sanguínea (SNSS) y prevé incentivos e infraestructura estratégica (como plantas de fraccionamiento de plasma).
- **Artículo 6º (Consejo Nacional de GSP):** Crea el Consejo Nacional de GSP como órgano consultivo integrado por 9 miembros con voto.
- **Artículo 7º (Funciones del Consejo):** Asigna al Consejo la formulación de políticas y la emisión de acuerdos de carácter vinculante para MinSalud.
- **Artículo 8º (Observatorio Nacional):** Crea el Observatorio Nacional de Salud Sanguínea para la recolección de información, analítica de datos y vigilancia epidemiológica.
- **Artículo 9º (Sanciones):** Establece el régimen sancionatorio con multas sucesivas de hasta 10 SMLMV por incumplimiento.
- **Artículo 10º (Implementación):** Otorga un plazo de un (1) año a MinSalud para reglamentar la gradualidad, fases y priorización regional de la ley.
- **Artículo 11º (Vigencia y derogatorias):** Fija la entrada en vigencia a partir de su publicación y la derogatoria de normas contrarias.

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

III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

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)[1]. 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)[2].

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)[3]. 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)[4]. 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)[5]. 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 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)[6]. 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)[7].

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)[8]. 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

[1] 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

[2] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.

[3] 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

[4] World Health Organization. (2025). *Anaemia*. World Health Organization.

[5] *Ibidem.*

[6] 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

[7] *Ibidem.*

[8] *Ibidem.*

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)[9].

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 deterioro físico y cognitivo, enfermedad cardiovascular, caídas, fracturas, hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas y pérdida de funcionalidad (Barretto da Silva et al., 2025[10]; Stauder et al., 2018)[11]. 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)[12].

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)[13]

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 32 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.

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.

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)[14]. 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)[15].

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).[16]

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)[17].

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

---

[9] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.

[10] 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

[11] 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

[12] 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/10.1177/03795721211006658

[13]

[14] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.

[15] Instituto Nacional de Salud. (2025). *Directorio de bancos de sangre activos, Colombia. Actualización 4 de marzo de 2025*. Instituto Nacional de Salud.

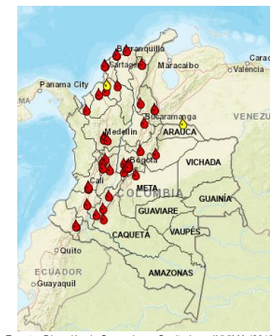
[16] Instituto Nacional de Salud. (2025). *Informe nacional de bancos de sangre 2024*. Instituto Nacional de Salud.

[17] World Health Organization. (2024). *Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status*. World Health Organization.

permiten simultáneamente mejorar los desenlaces clínicos, fortalecer la seguridad del paciente y liberar recursos sanitarios para otras necesidades prioritarias (WHO, 2024)[18].

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[19] cuya última actualización fue realizada en el año 2019 por la Dirección de Operaciones Sanitarias del INVIMA:

Mapa de bancos de Sangre de Colombia



Fuente: *Dirección de Operaciones Sanitarias – INVIMA (2019)*[20]

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[21] 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 de Salud y Protección Social, Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas Asociadas al Embarazo, 2013, p. 5.)[22]

[18] *Ibidem.*

[19] 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."

[20] Disponible en: https://sig.sispro.gov.co/bancossangre/

[21] Disponible en: https://www.invima.gov.co/productos-vigilados/medicamentos-y-productos-biologicos/bancos-de-sangre

[22] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/28Atencion%20de%20las%20hemorragias%20embarazo.PDF

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)[23] 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)[24].

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)[25].

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)[26].

Entre las complicaciones no infecciosas se incluyen:

- Reacción transfusional febril no hemolítica.
- Hemólisis intravascular y extravascular.
- 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"[27] 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[28].

Un meta-análisis internacional (Annals of Surgery, 2019) documentó una disminución del 39 % en la tasa de transfusión y del 11 % en la mortalidad[29]; 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[30].

IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL.

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.

[23] 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

[24] *Ibidem.*

[25] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complicaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf

[26] *Ibidem.*

[27] Disponible en https://www.blood.gov.au/clinical-guidance/patient-blood-management.

[28] Leahy et al., Transfusion, 2017, PubMed 28150313: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28150313/

[29] Disponible en: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2019/05000/multimodal_patient_blood_management_program_based.3.aspx

[30] Bowers et al., 2024, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10890656/

- **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.[31]

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)[32]
- World Health Organization (2023). Gestión de la Sangre del Paciente en América Latina y el Caribe: enfoque para su implementación.[33]
- World Health Organization (2021–2030). Global Patient Safety Action Plan.[34]

[31] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf

[32] Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240035744

[33] Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57875

[34] Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf

V. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
Título: "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"	SIN MODIFICACIONES	
Capítulo I **Disposiciones Generales**	SIN MODIFICACIONES	
ARTÍCULO 1º. 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.	SIN MODIFICACIONES	
ARTÍCULO 2º. 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	SIN MODIFICACIONES	

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 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	SIN MODIFICACIONES	

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 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. 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**	SIN MODIFICACIONES	
ARTÍCULO 4º. 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 UGI; 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. **d. 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.		
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	SIN MODIFICACIONES	

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 6º. 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.	SIN MODIFICACIONES	

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.		
ARTÍCULO 7º. 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	**ARTÍCULO 7º. 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. **No** ~~Tendrán~~ **serán de** carácter vinculante para el Ministerio de	Se ajusta la redacción en el literal g.

adoptar a través de los mecanismos correspondientes, tales como la expedición de actos administrativos, circulares, según corresponda.	Salud y Protección Social, **pero podrán ser adoptados** ~~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.	SIN MODIFICACIONES	
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 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~~	El sector salud ya cuenta con un marco sancionatorio reglado a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud (Ley 1438 de 2011 y Ley 1949 de 2019). Incluir una sanción aislada genera duplicidad y colisión de competencias.
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 9 ~~10~~º. 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.	Se modifica la numeración del artículo
ARTÍCULO 11°. Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	**ARTÍCULO 10 ~~11~~°. Vigencia y Derogatorias.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Se modifica la numeración del artículo

VI. IMPACTO FISCAL

El artículo 7, de la Ley 819, de 2003 *"por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones"*, determina que en la exposición de motivos y en las ponencias de los proyectos de ley se debe hacer explícito el costo fiscal que se genera por el gasto ordenado o por el otorgamiento de beneficios tributarios, que debe ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, al mismo tiempo que debe señalar la fuente de financiación de dicho costo.

Para la Corte Constitucional[1], el análisis del impacto fiscal de las normas, en el cuerpo del proyecto de ley, no es requisito sine qua non para su trámite legislativo, ni debe ser una barrera para que el congreso ejerza sus funciones, ni crea un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de Hacienda; es más, hacer el análisis del impacto fiscal no recae únicamente en el legislador, sobre este punto, la Corte consideró que:

> "…el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la ley 819 de 2003 corresponde al congreso, pero principalmente al ministro de hacienda y crédito público, en tanto que "es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el marco fiscal de mediano plazo, le corresponde al ministro de hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto"

Lo anterior significa que, en cualquier momento del trámite legislativo, el ministro de hacienda y crédito público podrá ilustrarle a este congreso las consecuencias económicas del presente proyecto de ley, ya sea de manera oficiosa o a petición; toda vez que, de acuerdo con el proceso de racionalidad legislativa, la carga principal del análisis de impacto fiscal reposa en esta cartera por contar con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica; esto sin desconocer que el trámite del proyecto no se viciaría si no se llegase a contar con tal pronunciamiento por parte de hacienda[3].

En el caso específico del presente proyecto de ley, el cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas, con cargo a los recursos que sean apropiados para cada vigencia fiscal y en concordancia con la disponibilidad presupuestal, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

VII. CONFLICTO DE INTERESES.

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 1º 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.

VIII. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones, solicito a los honorables Senadores integrantes de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República **DAR PRIMER DEBATE Y APROBAR** el Proyecto de Ley No. 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"*.

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República

IX. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

"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"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Capítulo I
Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1º. 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 2º. 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 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 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.

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 4º. 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 UGI; 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.

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.

ARTÍCULO 7º. 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. No Tendrán carácter vinculante para el Ministerio de Salud y Protección Social, pero podrán ser adoptados 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. 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 10°. Vigencia y Derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día nueve (9) del mes de noviembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, **Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 260/2026 Senado

TITULO: "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."

INICIATIVA: H.S. NORMA HURTADO SANCHEZ, HONORIO HENRIQUEZ PINEDO

RADICADO: EN SENADO 23-09-2026 EN COMISIÓN: 30-09-2026 EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
00 Art 1424/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	**ASIGNADO (A)**	**PARTIDO**
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE ÚNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: CUARENTA Y DOS (42)
RECIBIDO EL DÍA: 7 DE NOVIEMBRE DE 2026
HORA: 2:27 PM

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.
El secretario

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE TRABAJO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 70 DE 2026 SENADO

por medio del cual se prohíbe el uso indebido del contrato sindical como mecanismo de intermediación laboral, se establece su eliminación progresiva y se adoptan medidas para la protección del talento humano en salud.

Comisión Séptima Constitucional Permanente
CSP-CS- 1133-2026
Bogotá D.C., 09 de noviembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GONZALEZ
Secretario General

LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República.
E. S. D.

ASUNTO: Publicación concepto técnico al Proyecto de Ley 070 DE 2026 **"POR MEDIO DE LA CUAL SE PROHÍBE EL USO INDEBIDO DEL CONTRATO SINDICAL COMO MECANISMO DE INTERMEDIACIÓN LABORAL, SE ESTABLECE SU ELIMINACIÓN PROGRESIVA Y SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD".**

Respetados,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, remito para lo de su competencia y con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2 de la Ley 1431 de 2011 por medio electrónico, para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, a saber:

CONCEPTO: CONSIDERACIONES JURÍDICAS Y TÉCNICAS SOBRE LA INICIATIVA LEGISLATIVA DE LA REFERENCIA.

REFRENDADO POR: MARÍA DE LOS ÁNGELES MEZA RODRÍGUEZ - JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA - MINISTERIO DEL TRABAJO

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 070 DE 2026 SENADO

TITULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROHÍBE EL USO INDEBIDO DEL CONTRATO SINDICAL COMO MECANISMO DE INTERMEDIACIÓN LABORAL, SE ESTABLECE SU ELIMINACIÓN PROGRESIVA Y SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD".

NÚMERO DE FOLIOS: CINCO (05) FOLIOS

Atentamente,

Secretario General Comisión Séptima
Proyectó: Daniela Ortiz
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -**Secretario General**

Trabajo

Bogotá, Colombia, 6 de noviembre de 2026

No. Radicado: 08SE2026120000000067526
Fecha: 2026-11-06 04:21:36 pm
Remitente: Sede: CENTRALES DT
Depen:OFICINA ASESORA JURIDICA
Destinatario ALFREDO JOSE MOISES LOPEZ
Anexos: 0 Folios: 6
08SE2026120000000067526

Para verificar la validez de este documento escaneé el código QR, el cual lo redireccionará al repositorio de evidencia digital de Mintrabajo.

Doctor:
ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ.
Comisión Séptima Senado de la República

ASUNTO: Proyecto de Ley No. 070 de 2026 Senado "Por medio del cual se prohíbe el uso indebido del contrato sindical como mecanismo de intermediación laboral, se establece su eliminación progresiva y se adoptan medidas para la protección del talento humano en salud".

Cordial saludo,

Por medio del presente el Ministerio del Trabajo, en el marco de sus competencias, se permite presentar las siguientes consideraciones jurídicas y técnicas sobre la iniciativa legislativa de la referencia.

El proyecto de ley tiene como propósito garantizar la protección de los derechos laborales de las personas vinculadas mediante contratos sindicales, prevenir la utilización indebida de esta modalidad contractual como mecanismo de intermediación laboral y establecer un régimen de transición orientado a su eliminación progresiva del ordenamiento jurídico colombiano.

Si bien se comparte la necesidad de prevenir y corregir las prácticas que puedan conducir al desconocimiento de los derechos laborales, la intermediación laboral ilegal o la utilización de figuras contractuales para encubrir verdaderas relaciones de trabajo subordinado, se considera que la eliminación generalizada del contrato sindical no constituye una respuesta jurídica adecuada ni proporcional frente a dichas problemáticas.

En efecto, el contrato sindical es una institución expresamente reconocida por el ordenamiento jurídico colombiano, cuya naturaleza colectiva y finalidad se encuentran vinculadas al ejercicio de la libertad sindical, la autonomía de las organizaciones de trabajadores y la negociación colectiva. Por consiguiente, las irregularidades que puedan presentarse en su utilización deben abordarse mediante el fortalecimiento de los mecanismos de inspección, vigilancia y control, sin que resulte jurídicamente aconsejable suprimir de manera general una modalidad contractual legítimamente reconocida.

De la naturaleza jurídica del contrato sindical y su protección constitucional

Los artículos 482 a 484 del Código Sustantivo del Trabajo regulan el contrato sindical como una modalidad de contratación colectiva celebrada entre uno o varios sindicatos de trabajadores y uno o varios empleadores o sindicatos patronales, para la prestación de servicios o la ejecución de obras por medio de sus afiliados.

Esta figura encuentra sustento en los artículos 39 y 55 de la Constitución Política, que reconocen, respectivamente, el derecho de asociación sindical y la garantía de negociación colectiva. Asimismo, el Convenio 87 de la Organización Internacional del Trabajo, reconoce el derecho de las organizaciones de trabajadores a organizar su administración y actividades y formular su programa de acción, sin injerencias indebidas de las autoridades públicas.

En ese contexto, el contrato sindical constituye uno de los instrumentos jurídicos mediante los cuales las organizaciones sindicales pueden desarrollar actividades relacionadas con sus fines estatutarios, gestionar colectivamente la prestación de servicios y promover oportunidades de trabajo para sus afiliados.

Por lo tanto, su eliminación legislativa no representa una simple modificación del régimen contractual, sino una restricción relevante de los instrumentos disponibles para el ejercicio de la autonomía sindical y de la acción colectiva de las organizaciones de trabajadores.

De la afectación de la libertad y autonomía sindical

El artículo 6 del proyecto establece la eliminación progresiva del contrato sindical y dispone que, a partir de la promulgación de la ley, se prohíba la celebración de nuevos contratos de esta naturaleza. Adicionalmente, ordena la liquidación y terminación de los contratos existentes dentro de un plazo máximo de tres años. Esta disposición suscita reparos desde la perspectiva de la libertad y autonomía sindical, toda vez que restringe de manera general la posibilidad de que las organizaciones sindicales recurran a una modalidad de contratación colectiva expresamente reconocida por la legislación laboral.

Sobre este punto, debe precisarse que la autonomía sindical comprende no solamente la facultad de constituir organizaciones y afiliarse a ellas, sino también la posibilidad de determinar sus actividades, administrar sus recursos y desarrollar los mecanismos lícitos que permitan cumplir sus finalidades. En ese sentido, la supresión del contrato sindical limitaría las alternativas de gestión colectiva disponibles para estas organizaciones, con eventuales repercusiones sobre su capacidad de acción, sostenibilidad y cumplimiento de sus objetivos estatutarios.

Ahora bien, aunque el legislador cuenta con un amplio margen de configuración normativa para regular las modalidades contractuales, dicha potestad debe ejercerse con observancia de los derechos fundamentales y de los compromisos internacionales asumidos por Colombia en materia de libertad sindical. De ahí que, la prohibición general propuesta exige una justificación especialmente rigurosa que permita demostrar que la eliminación de la figura resulta necesaria para prevenir las prácticas irregulares identificadas y que no existen alternativas menos restrictivas para alcanzar esa finalidad.

En ese orden de ideas, la eliminación del contrato sindical reduciría los instrumentos jurídicos disponibles para el desarrollo de actividades colectivas y podría afectar las posibilidades de participación económica y organizativa de los sindicatos.

Al respecto, resulta necesario poner de presente que el artículo 55 de la Constitución Política garantiza el derecho de negociación colectiva para regular las relaciones laborales, mientras que el Convenio 98 de la OIT establece garantías orientadas al desarrollo y fomento de mecanismos de negociación voluntaria. Si bien estos instrumentos no consagran un derecho absoluto a la permanencia de una modalidad contractual específica, sí imponen la necesidad de valorar cuidadosamente las restricciones legislativas que puedan afectar el ejercicio efectivo de los derechos colectivos.

Por lo tanto, se considera que la eliminación del contrato sindical, sin una evaluación suficiente de sus efectos sobre las organizaciones sindicales y sus afiliados, podría generar consecuencias desfavorables para el fortalecimiento de la actividad sindical y la negociación colectiva.

Consideraciones generales

Debe reconocerse que la iniciativa parte de una preocupación legítima que consiste en impedir que el contrato sindical sea utilizado para encubrir relaciones laborales subordinadas, desconocer garantías mínimas o desarrollar prácticas de intermediación laboral ilegal. Sin embargo, resulta necesario diferenciar entre la naturaleza jurídica de la institución y las conductas irregulares que puedan presentarse durante su ejecución.

En esa medida, la utilización indebida de una figura contractual no determina, por sí sola, que dicha institución deba desaparecer del ordenamiento jurídico. De hecho, el ordenamiento colombiano dispone de herramientas para identificar y sancionar la intermediación laboral ilegal, aplicar el principio constitucional de primacía de la realidad sobre las formalidades y proteger los derechos de quienes efectivamente desarrollan actividades bajo condiciones de subordinación.

Por lo tanto, se considera que antes de adoptar una medida de eliminación generalizada, resulta necesario evaluar alternativas menos restrictivas, tales como el fortalecimiento de la inspección laboral, la verificación del cumplimiento de las obligaciones de seguridad social, la prevención de prácticas fraudulentas y la imposición de las sanciones legalmente procedentes.

Sobre este particular, desde esta cartera Ministerial se advierte que el proyecto no evidencia, en su articulado, que la supresión de todos los contratos sindicales sea indispensable para impedir su utilización irregular, ni establece una diferenciación suficiente entre las organizaciones que cumplen legítimamente sus obligaciones y aquellas que eventualmente incurran en conductas contrarias al ordenamiento jurídico.

De ahí que la prohibición generalizada puede resultar excesiva frente a la finalidad perseguida, al extender sus efectos restrictivos a modalidades de contratación colectiva que se desarrollen conforme a la ley.

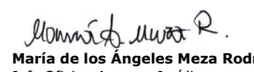
Teniendo en cuenta las razones anteriormente expuestas, el Ministerio del Trabajo considera que, si bien el Proyecto de Ley No. 070 de 2026 Senado persigue finalidades legítimas relacionadas con la protección de los derechos laborales, la prevención de la intermediación laboral ilegal y la formación del talento humano en salud, lo cierto es que la propuesta de eliminación progresiva del contrato sindical resulta jurídicamente inconveniente.

A la anterior conclusión se arriba toda vez que la propuesta:

- Restringe de manera general una modalidad de contratación colectiva reconocida por el ordenamiento jurídico colombiano.
- Puede afectar el ejercicio de la libertad y autonomía sindical y reducir los instrumentos disponibles para la acción colectiva de las organizaciones de trabajadores.
- No diferencia suficientemente entre la utilización legítima del contrato sindical y las prácticas fraudulentas que deben ser objeto de prevención, investigación y sanción.
- No demuestra, a partir del articulado, que la eliminación de la figura constituya una medida necesaria frente a otras alternativas menos restrictivas.

Finalmente, sin perjuicio de las observaciones formuladas, y con el propósito de contribuir al fortalecimiento técnico y jurídico de la iniciativa, el Ministerio del Trabajo manifiesta su disposición para participar, de considerarse pertinente, en mesas técnicas de trabajo con el autor y los ponentes del proyecto, con la finalidad de revisar las observaciones y evaluar alternativas de ajuste.

Atentamente,



María de los Ángeles Meza Rodríguez
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:**
Alberto Mario Ropain Escobar Asesor Viceministerio de Relaciones Laborales e Inspección	Juliana Morad Acero Viceministra de Relaciones Laborales e Inspección	Juliana Morad Acero Viceministra de Relaciones Laborales e Inspección

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día (09) del mes de noviembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República,** las siguientes consideraciones:

CONCEPTO: CONSIDERACIONES JURÍDICAS Y TÉCNICAS SOBRE LA INICIATIVA LEGISLATIVA DE LA REFERENCIA.

REFRENDADO POR: MARÍA DE LOS ÁNGELES MEZA RODRÍGUEZ - JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA - MINISTERIO DEL TRABAJO

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No 070 DE 2026 SENADO

TITULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROHÍBE EL USO INDEBIDO DEL CONTRATO SINDICAL COMO MECANISMO DE INTERMEDIACIÓN LABORAL, SE ESTABLECE SU ELIMINACIÓN PROGRESIVA Y SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD".

NÚMERO DE FOLIOS: CINCO (05) FOLIOS

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 1750 - lunes, 9 de noviembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS **Págs.**

Informe de Ponencia Positiva, pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate en el Senado de la República al 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. 1

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto Jurídico del Ministerio de Trabajo al Proyecto de Ley número 70 de 2026 Senado, por medio del cual se prohíbe el uso indebido del contrato sindical como mecanismo de intermediación laboral, se establece su eliminación progresiva y se adoptan medidas para la protección del talento humano en salud. 1 2

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026