



Bogotá D.C, septiembre de 2026.

Secretario

ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ

Secretario de la Comisión Séptima

Senado de la República

E. S. D.

Asunto: Informe de *ponencia positiva* para primer debate del Proyecto de Ley No. 100 de 2026, *"Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud"*.

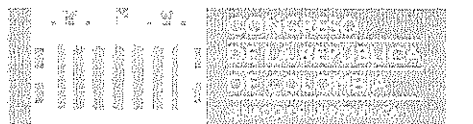
Respetado secretario,

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del senado de República, me permito presentar informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley número 100 de 2026 *"Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el, banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud"*.

Cordialmente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Senador partido Centro Democrático
Ponente Coordinador

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora partido MIRA
Ponente



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En atención a la designación hecha por la Presidencia de la Comisión Séptima de Senado, me permito presentar INFORME DE PONENCIA POSITIVA para primer debate al Proyecto de Ley número 100 de 2026 *“Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el, banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud”*. La exposición de motivos que acompaña la ponencia del proyecto se estructura de la siguiente manera:

- I. Síntesis del Proyecto.
- II. Antecedentes del Proyecto.
- III. Análisis de la iniciativa.
- IV. Marco normativo.
- V. Pliego modificadorio articulado.
- VI. Impacto fiscal.
- VII. Declaratoria de conflicto de interés.
- VIII. Proposición.
- IX. Texto propuesto.

I. Síntesis del proyecto

El presente proyecto de ley tiene por objeto fortalecer el acceso efectivo, oportuno y continuo a los medicamentos mediante tres componentes principales: establecer la entrega domiciliaria como una obligación legal a cargo de las entidades responsables del aseguramiento, sin que su procedencia dependa de una entrega incompleta previa; crear el Banco Nacional de Medicamentos como mecanismo estratégico para prevenir y atender situaciones de escasez y desabastecimiento; y elevar a rango legal obligaciones de reporte, seguimiento e información sobre la disponibilidad y abastecimiento de medicamentos, articuladas con los sistemas de información existentes.

Naturaleza	Proyecto de ley
Consecutivo	No. 100 de 2026 (Senado)
Título	Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el, banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud
Materia	Salud – Medicamentos - Abastecimiento y entrega domiciliaria
Autor	H.S Honorio Miguel Henríquez Pineda
Ponentes	H.S. Ana Paola Agudelo H.S. Andrés Eduardo Forero Molina
Origen	Senado de la República
Radicación	2026/07/28 (senado)
Estado	Primer debate Senado



II. Antecedentes del proyecto de Ley

El Proyecto de Ley No. 100 de 2026 Senado corresponde a una nueva iniciativa legislativa; sin embargo, la entrega domiciliaria y el seguimiento al abastecimiento de medicamentos cuentan con antecedentes normativos relevantes.

El artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 estableció la obligación de garantizar la entrega de medicamentos pendientes en el lugar de residencia o trabajo del afiliado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a una entrega incompleta, disposición posteriormente desarrollada por la Resolución 1604 de 2013 y reforzada por la Circular Externa 017 de 2026.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1763 de 2026, mediante la cual creó el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud –SISCAATS–. Este nuevo marco regulatorio constituye un antecedente directo para la iniciativa y permite armonizar el proyecto con los mecanismos actualmente vigentes de reporte, seguimiento y prevención del desabastecimiento.

III. Análisis de la Iniciativa

El Proyecto de Ley No. 100 de 2026 Senado busca fortalecer las condiciones de acceso efectivo y oportuno a los medicamentos mediante tres medidas complementarias: establecer la entrega domiciliaria como una obligación legal a cargo de las entidades responsables del aseguramiento; crear el Banco Nacional de Medicamentos como mecanismo estratégico frente a situaciones de escasez y desabastecimiento; y fortalecer, con rango legal, las obligaciones de información, monitoreo y alerta sobre disponibilidad y abastecimiento de medicamentos.

1. Entrega domiciliaria como obligación legal

El ordenamiento jurídico colombiano ya contempla mecanismos de entrega domiciliaria de medicamentos. En particular, el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 establece que las Entidades Promotoras de Salud deben asegurar la entrega completa e inmediata de los medicamentos y dispone que, cuando excepcionalmente esta no pueda realizarse de manera completa al momento de la reclamación, deberán garantizar la entrega de los medicamentos pendientes en el lugar de residencia o trabajo autorizado por el afiliado dentro de un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas.

La Resolución 1604 de 2013 desarrolló esta disposición y definió expresamente dicho mecanismo como una modalidad excepcional derivada de una entrega incompleta. Más recientemente, la Circular Externa 017 de 2026 reiteró la obligación de garantizar la entrega domiciliaria dentro de las cuarenta y ocho (48) horas cuando se generen medicamentos pendientes.

En consecuencia, la innovación legislativa propuesta no consiste en crear por primera vez la entrega domiciliaria, sino en modificar su alcance legal. El proyecto busca que esta modalidad deje de depender necesariamente de una reclamación presencial previa y de la



generación de un medicamento pendiente, para convertirse en una obligación legal a cargo de las entidades responsables del aseguramiento, sin costo adicional para el usuario y bajo las condiciones técnicas y sanitarias que establezca la reglamentación.

Con este propósito, el pliego de modificaciones propone reformar expresamente el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012. La modificación preserva la garantía actualmente existente de entrega de medicamentos pendientes dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, pero incorpora una protección adicional que permita acceder a la entrega domiciliaria desde el inicio del proceso de suministro.

Esta medida adquiere especial importancia para las personas con enfermedades crónicas, huérfanas o de alto costo, los adultos mayores, las personas con discapacidad o movilidad reducida y quienes habitan en zonas rurales, rurales dispersas o de difícil acceso, para quienes el desplazamiento hasta un punto de dispensación puede constituir una barrera adicional para la continuidad de sus tratamientos.

2. Banco Nacional de Medicamentos

El segundo componente de la iniciativa consiste en la creación del Banco Nacional de Medicamentos como un mecanismo público de carácter estratégico, bajo la dirección y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, destinado a prevenir y atender situaciones de escasez, riesgo de desabastecimiento y desabastecimiento en el territorio nacional.

El proyecto busca que dicho mecanismo pueda articular recursos y capacidades de origen público, privado o mixto y cuente con cobertura nacional, dejando al Gobierno Nacional la definición reglamentaria de su organización, funcionamiento, financiación y operación territorial.

El Banco no pretende sustituir las obligaciones ordinarias que corresponden a las entidades responsables del aseguramiento, gestores farmacéuticos, prestadores, fabricantes, distribuidores y demás actores de la cadena. Su finalidad es fortalecer la capacidad de respuesta del sistema cuando la disponibilidad ordinaria de medicamentos resulte insuficiente o se encuentre amenazada.

De igual manera, la iniciativa articula el Banco con la obligación de entrega domiciliaria, de forma que ante situaciones de escasez o desabastecimiento las entidades responsables puedan activar los mecanismos institucionales e informativos necesarios para procurar la continuidad del suministro.

3. Información, monitoreo y alertas de abastecimiento

El proyecto también busca fortalecer las obligaciones de reporte y seguimiento sobre inventarios, disponibilidad y riesgos de desabastecimiento.

Sobre esta materia debe tenerse especialmente en cuenta que, con posterioridad a la radicación del proyecto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1763 del 5 de agosto de 2026, mediante la cual estableció el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud —SISCAATS—.



Esta herramienta tiene por objeto centralizar información y facilitar la identificación, monitoreo y gestión de incidencias que puedan afectar el abastecimiento de medicamentos y otras tecnologías en salud.

La expedición de esta regulación administrativa no elimina la necesidad de la iniciativa. Por el contrario, permite que durante el trámite legislativo se armonice el proyecto con la institucionalidad recientemente creada y que determinados deberes estructurales de reporte y seguimiento sean elevados a rango legal, dejando al Gobierno Nacional el desarrollo de sus aspectos técnicos y operativos.

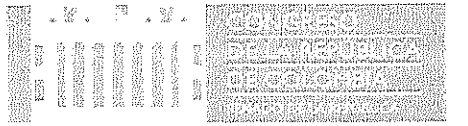
En consecuencia, el proyecto propone que la información destinada al Banco Nacional de Medicamentos se articule con el SISCAATS y con los demás sistemas existentes, evitando duplicidades en los reportes y permitiendo además que los usuarios accedan, cuando sea técnicamente posible, a información clara y actualizada sobre la disponibilidad de medicamentos, puntos de dispensación y fechas estimadas de reposición.

En conjunto, estas medidas buscan que la garantía del derecho fundamental a la salud no concluya con la prescripción del medicamento, sino que se traduzca en su acceso efectivo y oportuno, mediante una regulación que fortalezca simultáneamente la entrega, el abastecimiento y la información disponible para los usuarios y las autoridades.

La Senadora Ana Paola Agudelo y la bancada del partido MIRA, coautora y ponente de este proyecto de ley, en el año 2023, durante el trámite del proyecto de Ley 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, del cual el Senador Andrés Forero fue autor junto con su bancada, 341 de 2023 Cámara, y 344 de 2023 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", presentaron una propuesta orientada a establecer soluciones normativas de idéntica naturaleza a las que hoy inspiran esta iniciativa legislativa.

Este antecedente ratifica un compromiso sostenido en el tiempo, y evidencia un interés superior por estructurar acciones concretas, oportunas y eficientes que respondan de manera directa a las barreras de acceso a medicamentos que enfrentan a diario los pacientes en Colombia.

Pero adicionalmente, atendiendo a la coyuntura y a las persistentes fallas de abastecimiento en el sistema de salud, resulta imperativo enriquecer las consideraciones de la presente iniciativa mediante la incorporación de los valiosos aportes realizados por diversos actores del sector, con especial énfasis en la voz de las organizaciones de pacientes y de las comunidades en las regiones. Por ello, en el marco del pliego de modificaciones propuesto para primer debate, se fortalece el alcance de la ley, transitando de un esquema institucional en relación con el reporte de inventarios, hacia una garantía efectiva de transparencia e información pública. De este modo, se busca no solo optimizar la logística de entrega domiciliaria e interinstitucional, sino empoderar al ciudadano mediante el acceso oportuno a datos claros, verificables y en tiempo real sobre la disponibilidad de sus medicamentos, los puntos de dispensación habilitados y las fechas estimadas de reposición. Con ello, se procura consolidar una herramienta legislativa más robusta, preventiva y orientada a devolver la eficiencia, la confianza y la dignidad al acceso a la salud en todo el territorio nacional.



En este sentido esta iniciativa busca que el derecho fundamental a la salud no se limite a la prescripción médica, sino que se materialice en la disponibilidad y entrega efectiva del tratamiento requerido, reduciendo las barreras administrativas y logísticas que actualmente afectan a millones de usuarios del sistema. Sobre ello nos referiremos en el pliego de modificaciones.

Durante los últimos cuatro años, el sistema de salud colombiano ha enfrentado una de las mayores crisis de abastecimiento de medicamentos de su historia reciente. Miles de pacientes han reportado dificultades para acceder a tratamientos esenciales para enfermedades cardiovasculares, diabetes, epilepsia, cáncer, enfermedades huérfanas, salud mental y patologías de alto costo. Esta situación ha generado un aumento en las acciones de tutela, las quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud, la interrupción de tratamientos y un deterioro significativo en la confianza de los ciudadanos en la administración del sistema de salud por parte del gobierno 2022-2026.

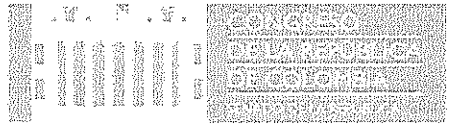
Si bien el desabastecimiento responde a múltiples factores —como dificultades en las cadenas internacionales de suministro, incremento de los costos de producción, problemas logísticos, dependencia de materias primas importadas y retrasos en los pagos a algunos actores del sistema, también ha quedado en evidencia la ausencia de mecanismos eficientes de coordinación, monitoreo y respuesta temprana que permitan anticipar y mitigar estas contingencias, sin dejar de lado la mala administración del Sistema de Salud desde el 7 de agosto de 2022.

Es por esto que, la presente iniciativa legislativa tiene un impacto estructural, al proponer una política pública enfocada en garantizar la continuidad del tratamiento farmacológico como componente esencial del derecho fundamental a la salud. La creación de un banco estratégico de medicamentos permitirá mantener reservas de medicamentos esenciales para enfrentar contingencias, reducir el riesgo de interrupciones en la atención y responder con mayor capacidad a eventos de escasez nacional o internacional.

Asimismo, la implementación de una plataforma tecnológica de seguimiento e interoperabilidad facilitará el monitoreo permanente de inventarios, la identificación temprana de riesgos de desabastecimiento y una mejor coordinación entre los diferentes actores del sistema, incluyendo a los pacientes. Esto permitirá optimizar la distribución de medicamentos, reducir tiempos de espera y evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes entre diferentes dispensadores en busca de un tratamiento disponible.

Otro impacto relevante es el fortalecimiento de la equidad en el acceso. La entrega domiciliar de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas, personas mayores, personas con discapacidad y habitantes de zonas rurales contribuirá a disminuir barreras geográficas y económicas, mejorar la adherencia a los tratamientos y reducir complicaciones derivadas de la suspensión de medicamentos esenciales.

Desde el punto de vista financiero, la iniciativa también puede generar eficiencias para el sistema de salud. Un abastecimiento planificado, acompañado de sistemas de información interoperables y mecanismos de seguimiento, reduce pérdidas por vencimiento de medicamentos, optimiza la gestión de inventarios y disminuye costos derivados de hospitalizaciones evitables ocasionadas por la interrupción de tratamientos. De igual forma, la reducción de acciones de tutela y reclamaciones administrativas contribuirá a disminuir los costos asociados a la judicialización del acceso a medicamentos.



Finalmente, este proyecto fortalece la confianza de los ciudadanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al establecer mecanismos que permitan que la formulación médica se traduzca efectivamente en la entrega oportuna del medicamento requerido. En consecuencia, la iniciativa no solo busca resolver problemas coyunturales de escasez, sino construir un modelo preventivo, resiliente y sostenible que garantice la disponibilidad permanente de medicamentos esenciales y contribuya a la protección efectiva del derecho fundamental a la salud, evitando que las crisis de abastecimiento vividas en Colombia durante los últimos años vuelvan a poner en riesgo la vida y la calidad de vida de millones de pacientes.

Evidencia Internacional

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado fortalecer modelos de distribución descentralizada y centrados en el paciente, especialmente para quienes requieren tratamientos de larga duración. Entre las alternativas identificadas se encuentran la dispensación para varios meses y mecanismos descentralizados de distribución mediante correo, puntos comunitarios, farmacias locales, centros de salud y trabajadores comunitarios.

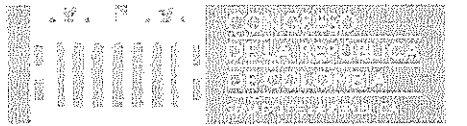
La OMS también ha documentado experiencias de entrega domiciliaria de medicamentos en diferentes países, particularmente cuando existen barreras de acceso físico a los servicios de salud. En la región del Sudeste Asiático, por ejemplo, la entrega domiciliaria de medicamentos antirretrovirales fue utilizada para pacientes que no podían desplazarse hasta los establecimientos de salud. Esta misma entidad ha identificado la utilización de herramientas digitales y sistemas de información para facilitar la localización de medicamentos disponibles, reducir tiempos de espera y mejorar el acceso de personas residentes en zonas alejadas.

En 2025-2026, Grecia implementó un programa de entrega domiciliaria gratuita de medicamentos de alto costo para pacientes con enfermedades crónicas y potencialmente mortales, utilizando prescripción digital, autorización del paciente, operadores logísticos certificados y mecanismos especiales de cadena de frío. Aproximadamente 139.000 pacientes se encuentran comprendidos en el programa.

Estos antecedentes permiten concluir que la entrega domiciliaria no constituye una medida excepcional o ajena a los sistemas modernos de salud, pero su implementación debe estar acompañada de trazabilidad, seguridad, protección de la cadena de frío, prescripción válida, control sanitario y mecanismos de seguimiento.

Evidencia y experiencia regional

El Banco Interamericano de Desarrollo sugiere utilizar mecanismos de entrega domiciliaria para medicamentos de mantenimiento dentro del esquema internacional de medicamentos prescritos, incluyendo solicitudes electrónicas y suministro programado. Esta experiencia demuestra la viabilidad de integrar prescripción, farmacia, logística y entrega domiciliaria mediante herramientas tecnológicas. Por ello es de suma importancia hacer transversal la prescripción electrónica, dispensación y distribución domiciliaria.



Disminución del Gasto en salud de Colombia.

Para reducir el gasto de bolsillo en salud de los Colombianos, el país ha realizado un esfuerzo importante en los últimos años por aumentar su inversión en salud. En el año 2000 el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de Colombia fue de 5,64%, en el año 2010 fue de 7,31% y para el año 2020 fue de 8,71% (Banco Mundial,

2023). Colombia en materia de gasto público, supera a varios países de la región, particularmente Chile y Brasil, también si se compara con Uruguay, el indicador de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud se encuentra entre los más bajos de la región y del mundo.

Sin embargo, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Colombia invierte menos en sanidad que el promedio de los países de la organización (OCDE, 2023), es el país con menor gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto-PIB.

Esto es relevante porque en Colombia el derecho a la salud es un derecho fundamental y cuenta con el Plan de Beneficios en Salud que busca cubrir a la totalidad de la población, de ahí la importancia de ratificar el derecho a recibir los medicamentos como fundamental, vital y de primacía, y la mejor manera para lograrlo es a través de la entrega de medicamentos a domicilio que propone esta iniciativa.

IV. Marco normativo

A. Constitucional:

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece que:

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Por su parte el artículo 49 del texto superior estipula:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del



Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

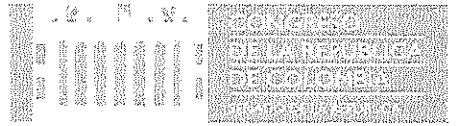
B. Normativa Legal

Ley 1751 de 2015 que desarrolla el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia y de la cual cabe resaltar, para efectos del fundamento jurídico del presente proyecto de ley:

ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. *Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento;*



controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

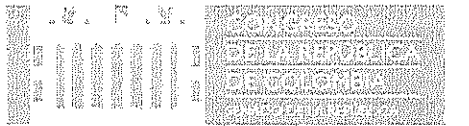
ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) <Literal CONDICIONALMENTE exequible> Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

El antecedente legal directo de la iniciativa se encuentra en el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, disposición con fuerza de ley que actualmente regula el suministro de medicamentos en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 131. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.

En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza.”



La disposición contiene actualmente dos garantías: (i) la entrega completa e inmediata de los medicamentos y (ii), cuando excepcionalmente exista una entrega incompleta, el suministro domiciliario del medicamento pendiente dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes.

El presente proyecto propone modificar expresamente este artículo, preservando ambas garantías y ampliando su alcance, de manera que la entrega domiciliaria deje de operar únicamente como respuesta frente a una dispensación incompleta y se constituya en una obligación legal que permita al afiliado optar por esta modalidad sin costo adicional y sin necesidad de desplazarse previamente a un punto de dispensación.

La Resolución 1604 de 2013 reglamentó el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y estableció los lineamientos aplicables al “mecanismo excepcional de entrega de medicamentos” en el domicilio o lugar de trabajo del afiliado, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a una entrega incompleta. Asimismo, creó un sistema de monitoreo, seguimiento y control de la entrega de medicamentos.

Esta regulación evidencia que el modelo vigente concibe expresamente la entrega domiciliaria como una respuesta excepcional posterior a una dispensación incompleta. Precisamente sobre este aspecto pretende avanzar la modificación legislativa propuesta.

Posteriormente, mediante la Resolución 1763 del 5 de agosto de 2026, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud –SISCAATS–, como herramienta para identificar, monitorear y gestionar las incidencias que afecten el abastecimiento de medicamentos y otras tecnologías en salud.

La resolución establece obligaciones de reporte para distintos actores que intervienen en la cadena de distribución física y busca consolidar información relacionada con disponibilidad y abastecimiento. Su expedición, posterior a la radicación del proyecto, constituye un referente directo para el pliego de modificaciones.

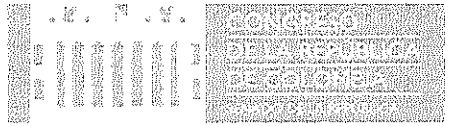
En ese sentido, la iniciativa propone elevar a rango legal la obligación estructural de reporte y seguimiento, articulando la información destinada al Banco Nacional de Medicamentos con el SISCAATS y evitando la creación de sistemas paralelos o la duplicidad de cargas administrativas.

C. Jurisprudencia

Por otro lado, respecto al desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional también ha establecido un sinnúmero de directrices bajo las cuales debe ser analizado el derecho fundamental a la salud a efecto de lograr su materialización, garantía y protección:

SU-480 de 1997

El Estado está obligado a prestar el plan de atención básica en salud y las EPS, especialmente deben prestar el plan obligatorio de salud y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado.



Hay que admitir que, al delegarse la prestación del servicio público de salud a una entidad particular, ésta ocupa el lugar del Estado para algo muy importante cual es la prestación de un servicio público; pero eso no excluye que la entidad aspire obtener una legítima ganancia. Así está diseñado el sistema. Pero, lo principal es que se tenga conciencia de que lo que se recauda no pertenece a las EPS, ni mucho menos entra al presupuesto nacional ni a los presupuestos de las entidades territoriales, sino que pertenece al sistema general de seguridad social en salud, es, pues, una contribución parafiscal. Por tal razón, la Corte no puede ser indiferente al equilibrio estructural del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, al plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y a los principios de universalidad y solidaridad que deben ir paralelos. La vigilancia de estos preceptos forma parte de uno de los objetivos del Estado social de derecho: la solución de las necesidades insatisfechas de salud.

C-542 de 1998

La Seguridad Social constituye "...un servicio público de carácter obligatorio, sometido a la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley, que correlativamente se estructura en la forma de un derecho absolutamente irrenunciable, cuya prestación corre a cargo del Estado, con la intervención de los particulares, y del cual son titulares todos los ciudadanos, permitiéndoles obtener el amparo necesario para cubrir los riesgos que pueden llegar a minar su capacidad económica y afectar su salud, con especial énfasis en aquellos sectores de la población más desprotegidos, en la intención de conservar una comunidad sana y productiva, gracias a la ampliación gradual de la cobertura que en forma progresiva debe producirse, según los parámetros que señale el legislador"

T- 540 de 2002

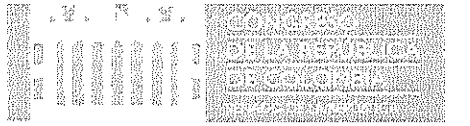
Los adultos mayores necesitan una protección preferente en vista de las especiales condiciones en que se encuentran y es por ello que el Estado tiene el deber de garantizar los servicios de seguridad social integral a estos, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud.

La atención en salud de personas de la tercera edad se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico en razón de las dolencias que son connaturales a la etapa del desarrollo en que se encuentran y es por este mandato o precedente jurisprudencial vinculante que este proyecto de ley se torna pertinente y necesario.

C-974 de 2002

Si bien la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, al cual corresponde hacer efectiva la garantía que conforme a la Constitución tienen todas las personas para

acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y en tal virtud éste debe desplegar una intensa actividad de dirección, regulación y control, no es menos cierto que la propia Constitución ha previsto la participación de los particulares en la prestación de los servicios públicos y en la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social, lo cual implica que para dicha participación, de la manera como ella esté prevista en la ley, es necesario garantizar, en armonía con los principios que rigen la



prestación de los servicios de salud, las condiciones de libertad económica que de acuerdo con la Constitución, y de manera general, rigen a actividad de los particulares. Ello quiere decir que, la imperiosa intervención del Estado en la regulación y control de la prestación del servicio de salud no puede hacerse de manera tal que se frustre la posibilidad del despliegue privado en los términos previstos por la Constitución y la ley.

C-955 de 2007

Enfatiza que todos los recursos de la Seguridad Social tienen destinación específica, la Corte ha aclarado que dicha destinación incluye tanto los recursos destinados a la organización y administración del sistema de seguridad social como los orientados a la prestación del servicio. Así pues, la misma Corporación se ha encargado de explicar que la destinación específica de los recursos parafiscales de la Seguridad Social en Salud no se desconoce por el hecho de que parte de los mismos se dirijan a financiar la organización y administración del Sistema. Además, ha indicado que ello es así por razones que tocan con la materialización del principio de eficiencia que preside la prestación de dicho servicio de salud, principio que se orienta a lograr la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

T-745 de 2009

Para el caso de las personas de la tercera edad, por tratarse de sujetos de especial protección constitucional, esta Corporación ha sostenido que el derecho a la salud adquiere la calidad de derecho fundamental autónomo, en razón a las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. Por esta razón, el Estado y las entidades prestadoras de salud se encuentran obligadas a prestarles la atención médica integral que requieran, de conformidad con el tratamiento ordenado por el médico tratante, lo cual incluye los medicamentos, con sujeción a los principios de celeridad, eficiencia, continuidad y oportunidad, ratificando esta Sentencia lo ya manifestado de urgencia y necesidad de este proyecto de ley.

T-760 de 2008

Que tiene como objetivo analizar diferentes facetas del "Derecho a la Salud" y valorar sus implicaciones con la finalidad de garantizar el goce universal equitativo y efectivo de este derecho. En esta sentencia la Corte emite una regulación de sistema del derecho a la salud que afecta la posibilidad de su goce efectivo por las personas y situaciones concretas y específicas e imparte ordenes con un cronograma de actividades de cumplimiento específico que trate de superar las fallas de la regulación del sistema de salud en su materialización como derecho fundamental.

C-463 de 2008

La salud es un servicio público inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficacia. De acuerdo con el principio de universalidad todas las personas en condiciones de igualdad deben estar amparadas frente a todos los riesgos derivados del aseguramiento en salud, bien sea para la prevención o promoción de la salud, o bien para la protección o la recuperación de la misma.



En cuanto al principio de solidaridad se manifiesta en dos subreglas: en el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, y en la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. Por último, el principio de eficiencia en materia de salud hace relación al arte de la mejor utilización y maximización de los recursos financieros disponibles para lograr y asegurar la mejor prestación de los servicios de salud a toda la población a que da derecho la seguridad social en salud.

C-252 de 2010

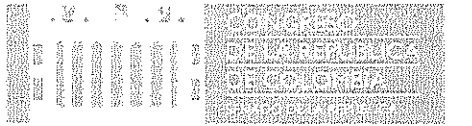
Una simple lectura de los artículos 48, 49 y 365 de la Carta demuestra que corresponde a la ley determinar los elementos estructurales del sistema, tales como (I) concretar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, (II) regular el servicio, (III) autorizar o no su prestación por particulares, (IV) fijar las competencias de la Nación y las entidades territoriales, (V) determinar el monto de los aportes y, (VI) señalar los componentes de la atención básica que será obligatoria y gratuita, entre otros". De igual manera, en la sentencia C-955 de 2007 (anterior), el Tribunal concluyó que el diseño legal del sistema de seguridad social en salud es el desarrollo del deber del Estado de intervenir en la economía para asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, como quiera que "se le ha confiado al Legislador la misión de formular las normas básicas relativas a la naturaleza, la extensión y la cobertura del servicio público, su carácter de esencial, los sujetos encargados de su prestación, las condiciones para asegurar la regularidad, la permanencia, la calidad y la eficiencia en su prestación, las relaciones con los usuarios, sus deberes y derechos, el régimen de su protección y las formas de participación en la gestión y fiscalización de las empresas que presten un servicio público, el régimen tarifario, y la manera como el Estado ejerce la inspección, el control y la vigilancia para asegurar su prestación eficiente".

C-607 de 2012

De manera imperativa el cuarto inciso del artículo 48 de la Constitución Política establece que "No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella". En desarrollo de este mandado constitucional, la jurisprudencia ha reconocido de manera uniforme y pacífica que los recursos que ingresan al Sistema de Seguridad Social, "tanto en salud como en pensiones, con independencia de la denominación que de ellos se haga (cotizaciones, aportes, cuotas moderadoras, copagos, tarifas, deducibles, bonificaciones, etc.), no pueden ser utilizados para propósitos distintos a los relacionados con la seguridad social debido a su naturaleza parafiscal.

C-262 de 2013

El artículo 48 constitucional permite que los particulares acompañen al Estado en la prestación del servicio. Así, este precepto se refiere a los particulares en dos oportunidades: en el inciso tercero para señalar que el Estado, con la participación de los particulares, debe ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social, y en el inciso cuarto, cuando señala que el servicio podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. En el ámbito de la cobertura de las contingencias relacionadas con la salud, el



artículo 49 superior indica que el Estado debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, quienes quedarán sujetas a su vigilancia y control, así como definir las competencias de dichas entidades. Estas disposiciones muestran que la participación de los particulares en la prestación del servicio de seguridad social, y específicamente en el ámbito de la salud, está condicionada a la regulación, vigilancia y control del Estado. En otras palabras, si bien es cierto la Constitución permite la participación de los particulares, éstos deben sujetarse a las reglas que establezca el Estado a través del Congreso y el Ejecutivo, quien puede definir los alcances de su participación con sujeción a la Carta Política, y someterse a su vigilancia y control. Además, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el poder de regulación de las libertades económicas en el ámbito del SGSSS es reforzado, en vista del interés público que reviste el servicio y su relación con la realización de varios derechos fundamentales, como la salud.

T-017 de 2021

Esta sentencia concluye que la protección del derecho a la salud es fundamental para garantizar la dignidad de la persona y una vida digna.

T-195 de 2021

Esta sentencia reitera que el derecho a la salud es fundamental y que su prestación debe ser integral y continua. También señala que el Estado debe tomar medidas excepcionales para garantizar el derecho a la salud en caso de emergencia.

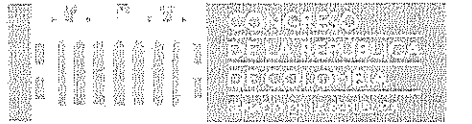
C-383 de 2020

Aquí la Corte Constitucional insiste en que, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se requiere un flujo oportuno y efectivo de recursos que contribuya a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, el cual se ha visto afectado, entre otros, por la complejidad de los procesos implementados para la asignación de los dineros de la salud, lo que ha derivado en graves problemas de iliquidez en las entidades promotoras y prestadoras de los servicios de salud.

T-268 de 2023

Esta sentencia establece que el derecho a la salud de los adultos mayores debe ser protegido de manera reforzada. También señala que el derecho al diagnóstico es parte del derecho a la salud, y que el concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud, dentro del cual se deben entender incluidos, los medicamentos.

Y se resaltan también las sentencias T-478 del 01 de septiembre de 2016. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, sobre la fundamentalidad del derecho a la salud y sus principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad, la Sentencia T-375 del 14 de julio de 2016. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo sobre los principios rectores que lo deben regir, entre otros, el de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad, continuidad, la Sentencia T-301 del 09 de junio de 2016. M.P. Alejandro Linares Cantillo sobre el Derecho a la salud como derecho fundamental autónomo en reiteración de jurisprudencia.



D. Normas internacionales:

Declaración Universal de los Derechos del Hombre:

Artículo 11. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

Pacto de San José de Costa Rica, del 22 de noviembre del 1969, en la cual se resalta que dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, salud, libertad de organización, de participación política, entre otros)

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.

5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se les aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

E. Normativa reglamentaria y administrativa

La Resolución 1604 de 2013 reglamentó el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y



desarrolló el mecanismo excepcional de entrega domiciliaria de medicamentos cuando se presenta una entrega incompleta, estableciendo que el medicamento pendiente deberá ser entregado en el lugar de residencia o trabajo autorizado por el afiliado dentro de un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas.

Posteriormente, la Circular Externa 017 de 2026 reforzó las obligaciones de las EPS y gestores farmacéuticos en materia de suministro oportuno, gestión de medicamentos pendientes, redes alternas de dispensación, entrega domiciliaria dentro de las cuarenta y ocho (48) horas y seguimiento a situaciones de escasez o desabastecimiento.

Asimismo, mediante la Resolución 1763 de 2026, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud –SISCAATS–, orientado a fortalecer el monitoreo, reporte y gestión de riesgos relacionados con la disponibilidad y abastecimiento de medicamentos y demás tecnologías en salud.

Este desarrollo normativo evidencia que Colombia cuenta actualmente con mecanismos administrativos de entrega domiciliaria, seguimiento y gestión del abastecimiento. Sin embargo, la garantía legal expresa de entrega domiciliaria continúa asociada principalmente al evento de una entrega incompleta previa.

En consecuencia, el presente proyecto propone elevar la entrega domiciliaria a una obligación legal que pueda operar desde el inicio del proceso de suministro, sin costo adicional para el usuario y sin necesidad de que previamente se genere un medicamento pendiente, preservando simultáneamente la garantía vigente de entrega dentro de las cuarenta y ocho (48) horas.

De igual manera, la iniciativa pretende elevar a rango legal obligaciones estructurales de reporte, seguimiento e información sobre abastecimiento, articulándolas con el SISCAATS y los demás mecanismos existentes, y complementarlas mediante la creación del Banco Nacional de Medicamentos como instrumento estratégico para la prevención y atención de situaciones de escasez y desabastecimiento.

V. Pliego modificatorio Articulado

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO	JUSTIFICACIÓN
<i>“Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud”.</i>	<i>“Por medio del cual se modifica el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 para garantizar la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud”</i>	Se modifica el título para que quede en línea con las modificaciones realizadas al articulado del proyecto.
Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto fortalecer el acceso efectivo, oportuno y continuo a los medicamentos,	Se ajusta el objeto de la iniciativa para precisar sus tres componentes principales: establecer la



medicamentos mediante su entrega domiciliaria a los pacientes, así como la creación de un Banco Nacional de Medicamentos que permita prevenir la escasez y el desabastecimiento en el sistema de salud.	mediante el establecimiento de la entrega domiciliaria como una obligación legal a cargo de las entidades responsables del aseguramiento, la creación del Banco Nacional de Medicamentos como mecanismo estratégico para prevenir y atender situaciones de escasez y desabastecimiento, y el fortalecimiento de los mecanismos de información, pública, clara, actualizada y verificable, seguimiento y alerta sobre la disponibilidad y abastecimiento de medicamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	entrega domiciliaria de medicamentos como una obligación legal, crear el Banco Nacional de Medicamentos como mecanismo estratégico frente a situaciones de escasez y desabastecimiento, y fortalecer las obligaciones de información y seguimiento al abastecimiento que no solo sirvan al monitoreo institucional, sino que garanticen transparencia para la ciudadanía y todos los actores del sistema de salud. El ajuste armoniza el objeto con el régimen vigente y con las modificaciones propuestas en el articulado.
Artículo 2. Entrega domiciliaria de medicamentos. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los gestores farmacéuticos deberán implementar mecanismos de entrega domiciliaria de medicamentos, sin costo adicional para los pacientes, priorizando a: a) Personas con enfermedades crónicas. b) Adultos mayores. c) Personas con discapacidad. d) Pacientes en zonas rurales o de difícil acceso. La entrega deberá realizarse dentro de plazos razonables,	Artículo 2. Modificación del artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012. Modifíquese el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, el cual quedará así: <u>Artículo 131. Suministro y entrega domiciliaria de medicamentos.</u> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar a sus afiliados la entrega completa y oportuna de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y de aquellos cuyo suministro corresponda garantizar en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Se modifica expresamente el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 para ampliar la entrega domiciliaria de medicamentos, permitiendo que el usuario pueda optar por esta modalidad sin que exista previamente una entrega incompleta. Se conserva la garantía vigente de entrega de pendientes dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, se incorporan poblaciones de atención prioritaria y se articula el mecanismo con el Banco Nacional de Medicamentos frente a situaciones de escasez o



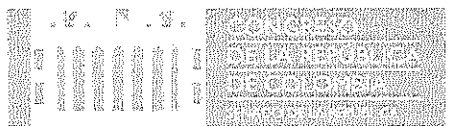
garantizando la calidad, conservación y trazabilidad de los medicamentos.	Los afiliados podrán optar por la entrega domiciliaria de dichos medicamentos, sin costo adicional y sin necesidad de que exista previamente una entrega incompleta. Tendrán atención prioritaria las personas con enfermedades crónicas, huérfanas o de alto costo, los adultos mayores, las personas con discapacidad o movilidad reducida y quienes residan en zonas rurales, rurales dispersas o de difícil acceso. Cuando la entrega sea incompleta, los medicamentos pendientes deberán ser entregados en el lugar de residencia o trabajo autorizado por el afiliado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. En situaciones de escasez, riesgo de desabastecimiento o desabastecimiento, las entidades responsables deberán articularse con el Banco Nacional de Medicamentos y los sistemas de información existentes. Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones técnicas, sanitarias y logísticas aplicables a la entrega domiciliaria.	desabastecimiento.
Artículo 3. Creación del Banco Nacional de Medicamentos. Créase el Banco Nacional de Medicamentos como un sistema articulado de gestión, almacenamiento y redistribución de medicamentos, cuyo objetivo será: a) Prevenir el	Artículo 3. Banco Nacional de Medicamentos. Créase el Banco Nacional de Medicamentos como un mecanismo público de carácter estratégico, bajo la dirección y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será prevenir y atender situaciones de escasez, riesgo de desabastecimiento y	Se precisa la naturaleza, administración, fuentes de abastecimiento y cobertura del Banco Nacional de Medicamentos, estableciendo su dirección y coordinación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Asimismo, se



desabastecimiento. b) Optimizar el uso de medicamentos disponibles. c) Redistribuir excedentes entre entidades del sistema de salud. d) Garantizar disponibilidad en situaciones de emergencia sanitaria. El Gobierno Nacional reglamentará su funcionamiento, incluyendo mecanismos de control, vigilancia y transparencia.	desabastecimiento de medicamentos en el territorio nacional. El Banco podrá abastecerse mediante fuentes y mecanismos de origen público, privado o mixto, de conformidad con la ley y la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, y podrá articularse con los actores del sistema de salud para la adquisición, almacenamiento, rotación, distribución y redistribución de medicamentos, así como para integrar y facilitar el acceso a información pública, clara, actualizada y verificable sobre su disponibilidad, los puntos de dispensación en los que se encuentren disponibles y, cuando corresponda, la fecha estimada de reposición. Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la organización, funcionamiento, financiación y cobertura territorial del Banco Nacional de Medicamentos, garantizando su operación en todo el territorio nacional y su articulación con los sistemas de información y mecanismos de reserva existentes, dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación.	permite la participación de fuentes públicas, privadas o mixtas y se garantiza su cobertura nacional. Se busca fortalecer la trazabilidad y transparencia en la cadena de suministro de medicamentos, facilitando el acceso oportuno a información que permita conocer su disponibilidad y contribuir a la identificación y atención temprana de situaciones de escasez o interrupción del suministro. Se deja al Gobierno Nacional la reglamentación de su organización, funcionamiento, financiación y articulación con los mecanismos existentes.
Artículo 4. Obligaciones de reporte y articulación. Las EPS, IPS, operadores logísticos y actores del sistema deberán reportar periódicamente la información sobre inventarios, consumo y disponibilidad de medicamentos al Banco Nacional de Medicamentos. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones establecidas por la	Artículo 4. Obligaciones de reporte e información. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), gestores farmacéuticos, operadores logísticos y demás actores de la cadena de abastecimiento que determine el Gobierno Nacional deberán suministrar de manera periódica al Banco Nacional de Medicamentos información relacionada con inventarios,	Se fortalece la obligación legal de suministro y reporte de información sobre inventarios, disponibilidad y riesgos de desabastecimiento, articulándola con el SISCAATS y los demás sistemas existentes para evitar duplicidades. Se complementa el artículo incorporando el reporte periódico de la



normatividad vigente.	consumo, disponibilidad y riesgos de desabastecimiento de medicamentos. Para el cumplimiento de esta obligación se utilizarán y articularán los sistemas de información existentes, especialmente el Sistema de Información para la Centralización de Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud –SISCAATS–, evitando la duplicidad de reportes. La información destinada a los usuarios se dispondrá de manera clara, accesible, gratuita y actualizada, a través de los medios tecnológicos que determine el Gobierno Nacional. Esta permitirá consultar, cuando sea técnicamente posible, los puntos de dispensación que cuenten con el medicamento requerido y la fecha estimada de reposición en caso de agotamiento. Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones técnicas, periodicidad y mecanismos para el suministro, reporte y consulta de la información. Parágrafo 2°. La información relacionada con la disponibilidad, entrega y reposición de medicamentos requeridos para el tratamiento de personas con enfermedades crónicas, huérfanas, de alto costo o de alto riesgo deberá ser objeto de atención prioritaria y comunicación oportuna al usuario, de conformidad con los criterios técnicos que establezca el Gobierno Nacional.	variable de consumo como insumo técnico fundamental para anticipar riesgos de desabastecimiento. Asimismo, se fortalece el derecho a la información del usuario al incluir el uso de medios tecnológicos y accesibles para ubicar los puntos de dispensación abastecidos y conocer las fechas de reposición en caso de agotamiento. Finalmente, se incluye un parágrafo que ordena la atención prioritaria y la comunicación oportuna de la información sobre disponibilidad de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas, huérfanas, de alto costo o de alto riesgo, con el fin de proteger la continuidad de sus tratamientos.
-----------------------	--	--



Artículo 5. Financiamiento y reglamentación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las fuentes de financiamiento para la implementación de la presente ley, así como su reglamentación dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación.	Artículo 5. Financiamiento y reglamentación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las fuentes de financiamiento para la implementación de la presente ley, así como su reglamentación dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación.	Sin cambios
Artículo 6. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las leyes que le sean contrarias.	Artículo 6. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Se propone "Disposiciones" con el objetivo de abarcar todas las incompatibilidades que pueden surgir frente a normas específicas, no necesariamente solo frente a leyes.

VI. Impacto fiscal

Cabe resaltar que este proyecto si bien tendría impacto para las finanzas públicas, los recursos en su implementación saldrían de los presupuestos asignados a cada una de las instituciones encargadas de administrar el Sistema de Seguridad Social en Salud y que, toda vez que, se trata de un derecho fundamental de interés general debe tenerse en cuenta la Jurisprudencia del primer nivel hermenéutico en materia constitucional; la Honorable Corte Constitucional quien en la Sentencia C-625 de 2010 con ponencia del Honorable Magistrado Nilson Pinilla estableció que:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en

tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.

Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga



irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquél el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

De allí que esta corporación haya señalado que corresponde al Gobierno el esfuerzo de llevar a los legisladores a la convicción de que el proyecto por ellos propuesto no debe ser aprobado, y que en caso de resultar infructuoso ese empeño, ello no constituye razón suficiente para tener por incumplido el indicado requisito, en caso de que las cámaras finalmente decidan aprobar la iniciativa cuestionada.”

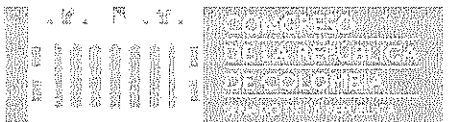
VII. Declaratoria de conflicto de interés

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)

- i. *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de*



VIII. Proposición

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicitamos a la Honorable Comisión Séptima del Senado dar primer debate al Proyecto de Ley No. 100 de 2026 Senado *"Por medio del cual se garantiza la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el, banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud"*.

Cordialmente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Senador partido Centro Democrático
Ponente Coordinador

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora partido MIRA
Ponente

IX. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 100 DE SENADO

"Por medio del cual se modifica el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 para garantizar la entrega domiciliaria de medicamentos y se crea el banco nacional de medicamentos para prevenir el desabastecimiento en el sistema de salud"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto fortalecer el acceso efectivo, oportuno y continuo a los medicamentos, mediante el establecimiento de la entrega domiciliaria como una obligación legal a cargo de las entidades responsables del aseguramiento, la creación del Banco Nacional de Medicamentos como mecanismo estratégico para prevenir y atender situaciones de escasez y desabastecimiento, y el fortalecimiento de los mecanismos de información, pública, clara, actualizada y verificable, seguimiento y alerta sobre la disponibilidad y abastecimiento de medicamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Modificación del artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012. Modifíquese el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, el cual quedará así:

Artículo 131. Suministro y entrega domiciliaria de medicamentos. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar a sus afiliados la entrega completa y oportuna de los medicamentos incluidos en el Plan de



Beneficios en Salud (PBS) y de aquellos cuyo suministro corresponda garantizar en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados podrán optar por la entrega domiciliaria de dichos medicamentos, sin costo adicional y sin necesidad de que exista previamente una entrega incompleta.

Tendrán atención prioritaria las personas con enfermedades crónicas, huérfanas o de alto costo, los adultos mayores, las personas con discapacidad o movilidad reducida y quienes residan en zonas rurales, rurales dispersas o de difícil acceso.

Cuando la entrega sea incompleta, los medicamentos pendientes deberán ser entregados en el lugar de residencia o trabajo autorizado por el afiliado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes.

En situaciones de escasez, riesgo de desabastecimiento o desabastecimiento, las entidades responsables deberán articularse con el Banco Nacional de Medicamentos y los sistemas de información existentes.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones técnicas, sanitarias y logísticas aplicables a la entrega domiciliaria.

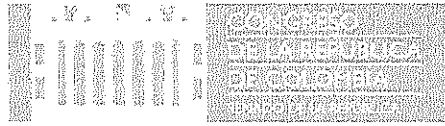
Artículo 3. Creación del Banco Nacional de Medicamentos. Créase el Banco Nacional de Medicamentos como un mecanismo público de carácter estratégico, bajo la dirección y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será prevenir y atender situaciones de escasez, riesgo de desabastecimiento y desabastecimiento de medicamentos en el territorio nacional.

El Banco podrá abastecerse mediante fuentes y mecanismos de origen público, privado o mixto, de conformidad con la ley y la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, y podrá articularse con los actores del sistema de salud para la adquisición, almacenamiento, rotación, distribución y redistribución de medicamentos, así como para integrar y facilitar el acceso a información pública, clara, actualizada y verificable sobre su disponibilidad, los puntos de dispensación en los que se encuentren disponibles y, cuando corresponda, la fecha estimada de reposición.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la organización, funcionamiento, financiación y cobertura territorial del Banco Nacional de Medicamentos, garantizando su operación en todo el territorio nacional y su articulación con los sistemas de información y mecanismos de reserva existentes, dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación.

Artículo 4. Obligaciones de reporte y articulación. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), gestores farmacéuticos, operadores logísticos y demás actores de la cadena de abastecimiento que determine el Gobierno Nacional deberán de manera periódica al Banco Nacional de Medicamentos información relacionada con inventarios, consumo, disponibilidad y riesgos de desabastecimiento de medicamentos.

Para el cumplimiento de esta obligación se utilizarán y articularán los sistemas de información existentes, especialmente el Sistema de Información para la Centralización de



Alertas de Abastecimiento de Tecnologías en Salud –SISCAATS–, evitando la duplicidad de reportes.

La información destinada a los usuarios se dispondrá de manera clara, accesible, gratuita y actualizada, a través de los medios tecnológicos que determine el Gobierno Nacional. Esta permitirá consultar, cuando sea técnicamente posible, los puntos de dispensación que cuentan con el medicamento requerido y la fecha estimada de reposición en caso de agotamiento.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones técnicas, periodicidad y mecanismos para el suministro, reporte y consulta de la información.

Parágrafo 2°. La información relacionada con la disponibilidad, entrega y reposición de medicamentos requeridos para el tratamiento de personas con enfermedades crónicas, huérfanas, de alto costo o de alto riesgo deberá ser objeto de atención prioritaria y comunicación oportuna al usuario, de conformidad con los criterios técnicos que establezca el Gobierno Nacional.

Artículo 5. Financiamiento y reglamentación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las fuentes de financiamiento para la implementación de la presente ley, así como su reglamentación dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación.

Artículo 6. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Senador partido Centro Democrático
Ponente Coordinador

ANA PAOLA AGUDELO GARCIA
Senadora partido MIRA
Ponente