REPÚBLICA DE COLOMBIA

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 1700 | Bogotá, D. C., viernes, 30 de octubre de 2026 | EDICIÓN DE 25 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

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 461 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se eliminan trámites en el acceso a la salud, se adopta la estrategia Salud sin Espera y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 27 de 2026

Doctor

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Secretario General

Cámara de Representantes

Referencia: Radicación Proyecto de Ley número 461 de 2026 Cámara, ***por medio de la cual se eliminan trámites en el acceso a la salud, se adopta la estrategia Salud sin Espera y se dictan otras disposiciones***.

En calidad de Representante a la Cámara y en uso de la facultad consagrada en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, me permito comedidamente radicar ante su despacho el siguiente Proyecto de Ley número 461 de 2026 Cámara, ***por medio de la cual se eliminan trámites en el acceso a la salud, se adopta la estrategia Salud sin Espera y se dictan otras disposiciones***, mediante el cual buscamos contribuir al proceso de simplificación de los trámites administrativos en el sector salud y beneficiar a los colombianos en los tiempos de espera de sus medicamentos o procedimientos. Dejamos entonces a consideración del Honorable Congreso de la República este proyecto para dar trámite correspondiente y cumplir con las exigencias dictadas por la ley y la Constitución.

De los honorables congresistas,

JUAN PABLO ROJAS SUÁREZ Representante a la Cámara por el Valle del Cauca Nuevo Liberalismo	**JUAN PABLO DUQUE GONZÁLEZ** Representante a la Cámara por Caquetá Nuevo Liberalismo
MARÍA LUCÍA VILLALBA GÓMEZ Senadora de la República Nuevo Liberalismo	

PROYECTO DE LEY NÚMERO 461 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se eliminan trámites en el acceso a la salud, se adopta la estrategia Salud sin Espera y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto prevenir, eliminar, simplificar y controlar las barreras administrativas que retrasen, fragmenten o impidan el acceso oportuno, continuo, integral, efectivo y con calidad a los servicios y tecnologías en salud legalmente debidos, mediante la estrategia Salud sin Espera. Para ello establece obligaciones de gestión de oficio, coordinación, oportunidad, continuidad, trazabilidad, interoperabilidad, seguimiento y control, respetando la autonomía

profesional, la seguridad del paciente y las reglas de financiación.

Artículo 2º. *Ámbito de aplicación y reglas rectoras.* La presente ley se aplica a las EPS, entidades adaptadas y responsables de pago, IPS, gestores farmacéuticos, operadores logísticos, proveedores de tecnologías en salud, entidades territoriales, entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud, incluidas las empresas de medicina prepagada, y compañías aseguradoras que ofrezcan pólizas de salud, así como a las demás personas naturales o jurídicas que intervengan en autorizaciones, programación, referencia, dispensación, suministro o prestación, según sus competencias legales y las obligaciones que les correspondan.

Salud sin Espera implica que los actores gestionen directamente y de oficio las actuaciones administrativas necesarias sin convertir al usuario, cuidador, representante o agente oficioso en intermediario. Constituye barrera administrativa toda acción, omisión, exigencia, devolución, demora, fragmentación o práctica interna que dificulte injustificadamente el acceso efectivo.

Su aplicación observará oportunidad, continuidad, integralidad, autonomía profesional, necesidad clínica, carga administrativa cero para el paciente, interoperabilidad, trazabilidad, lenguaje claro, enfoque diferencial, seguridad del paciente, protección de datos y no regresividad.

Parágrafo 1º. La entidad legalmente responsable conservará la obligación de garantizar la atención oportuna, integral y continua. Cada actor responderá por sus propias competencias y obligaciones, sin perjuicio de la coordinación y colaboración exigibles. Las controversias administrativas, operativas, financieras o contractuales se resolverán entre los actores sin trasladarse al usuario ni interrumpir injustificadamente la atención.

Parágrafo 2º. Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud y las compañías aseguradoras que ofrezcan pólizas de salud aplicarán las disposiciones de esta ley respecto de los servicios y tecnologías que deban garantizar conforme a la ley y a las condiciones válidas del respectivo plan o contrato. Su aplicación no modifica automáticamente las coberturas o exclusiones contractuales válidas ni sustituye las obligaciones de las EPS. La inspección, vigilancia y control corresponderá a las autoridades competentes, de acuerdo con el régimen aplicable.

Artículo 3º. ***Gestión de oficio, orden clínica y prohibición de traslado de cargas.*** La orden, fórmula, prescripción, remisión, solicitud de procedimiento, apoyo diagnóstico, terapia o indicación del profesional tratante competente activará de oficio la gestión necesaria hasta la programación, prestación o entrega efectiva. Los actores consultarán y reutilizarán la información disponible en la historia clínica y en los sistemas oficiales o institucionales interoperables. El usuario únicamente suministrará información indispensable para su identificación, seguridad o atención que no esté disponible ni pueda obtenerse institucionalmente.

Se prohíbe:

1. Exigir documentos, radicaciones, transcripciones, refrendaciones, renovaciones, validaciones o citas administrativas cuando la información esté disponible o pueda intercambiarse entre actores.

2. Trasladar al usuario la corrección de códigos, formatos, datos o errores atribuibles al sistema.

3. Obligar al usuario a buscar prestador, proveedor, agenda, inventario o red alterna, o a coordinar asuntos administrativos o contractuales entre entidades.

4. Remitir sucesivamente al usuario entre actores sin asumir y concluir la gestión correspondiente.

5. Suspender, devolver o retrasar prestaciones por auditorías o controles que puedan realizarse concurrentemente o con posterioridad.

Parágrafo 1º. Los errores administrativos que no alteren el contenido clínico se corregirán de oficio e inmediatamente. Toda inconsistencia que pueda afectar identificación, diagnóstico, medicamento, dosis, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, procedimiento, plan de manejo o seguridad se verificará directamente con el profesional tratante o responsable competente, sin imponer al usuario su subsanación. Ningún tratamiento podrá modificarse por razones exclusivamente administrativas.

Parágrafo 2º. Se conservan las verificaciones de pertinencia clínica, seguridad del paciente, habilitación, condiciones sanitarias, cobertura y financiación legalmente exigibles. Estas se adelantarán entre los actores competentes de manera coordinada y oportuna, respetando la autonomía profesional y sin barreras o dilaciones injustificadas.

Artículo 4º. ***Autorizaciones excepcionales, términos y efectos del vencimiento.*** La autorización administrativa previa será excepcional y solo procederá cuando esté expresamente prevista en normas legales o reglamentarias y sea necesaria para la gestión del riesgo, la verificación de condiciones legales de financiación o la organización de la prestación. Cuando proceda, la entidad responsable decidirá y comunicará de forma expresa, motivada, comprensible y trazable dentro del plazo especial aplicable o del más favorable previsto aquí:

1. Veinticuatro (24) horas si la demora puede generar agravamiento, pérdida funcional, complicaciones, secuelas, interrupción de tratamientos críticos o afectación clínicamente significativa.

2. Cuarenta y ocho (48) horas para sujetos de especial protección constitucional o quienes requieran atención preferente por criterio clínico, salvo que se exija un plazo inferior.

3. Cinco (5) días calendario en los demás casos, salvo plazo legal o reglamentario inferior.

Parágrafo 1º. Los plazos en horas serán continuos y los expresados en días serán calendario; se contarán desde el ingreso verificable de la orden o solicitud a cualquiera de los canales institucionales habilitados, incluidos los mecanismos interoperables previstos en el artículo 6° de la presente ley y sus canales de contingencia, sin depender de su registro o clasificación interna. La entidad garantizará constancia de recepción y canales de contingencia. Las fallas tecnológicas y las inconsistencias administrativas corregibles entre actores no suspenderán, reiniciarán ni ampliarán injustificadamente el término. Prevalecerán los plazos más favorables de las normas especiales o exigidos justificadamente por el profesional tratante. Este artículo no restablece autorizaciones eliminadas ni altera el régimen de urgencias o de prestaciones inmediatas.

Parágrafo 2º. Vencido el término sin decisión expresa comunicada, la falta de autorización no impedirá por sí sola programar o prestar servicios y tecnologías legalmente debidos. La entidad responsable deberá activar de inmediato la prestación y dejar constancia del vencimiento y las actuaciones. El prestador habilitado y con capacidad podrá proceder conforme a las reglas vigentes de prestación, referencia, facturación y reconocimiento.

Parágrafo 3º. El vencimiento no configura por sí mismo acto administrativo ficto, financiación automática de tecnologías expresamente excluidas ni reconocimiento económico definitivo al margen de la ley. La entidad pagadora no podrá objetar únicamente la falta de autorización derivada de su propia omisión cuando concurran las demás condiciones legales; se mantienen los controles de pertinencia, habilitación, cobertura, seguridad, legalidad del gasto y auditoría, sin imponer barreras al paciente.

Parágrafo 4º. La autorización o número de trámite no constituye cumplimiento de la garantía: deberá asegurarse programación y prestación efectiva según necesidad clínica y estándares de oportunidad. Si la red asignada no tiene disponibilidad, se gestionará directamente una alternativa habilitada y adecuada. Las autorizaciones legalmente exigibles se gestionarán integralmente por condición, episodio, ruta o plan de manejo cuando proceda; en tratamientos continuos su renovación será de oficio mientras subsista la indicación clínica, sin perjuicio de reevaluaciones justificadas.

Artículo 5º. ***Entrega completa y continuidad de medicamentos y tecnologías en salud.*** Las entidades responsables de pago y los prestadores, gestores farmacéuticos, operadores logísticos y proveedores que intervengan en la dispensación o suministro garantizarán, según sus competencias, la entrega completa, oportuna y continua de medicamentos y tecnologías prescritas.

Ante una entrega incompleta, el actor que atienda al usuario registrará inmediatamente el pendiente con tecnología, cantidad faltante, causa, responsable y fecha cierta de entrega. El faltante se entregará sin costos ni nuevas gestiones del usuario dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación, o antes cuando lo exija la próxima dosis, la condición clínica o el profesional tratante. La entrega parcial no contará como total y el caso permanecerá abierto hasta acreditar recepción completa.

En tratamientos continuos, la siguiente dispensación se programará antes del agotamiento de lo suministrado y se aplicarán los mecanismos de vigencia, renovación o reactivación de prescripciones previstos en la normativa especial, sin exigir nueva fórmula por pendientes atribuibles a la institución, salvo reevaluación clínica justificada.

Para las personas que, por su condición de salud, discapacidad, movilidad reducida o limitación física temporal o permanente, no puedan desplazarse al punto de dispensación o para quienes dicho desplazamiento represente una carga desproporcionada, la entidad responsable garantizará la entrega de los medicamentos y tecnologías en salud legalmente debidos en su domicilio o lugar de permanencia, previa aceptación del usuario y sin cobro adicional por esta modalidad.

La necesidad podrá identificarse mediante la información disponible en la historia clínica, la indicación del profesional tratante o la manifestación del usuario, su cuidador o representante, sin exigir trámites o desplazamientos adicionales. La entrega se realizará de manera oportuna, de acuerdo con la necesidad clínica y antes de que se interrumpa el tratamiento, bajo las condiciones sanitarias aplicables.

Las dificultades de inventario, pago, contratación, despacho, direccionamiento o logística no podrán trasladarse al usuario. La entidad responsable gestionará suministro alternativo habilitado, cuando exista disponibilidad, y garantizará la trazabilidad desde la prescripción hasta la entrega efectiva, incluidos los pendientes, las entregas parciales y su solución, mediante los sistemas y mecanismos interoperables existentes y su articulación con el identificador o mecanismo equivalente previsto en el artículo 6º de la presente ley.

La información registrada se aprovechará para el seguimiento de las obligaciones previstas en este artículo, evitando reportes duplicados y sin perjuicio de las obligaciones de información vigentes.

Parágrafo 1º. Ante desabastecimiento o imposibilidad material documentada se activarán contingencias y búsqueda en redes alternas; si no hay disponibilidad, se informará oportunamente al tratante para valorar alternativas seguras y pertinentes. Las modificaciones de las condiciones terapéuticas prescritas deberán obedecer a criterios clínicos y sanitarios, conforme a la normativa vigente, y no podrán imponerse por razones

exclusivamente administrativas, contractuales o financieras. En ningún caso podrán desconocer la autonomía del profesional tratante ni comprometer la seguridad del paciente. La imposibilidad material no excusa la inactividad de los actores.

Parágrafo 2º. Cada actor responderá por las actividades efectivamente desarrolladas conforme a sus deberes legales, sanitarios y contractuales; la entidad garante coordinará la continuidad. Se observarán condiciones de almacenamiento, conservación, transporte, cadena de frío, farmacovigilancia, trazabilidad y seguridad, sin perjuicio de las normas especiales de entrega domiciliaria, inventarios, reservas y abastecimiento, y de la regla más favorable al paciente.

Artículo 6º. ***Ventanilla única, identificación de órdenes, interoperabilidad, trazabilidad y lenguaje claro.*** Todo usuario tendrá derecho a consultar gratuitamente, a través de un punto de acceso que integre la información disponible y mediante canales físicos, telefónicos, digitales o asistidos, el estado de la gestión de sus órdenes, fórmulas, prescripciones, remisiones y solicitudes de servicios y tecnologías en salud, desde su expedición o recepción hasta la prestación, entrega o cierre motivado.

La información deberá comprender, como mínimo, el responsable de la gestión, el término aplicable, la decisión adoptada, la programación, el prestador o proveedor asignado, las entregas parciales, los pendientes, los redireccionamientos y el resultado o estado de cierre. La consulta se garantizará con ajustes razonables y alternativas accesibles para las personas que no puedan o no deseen utilizar medios digitales.

Para permitir el seguimiento de extremo a extremo, las órdenes, fórmulas, prescripciones, remisiones y solicitudes contarán con un identificador o con un mecanismo de identificación y equivalencia interoperable, de conformidad con los estándares que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este mecanismo permitirá vincular, cuando corresponda, los identificadores de la atención, de la prescripción, del direccionamiento, de la programación, de la dispensación y de las demás actuaciones asociadas, aprovechando los mecanismos, registros e identificadores existentes. Su implementación no exigirá al usuario nuevas radicaciones ni la presentación de información que pueda ser consultada o intercambiada institucionalmente.

Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos, los operadores logísticos y los proveedores de tecnologías en salud registrarán, según sus competencias y responsabilidades, las actuaciones necesarias para la trazabilidad de la gestión, incluidas, cuando correspondan, la recepción, solicitud y decisión de autorización, direccionamiento, programación, prestación, dispensación, entrega parcial, identificación de pendientes, redireccionamiento y cierre. Cada actuación deberá permitir identificar su fecha, hora y responsable.

La prestación efectiva y la entrega completa deberán registrarse como tales. Las entregas parciales y los pendientes permanecerán identificados hasta su solución. Cuando proceda el cierre por una causa diferente a la prestación o entrega completa, esta deberá quedar registrada y motivada, sin que dicho cierre implique reportar como atendido o entregado lo que no lo haya sido.

Cuando proceda una autorización administrativa previa conforme al artículo 4° de la presente ley, su solicitud, los soportes legalmente exigibles y la respuesta se intercambiarán entre los actores mediante mecanismos interoperables que permitan, como mínimo, verificar la recepción, consultar el estado del trámite y comunicar la decisión al prestador y al usuario. La negativa, devolución o solicitud de información adicional deberá indicar de manera clara y específica su fundamento y el responsable de la decisión.

Los mecanismos de intercambio deberán permitir que la información disponible y legalmente accesible sea reutilizada, evitar exigencias duplicadas y asegurar que los actores no trasladen al usuario trámites que les corresponden. Los mecanismos de contingencia garantizarán la continuidad de la gestión cuando existan fallas tecnológicas o limitaciones de conectividad, sin suspender ni reiniciar los términos de respuesta y sin perjuicio de la posterior sincronización de los registros.

Las respuestas, negaciones, devoluciones e instrucciones se comunicarán en lenguaje claro, con indicación del fundamento, responsable, plazo, alternativa de continuidad y canal de reclamación. El uso de medios tecnológicos no podrá convertirse en requisito exclusivo para acceder a la atención.

Parágrafo 1º. ***Protección de datos y consulta de accesos.*** El intercambio y tratamiento de información observará las normas sobre protección de datos personales, reserva de la historia clínica, confidencialidad, finalidad, necesidad y acceso restringido. Los responsables implementarán controles de identidad y perfiles, registro verificable de accesos y modificaciones, seguridad de la información, conservación y gestión de incidentes.

El titular de la información, su representante legal o la persona facultada conforme a la ley podrá solicitar y consultar, por medios accesibles y previa verificación de identidad, la información disponible sobre los accesos a sus datos en los sistemas comprendidos en el mecanismo de interoperabilidad, incluyendo la entidad, el usuario o perfil autorizado, la fecha y la finalidad registrada, cuando esta información se encuentre disponible, sin perjuicio de las reservas y excepciones establecidas en la ley. La reglamentación determinará las condiciones técnicas para el ejercicio de esta consulta y la conservación de los registros, conforme a las normas aplicables.

Parágrafo 2º. ***Estándares y articulación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y las demás autoridades competentes, definirá los estándares, condiciones de seguridad, responsables, flujos y mecanismos técnicos necesarios para la implementación de este artículo.

Para ello, aprovechará y articulará los sistemas, servicios e identificadores existentes, incluidos los desarrollados en el marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica y del Resumen Digital de Atención, especialmente los relativos a la prescripción, direccionamiento, programación, dispensación y entrega de medicamentos, conforme a su ámbito de aplicación.

La implementación garantizará la continuidad de la información y evitará la duplicidad de registros, reportes, desarrollos tecnológicos y exigencias para los actores, sin perjuicio de las adecuaciones necesarias para alcanzar la trazabilidad integral prevista en esta ley.

La reglamentación distinguirá la información clínica reservada de la información necesaria para la gestión administrativa y no otorgará acceso a datos de salud por fuera de las finalidades y autorizaciones previstas en la ley. La implementación evitará duplicidades, cargas desproporcionadas y la exigencia de plataformas particulares cuando los actores cumplan los estándares de intercambio definidos.

Parágrafo 3º. ***Alertas y seguimiento.*** Los mecanismos de trazabilidad permitirán identificar solicitudes vencidas, entregas incompletas y riesgos de interrupción de la atención, y generar alertas a los actores responsables y a las autoridades competentes, de acuerdo con los criterios de priorización, capacidad operativa y lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 7º. ***Continuidad reforzada y sujetos de especial protección.*** Los tratamientos, medicamentos, terapias, controles, procedimientos, dispositivos y servicios en curso no podrán suspenderse, retrasarse ni reiniciarse injustificadamente por vencimiento de autorizaciones, glosas, auditorías posteriores, cambios contractuales, de prestador, gestor, operador, red, EPS o régimen, reorganización institucional o inconsistencias administrativas.

La entidad responsable mantendrá la atención hasta contar con alternativa efectiva, disponible, informada y clínicamente adecuada. En traslados de afiliados, liquidaciones, intervenciones, reorganizaciones o cambios de red o prestador, las entidades de origen y destino aplicarán protocolos de transición asistencial y transferencia segura de información según sus responsabilidades legales, sin repetir trámites ni trasladar controversias al paciente.

Se adoptarán rutas prioritarias y seguimiento proactivo para niños, niñas y adolescentes, gestantes, personas mayores, personas con discapacidad o dependencia, pacientes con cáncer, enfermedades huérfanas, crónicas o de alto costo, necesidades de salud mental o cuidados paliativos, población rural dispersa y demás sujetos de especial protección constitucional. Comprenderán renovación anticipada, canales accesibles, contacto con representantes autorizados, reducción de desplazamientos y coordinación territorial cuando sea necesario.

Parágrafo. Ante riesgo de interrupción se identificará el tratamiento vigente, fecha de próxima atención o dispensación, responsable, disponibilidad y contingencias. La priorización considerará conjuntamente protección constitucional y riesgo clínico individual, sin sustituir el juicio del profesional tratante.

Artículo 8º. ***Inteligencia artificial y automatización para la gestión oportuna.*** Los actores podrán incorporar inteligencia artificial, analítica de datos y automatización para reducir cargas y tiempos administrativos y apoyar validación y corrección de datos, priorización según riesgo clínico, agendas, redireccionamientos, inventarios, pendientes, alertas y seguimiento hasta la atención efectiva.

Su uso garantizará protección de datos, seguridad de la información, calidad de datos, transparencia, trazabilidad, no discriminación y supervisión humana mediante controles proporcionales al riesgo. No podrá sustituir el juicio clínico, imponer trámites o canales exclusivamente digitales ni servir por sí solo para negar, restringir, suspender o modificar prestaciones. Toda decisión administrativa automatizada que afecte significativamente el acceso será auditable, revisable y corregible por personal competente, con procedimientos de evaluación de riesgos, errores y sesgos.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Superintendencia Nacional de Salud y las autoridades competentes en protección de datos, establecerá lineamientos técnicos de uso responsable, seguro, interoperable y auditable, diferenciando usos administrativos de los que comprometan autonomía profesional, seguridad del paciente o decisiones clínicas y priorizando infraestructura existente.

Artículo 9º. ***Línea base, indicadores y evaluación de resultados.*** Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud establecerán una línea base nacional y por entidad sobre barreras administrativas, con información de al menos los doce (12) meses anteriores. Publicarán trimestralmente indicadores en formatos abiertos y realizarán evaluaciones integrales a los doce (12), veinticuatro (24) y treinta y seis (36) meses de la promulgación. Para la medición progresiva de los tiempos y resultados se aprovecharán los registros asociados al identificador o mecanismo equivalente

de que trata el artículo 6º, los datos provenientes de los procesos de prescripción, direccionamiento, programación, dispensación y entrega, así como los sistemas de información y modelos de gestión de tiempos de espera existentes.

La metodología permitirá identificar, entre otros aspectos, las entregas completas, parciales y pendientes, el tiempo transcurrido hasta su solución y las limitaciones de calidad, cobertura y comparabilidad de las fuentes, evitando la duplicidad de reportes.

La medición incluirá como mínimo:

1. Tiempos desde la orden hasta decisión, programación, prestación y entrega.

2. Solicitudes vencidas, cargas impuestas al usuario y tratamientos interrumpidos.

3. Entregas completas, parciales o pendientes de medicamentos y tiempo de solución.

4. Exacerbaciones, pérdida funcional, urgencias, hospitalizaciones, eventos adversos y demás resultados clínicos asociados a demoras.

5. Tutelas por tipo de barrera, tasa de concesión, cumplimiento material, desacatos y acciones repetidas.

6. Resultados desagregados por entidad, territorio y sujetos de especial protección constitucional.

Parágrafo 1º. La evaluación clínica y de impacto será realizada o validada por institución con independencia técnica, idoneidad y ausencia de conflictos de interés; podrá utilizar capacidades públicas, académicas o mecanismos de cooperación. Su selección, participación y contratación observarán normas de contratación pública, inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés. Se garantizará participación de pacientes, cuidadores, sociedades científicas, academia y actores del sistema, y publicidad de metodología y resultados.

Parágrafo 2º. El Ministerio y la Superintendencia definirán estándares de validación y comparabilidad entre entidades, territorios y periodos, considerando población atendida, complejidad, perfil epidemiológico, condiciones territoriales y riesgos. La tasa de concesión de tutelas no sustituye la medición del cumplimiento efectivo y oportuno. La publicación utilizará datos agregados o debidamente anonimizados, sin identificación directa ni indirecta de titulares ni afectación de información reservada.

Parágrafo 3º. La línea base aprovechará información oficial e institucional existente, sin anticipar obligaciones tecnológicas sujetas a transición; identificará limitaciones de cobertura, calidad o comparabilidad y un plan de mejoramiento progresivo.

Parágrafo 4º. Dentro de los treinta y nueve (39) meses siguientes a la promulgación, el Gobierno nacional, por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social, presentará al Congreso informe integral con resultados de evaluaciones, indicadores de oportunidad y continuidad, evolución de barreras, reclamaciones y tutelas, costos incrementales identificados y recomendaciones normativas, institucionales y presupuestales.

Artículo 10. ***Infracciones administrativas, medidas correctivas y régimen sancionatorio.*** Constituyen conductas susceptibles de investigación y sanción por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto de los sujetos bajo su vigilancia y de obligaciones legalmente exigibles:

1. Trasladar al usuario trámites o cargas administrativas cuya gestión corresponde a los actores.

2. Exigir reiteradamente documentos o validaciones innecesarias o disponibles por medios institucionales.

3. Incumplir injustificadamente los términos aplicables a autorizaciones o solicitudes.

4. Impedir o retrasar injustificadamente programación o prestación efectiva.

5. Incumplir obligaciones exigibles de entrega completa y oportuna de medicamentos y tecnologías.

6. Registrar entregas parciales como completas o cerrar pendientes sin solución efectiva.

7. Interrumpir injustificadamente tratamientos por razones administrativas, contractuales, logísticas o financieras.

8. Omitir coordinación, referencia o redireccionamiento legalmente exigibles.

9. Incumplir obligaciones exigibles de trazabilidad, interoperabilidad o reporte.

10. Suministrar información falsa, alterar registros u obstaculizar injustificadamente la inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 1º. La investigación y sanción se sujetarán al régimen de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, en concordancia con los artículos 128, 130 y 131 y demás normas pertinentes de la Ley 1438 de 2011, modificadas por la Ley 1949 de 2019, y sus reformas. Se aplicarán las sanciones legalmente previstas y las garantías de legalidad, tipicidad, culpabilidad, proporcionalidad, debido proceso, defensa y prohibición de doble sanción por los mismos hechos, sujeto y fundamento.

Parágrafo 2º. La graduación considerará los criterios legales y, cuando proceda, duración, riesgo y daño clínico, personas afectadas, especial protección, reincidencia y medidas de corrección. La imputación atenderá competencias, obligaciones exigibles, capacidad de actuación y participación probada de cada investigado, sin responsabilidad por la sola pertenencia a la cadena.

Parágrafo 3º. Sin perjuicio de la actuación sancionatoria, la Superintendencia podrá adoptar, dentro de sus competencias y procedimientos legales, órdenes y medidas preventivas o correctivas para remover barreras, corregir registros, eliminar exigencias, resolver pendientes, redireccionar y

exigir planes de mejoramiento. La investigación no suspenderá la atención legalmente debida.

Parágrafo 4º. Las infracciones relativas a nuevas obligaciones técnicas, tecnológicas o de reporte solo serán configurables desde su exigibilidad conforme a los términos de implementación y reglamentación, sin afectar la potestad sancionatoria por obligaciones preexistentes.

Artículo 11. ***Reglamentación, implementación, sostenibilidad y no regresividad.*** El Gobierno nacional reglamentará esta ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación, especialmente en autorizaciones excepcionales, interoperabilidad, trazabilidad, ventanilla única, medicamentos, indicadores y transición. Las nuevas obligaciones operativas y tecnológicas se implementarán progresivamente, de acuerdo con las capacidades institucionales, las condiciones territoriales, los riesgos clínicos y los sistemas existentes, dentro de un plazo máximo de treinta (30) meses contados desde la promulgación de la presente ley. La reglamentación establecerá hitos verificables para la identificación y trazabilidad de las órdenes, la consulta de su estado, el intercambio de autorizaciones y la consulta del registro de accesos.

Parágrafo 1º. La transición no suspende derechos ni obligaciones previamente exigibles conforme a la Constitución, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y demás normas vigentes, ni permite imponer barreras a usuarios. Se priorizarán entidades, patologías, territorios y poblaciones con mayores barreras, tratamientos interrumpidos, entregas incompletas, solicitudes vencidas, tutelas o riesgos clínicos. Los plazos de implementación de las nuevas obligaciones previstas en la presente ley no modificarán, suspenderán ni ampliarán los términos previamente establecidos para la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, el Resumen Digital de Atención y sus servicios asociados, salvo disposición legal expresa.

Parágrafo 2º. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación, el Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Superintendencia Nacional de Salud, elaborará un plan técnico y financiero que identifique costos de inversión y operación, recursos disponibles, fuentes legalmente habilitadas, responsables y aprovechamiento de infraestructura existente. La ejecución de nuevas obligaciones con gasto público observará sostenibilidad fiscal, planeación, eficiencia, legalidad del gasto, disponibilidades presupuestales, normas orgánicas del presupuesto y Marco Fiscal de Mediano Plazo, sin excusar obligaciones vigentes.

El plan técnico y financiero incluirá un diagnóstico de capacidades de los actores obligados, las necesidades de integración y conectividad, los costos estimados, las fuentes de financiación legalmente disponibles, los mecanismos de apoyo para prestadores de menor capacidad y zonas con limitaciones de conectividad, los indicadores de avance y las medidas de contingencia.

Parágrafo 3º. Ninguna disposición de esta ley o de su reglamentación podrá interpretarse o aplicarse para reducir injustificadamente la protección del derecho fundamental a la salud, suprimir garantías vigentes o imponer nuevas cargas administrativas al usuario.

Parágrafo 4º. La reglamentación establecerá las condiciones operativas para la entrega domiciliaria de medicamentos y tecnologías en salud, incluida la identificación de la necesidad del usuario, la coordinación de la entrega y el cumplimiento de las condiciones sanitarias aplicables.

Asimismo, precisará la aplicación de la presente ley a los planes voluntarios de salud y a las pólizas de salud, considerando la naturaleza de cada modalidad, las prestaciones a cargo de cada entidad y las competencias de las autoridades de inspección, vigilancia y control. En las modalidades de reembolso, la reglamentación distinguirá los trámites de reconocimiento económico de los procesos de autorización, coordinación y prestación directa de servicios.

La reglamentación y la implementación progresiva no suspenderán los derechos ni las obligaciones previamente exigibles, incluidas las relativas a la entrega de medicamentos pendientes.

Artículo 12. ***Vigencia.*** La presente ley rige desde su promulgación, sin perjuicio de los términos de reglamentación e implementación del artículo 11; deroga las disposiciones que le sean contrarias, respetando normas especiales más favorables a la garantía del derecho fundamental a la salud.

De los honorables congresistas,

JUAN PABLO ROJAS SUÁREZ Representante a la Cámara por el Valle del Cauca Nuevo Liberalismo	**JUAN PABLO DUQUE GONZÁLEZ** Representante a la Cámara por Caquetá Nuevo Liberalismo
MARÍA LUCÍA VILLALBA GÓMEZ Senadora de la República Nuevo Liberalismo	

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY NÚMERO 461 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se eliminan trámites en el acceso a la salud, se adopta la estrategia Salud sin Espera y se dictan otras disposiciones.

I. Síntesis ejecutiva y objeto de la iniciativa

El presente proyecto de ley tiene como finalidad garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud mediante una regla transversal: la orden o

prescripción del profesional tratante debe activar de oficio una gestión institucional completa que finalice en la programación, prestación o entrega efectiva, y no en la expedición de un número de autorización o en la remisión del paciente a otra ventanilla.

La estrategia Salud sin Espera no elimina los controles legítimos de pertinencia, auditoría, cobertura, calidad, seguridad del paciente o protección de recursos públicos. Impide que esos controles se ejecuten trasladando al usuario labores que corresponden a las entidades, repitiendo información ya disponible, fragmentando una ruta clínica, suspendiendo tratamientos o convirtiendo errores internos y controversias contractuales en barreras de acceso.

El proyecto se estructura en doce artículos que regulan: (i) el objeto; (ii) el ámbito de aplicación y las reglas rectoras; (iii) la gestión administrativa de oficio; (iv) las autorizaciones excepcionales, sus términos y los efectos del vencimiento; (v) la entrega completa y continua de medicamentos y tecnologías en salud; (vi) la ventanilla única, interoperabilidad y trazabilidad; (vii) la continuidad reforzada de la atención; (viii) el uso responsable de inteligencia artificial y automatización; (ix) la medición de barreras administrativas y evaluación de resultados; (x) el régimen de infracciones, sanciones y medidas correctivas; (xi) la reglamentación, implementación y sostenibilidad; y (xii) la vigencia de la ley.

La iniciativa no crea un nuevo plan de beneficios ni financia tecnologías expresamente excluidas. Su objeto es hacer materialmente exigibles las prestaciones que ya deben ser garantizadas, distribuir correctamente el riesgo de la mora administrativa y permitir que la inspección, vigilancia y control se base en datos de acceso real, resultados clínicos y cumplimiento.

II. El problema público: la brecha entre la decisión clínica y el acceso efectivo

Colombia ha alcanzado una cobertura amplia de aseguramiento y cuenta con un marco constitucional robusto para la protección de la salud. Sin embargo, la existencia formal de una afiliación, una prescripción o una autorización no equivale por sí misma a acceso efectivo. En la práctica, numerosos usuarios deben radicar órdenes, imprimir soportes, solicitar transcripciones, corregir códigos, obtener validaciones entre entidades, buscar prestadores, verificar agendas, renovar autorizaciones, reclamar entregas incompletas o volver a iniciar procesos cuando cambia la red. La consecuencia es una fragmentación administrativa de una necesidad clínica que, desde la perspectiva del paciente, debería gestionarse como un solo proceso asistencial.

Las barreras administrativas no son meras incomodidades. Una demora puede alterar el pronóstico, agravar una condición, interrumpir una terapia, producir pérdida funcional, aumentar el uso de urgencias o hacer que una persona abandone la atención. Además, la carga administrativa consume tiempo, dinero, conectividad, desplazamientos y capacidad cognitiva de pacientes y cuidadores. Cuando el sistema obliga al ciudadano a coordinar actores que cuentan con contratos, sistemas de información y deberes propios, convierte una falla organizacional en un costo individual y distribuye ese costo de manera desigual.

La literatura especializada denomina carga administrativa a los costos que enfrentan las personas para comprender los requisitos, cumplir procedimientos y soportar sus efectos psicológicos. El marco de Herd y Moynihan distingue costos de aprendizaje, costos de cumplimiento y costos psicológicos. En salud, estos costos aparecen al identificar la ruta correcta, obtener documentos, llamar repetidamente, presentar solicitudes, desplazarse, disputar negaciones o experimentar incertidumbre, frustración y estigma. La administración no es por definición negativa: coordinar, documentar, auditar y controlar son funciones necesarias. La carga surge cuando esos procesos se diseñan o ejecutan de forma que dificultan el acceso, especialmente cuando el usuario debe realizar tareas que corresponden a las organizaciones (Herd & Moynihan, 2019, 2021; Ilea & Ilea, 2024).

III. Magnitud del problema y evidencia empírica

3.1. Judicialización del derecho a la salud

La judicialización muestra tanto la capacidad protectora de la acción de tutela como la insuficiencia de los canales ordinarios. La Defensoría del Pueblo informó que las tutelas en salud pasaron de más de 265.000 en 2024 a cerca de 312.500 en 2025, un aumento aproximado de 47.500 acciones, equivalente al 17,92%. En 2025 representaron alrededor del 34% del total de tutelas y presentaron una tasa de concesión cercana al 74,3%.

La tasa de concesión permite afirmar que la tutela ha sido altamente efectiva como mecanismo decisorio para reconocer vulneraciones individuales: en cerca de tres de cada cuatro procesos se accedió a la protección solicitada. Sin embargo, ese dato no permite concluir, por sí solo, que el servicio, medicamento o tratamiento haya sido prestado completa y oportunamente después del fallo. Para medir efectividad material se requiere conocer el tiempo transcurrido entre la decisión judicial y la atención, el porcentaje de cumplimiento dentro del término ordenado, los incidentes de desacato y la repetición de acciones por el mismo episodio.

La eficacia sistémica también es limitada. El aumento sostenido de tutelas indica que la protección caso por caso no ha eliminado las causas organizacionales que obligan a judicializar. En el Auto número 1174 de 2025, la Corte Constitucional declaró un nivel de cumplimiento bajo en oportunidad y señaló que, según la línea base examinada, el acceso a especialistas podía tardar en promedio entre 40 y 60 días; además, entre 2022 y 2023 se registraron 619.561 PQRD por falta de oportunidad en ese servicio (Corte Constitucional de Colombia, 2025a).

El proyecto no pretende debilitar ni sustituir la tutela. Busca que deje de ser el mecanismo ordinario para obtener una prestación debida. Por ello, la evaluación de la ley deberá medir tutelas por cada diez mil afiliados, tasa de concesión, tiempo hasta el cumplimiento material, desacatos y acciones repetidas, diferenciadas por autorizaciones, agenda, red, medicamentos y continuidad. Una reducción de tutelas solo será un resultado positivo si coincide con mejor acceso, no si obedece a mayores barreras para acudir a la justicia.

3.2. Medicamentos y continuidad de los tratamientos

El acceso a medicamentos requiere una regulación más precisa que la sola prohibición de interrumpir la entrega. La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 consolidó 622.666 PQRS por dificultades de dispensación reportadas por dieciocho EPS entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de marzo de 2025. La Corte también identificó problemas territoriales de dispensación en 174 fármacos, con afectación especialmente sensible en enfermedades raras o huérfanas, distintos tipos de cáncer, epilepsias, diabetes, VIH, condiciones cardiovasculares y otras patologías graves.

Los datos muestran que la barrera no se explica únicamente por la inexistencia física del producto. Intervienen inventario, direccionamiento, programación, red de gestores, cartera, bloqueos de despacho, distribución, errores de prescripción, trámites regulatorios, información fragmentada y falta de contingencia. Por ello, la responsabilidad de garantía no puede agotarse con remitir al paciente a un punto de dispensación sin existencia o con registrar una entrega parcial.

El ordenamiento colombiano ya exige entrega completa e inmediata y prevé, excepcionalmente, la entrega faltante en un plazo no mayor a cuarenta y ocho horas en residencia o lugar de trabajo autorizado. La Resolución número 1809 de 2025 define entrega oportuna como la entrega total dentro de las cuarenta y ocho horas contadas desde la reclamación. El proyecto eleva esta garantía y la integra con trazabilidad, redireccionamiento, continuidad y sanción.

Adicionalmente, el acceso efectivo a los medicamentos requiere reconocer las condiciones físicas y funcionales de los pacientes. Para las personas que no pueden desplazarse o para quienes hacerlo representa una carga desproporcionada, exigir la asistencia a un punto de dispensación puede convertirse en una barrera de acceso y afectar la continuidad del tratamiento. Por ello, el proyecto establece la entrega domiciliaria como una garantía para estas personas, sin imponerles trámites o desplazamientos adicionales y con observancia de las condiciones sanitarias aplicables.

La regla propuesta exige: registro inmediato del pendiente; identificación de cantidad faltante, causa, responsable y fecha cierta; redireccionamiento sin nueva gestión del usuario; entrega total en máximo cuarenta y ocho horas o antes cuando lo exija la siguiente dosis o el riesgo clínico; mantenimiento del caso abierto hasta la entrega completa; programación anticipada en tratamientos crónicos; y prohibición de alterar principio activo, dosis, concentración, forma o vía por una decisión meramente administrativa.

La evaluación deberá medir la entrega total y oportuna, no solo el direccionamiento. También deberá publicar pendientes, tiempo de cierre, entregas parciales, redireccionamientos, interrupciones, tratamientos afectados y resultados clínicos asociados.

3.3. Oportunidad como falla estructural

La Corte Constitucional ha mantenido seguimiento estructural a la oportunidad en la prestación. En el Auto número 1174 de 2025 examinó las órdenes relacionadas con tiempos de atención, información y rankings de desempeño, y mantuvo la necesidad de contar con tiempos máximos, registros y medición pública. El Auto número 2049 de 2025 reiteró que subsisten fallas estructurales y una creciente dependencia de la tutela para acceder a servicios y tecnologías. Este contexto justifica que la ley convierta la oportunidad en una obligación trazable, con responsable, fecha de inicio, estado, plazo máximo y resultado final.

Adicionalmente, el Auto número 2049 de 2025 evidencia que las deficiencias de acceso deben examinarse en relación con factores estructurales de disponibilidad, articulación institucional y suficiencia financiera. En consecuencia, la reducción de barreras administrativas constituye una intervención necesaria, pero no sustituye las obligaciones de planeación, financiación, fortalecimiento de redes y garantía de disponibilidad que corresponden al Estado y a los actores del sistema (Corte Constitucional de Colombia, 2025c).

La necesidad de articular la garantía del acceso con la sostenibilidad y suficiencia de los mecanismos de financiación también ha sido objeto de pronunciamientos recientes de la Corte Constitucional. En el Auto número 1347 de 2026, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 constató la persistencia del incumplimiento material de las obligaciones relacionadas con la calidad de la información para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la demostración de su suficiencia y la equiparación entre los regímenes contributivo y subsidiado. Esta providencia constituye un antecedente relevante sobre los desafíos de información y suficiencia financiera del sistema de salud colombiano. Si bien su objeto no es la eliminación de trámites administrativos, sus consideraciones evidencian la necesidad de que los mecanismos de acceso y continuidad se articulen con capacidades institucionales, información confiable y una planeación financiera compatible con las obligaciones de garantía del derecho a la salud (Corte Constitucional de Colombia, 2026).

3.4. Evidencia académica sobre carga administrativa y daño

Las barreras administrativas deben analizarse como un factor que puede modificar resultados clínicos, no solo como una carga de experiencia

del usuario. La evidencia disponible no permite trasladar mecánicamente al sistema colombiano todos los efectos observados en otros países, pero sí identifica mecanismos plausibles y resultados que justifican seguimiento nacional.

En una encuesta de 4.155 adultos asegurados, Kyle y Frakt encontraron que el 73,2% había realizado al menos una tarea administrativa durante el año anterior y que el 24,4% del total retrasó o abandonó atención necesaria por esa carga; entre quienes enfrentaron autorización previa, el 37,6% reportó demora o pérdida de atención.

Una revisión sistemática de veinticinco estudios publicada en *The American Journal of Medicine* identificó asociaciones entre los procesos de autorización previa y las demoras asistenciales, así como resultados clínicos adversos, entre ellos exacerbaciones de enfermedades, hospitalizaciones prevenibles, estancias hospitalarias prolongadas y menor supervivencia libre de enfermedad. Los autores destacaron la necesidad de desarrollar mediciones longitudinales que permitan evaluar los efectos de las demoras y negaciones administrativas sobre los resultados en salud (Murphy et al., 2026).

La evidencia específica también muestra asociaciones clínicamente relevantes. En un estudio retrospectivo de 220 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que requerían escalamiento de terapia biológica, la mediana de aprobación fue de siete días y aumentó a veintinueve días cuando se requirió una apelación. Los mayores tiempos de aprobación se asociaron con una menor mejoría de la proteína C reactiva ($p = 0,019$), lo que evidencia la importancia de evaluar las consecuencias clínicas de los retrasos administrativos (Shah et al., 2023).

En el contexto de la artroplastia primaria, un estudio observacional realizado en Estados Unidos, con información recopilada entre 2020 y 2023, reportó tiempos medios de autorización de 26,3 días para procedimientos de cadera y 33,7 días para procedimientos de rodilla, entre los pacientes sometidos a procesos de autorización previa. Estos resultados deben interpretarse en el contexto del sistema de aseguramiento estudiado y no como tiempos de espera representativos del sistema colombiano (Lizcano et al., 2024).

Estos hallazgos sustentan dos decisiones del proyecto. Primero, los términos administrativos deben depender del riesgo clínico y no constituir permiso para demorar. Segundo, la evaluación debe observar exacerbaciones, urgencias, hospitalizaciones evitables, prolongación de estancia, pérdida funcional, progresión, interrupción terapéutica, eventos adversos y mortalidad asociados a la mora, con ajuste por riesgo y métodos que distingan correlación de causalidad.

La línea base nacional deberá permitir identificar patologías, territorios, poblaciones y actores en los que la demora administrativa produce mayor daño. La ausencia de información clínica nacional comparable no es razón para omitir el problema; es una justificación para que la ley ordene medirlo.

3.5. Síntesis de datos de diagnóstico

Fuente	Indicador	Resultado	Implicación para el proyecto
Defensoría del Pueblo (2026)	Tutelas en salud	Más de 265.000 en 2024 y cerca de 312.500 en 2025; aumento de 17,92%.	La garantía ordinaria no está resolviendo oportunamente una parte relevante de las necesidades.
Defensoría del Pueblo (2026)	Concesión y enfoque diferencial	Concesión cercana al 74,3%; 39,57% corresponde a sujetos de especial protección.	Las barreras tienen dimensión de vulneración y afectan de forma desproporcionada a poblaciones protegidas.
Corte Constitucional, Autos 1282 y 2049 de 2025	PQRS por medicamentos	622.666 reportadas por 18 EPS en el periodo examinado.	Se requiere trazabilidad desde la prescripción hasta la entrega completa y oportuna.
Kyle & Frakt (2021)	Carga administrativa del paciente	73,2% realizó tareas; 24,4% retrasó o abandonó atención por carga administrativa.	Los procesos administrativos son un determinante de acceso y deben medirse como resultado de calidad.
Murphy et al. (2026)	Efectos de autorizaciones	Revisión de 25 estudios: demoras y asociaciones con resultados clínicos adversos.	La oportunidad administrativa debe vincularse al riesgo clínico y a métricas de resultados.

IV. Fundamento constitucional y legal

4.1. Constitución Política y Ley Estatutaria de Salud

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política reconocen la seguridad social como servicio público obligatorio y atribuyen al Estado la dirección, coordinación y control de la prestación de la salud. A su vez, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 define la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable y comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

La Ley 1751 no se limita a reconocer el derecho en abstracto. Su artículo 6º establece la continuidad, según la cual un servicio iniciado no puede interrumpirse por razones administrativas o económicas; la oportunidad, que exige prestaciones sin dilaciones; y la progresividad, que incluye la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas. El artículo 8º prohíbe fragmentar la responsabilidad en desmedro del usuario, y el artículo 10 reconoce el derecho a no soportar cargas administrativas y burocráticas que corresponden a los actores intervinientes. El proyecto desarrolla estos mandatos mediante obligaciones operativas, trazabilidad y consecuencias de cumplimiento (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La Sentencia C-313 de 2014, que efectuó el control previo del proyecto de ley estatutaria, destacó que la garantía del derecho a la salud comprende obligaciones positivas y negativas y que la reducción de barreras forma parte del contenido de progresividad. También reconoció la relevancia de la sostenibilidad, pero dejó claro que esta debe interpretarse armónicamente con los demás principios y no como autorización para imponer obstáculos injustificados (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

4.2. Naturaleza jurídica de la iniciativa y reserva de ley estatutaria

El presente proyecto de ley se formula como una iniciativa legislativa ordinaria destinada a desarrollar mecanismos administrativos, institucionales y operativos para garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud, sin modificar su contenido esencial ni sustituir el régimen de protección previsto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La Constitución Política establece en sus artículos 48 y 49 la responsabilidad del Estado en la dirección, coordinación y control de la seguridad social y de la prestación de los servicios de salud. A su vez, el artículo 152 establece la reserva de ley estatutaria para la regulación de los derechos y deberes fundamentales y los procedimientos y recursos destinados a su protección (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

Sin embargo, esta reserva no significa que cualquier disposición relacionada con un derecho fundamental deba tramitarse mediante ley estatutaria. La jurisprudencia constitucional distingue entre la regulación estructural de los elementos esenciales de los derechos fundamentales y los desarrollos normativos ordinarios destinados a organizar su prestación y hacer efectivas las garantías previamente reconocidas.

En la Sentencia C-313 de 2014, la Corte Constitucional examinó el contenido de la Ley Estatutaria de Salud y precisó la relación entre el derecho fundamental, las obligaciones del Estado y los instrumentos de organización y prestación del sistema. Esta providencia constituye un referente para delimitar el alcance de las regulaciones ordinarias que desarrollen garantías estatutarias sin alterar su contenido esencial (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

En este contexto, la iniciativa Salud sin Espera no pretende redefinir la naturaleza del derecho fundamental a la salud, crear restricciones a su ejercicio ni modificar el régimen estatutario de prestaciones y exclusiones. Su objetivo es establecer mecanismos concretos de coordinación, gestión de oficio, oportunidad, interoperabilidad, seguimiento y responsabilidad administrativa de los actores que intervienen en la prestación.

Por consiguiente, las disposiciones propuestas constituyen un desarrollo operativo y organizacional de los mandatos establecidos en la Ley 1751 de 2015 y no una sustitución de las materias reservadas al legislador estatutario.

Esta interpretación también exige que la aplicación de la ley preserve el principio de no regresividad y los estándares de protección reconocidos por el ordenamiento jurídico, evitando que los mecanismos de racionalización administrativa introduzcan restricciones adicionales al acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud (Congreso de la República de Colombia, 2015; Corte Constitucional de Colombia, 2014).

4.3. Normas antitrámites y gestión directa entre actores

El ordenamiento ya contiene reglas sectoriales que impiden trasladar autorizaciones al usuario. El artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012 dispuso que el trámite de autorización debe realizarse directamente entre la IPS y la EPS y que ningún trámite para obtenerla puede ser trasladado al usuario. El Decreto Ley 2106 de 2019 reiteró esta lógica para servicios electivos. El proyecto no introduce una ruptura, sino que generaliza y actualiza el principio para el conjunto del ciclo administrativo, incluyendo programación, suministro, referencia, continuidad e intercambio de información.

La Resolución número 2335 de 2023 estableció procedimientos entre entidades responsables de pago, prestadores y proveedores. Para servicios electivos dispuso que la solicitud sea realizada por el prestador sin intermediación del paciente, fijó plazos de respuesta, priorizó autorizaciones integrales y previó que, ante la falta de respuesta y cuando el prestador cuente con capacidad, la atención continúe

y pueda facturarse con la evidencia del envío. Este antecedente es especialmente relevante: demuestra que el derecho sectorial ya utiliza consecuencias operativas frente a la inactividad y que la regla propuesta por el proyecto puede entenderse como consolidación legal, ampliación coherente y garantía transversal, no como creación ex nihilo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

4.3.1. Armonización normativa de las autorizaciones y prevalencia de los términos más favorables

La regulación de las autorizaciones de servicios y tecnologías en salud debe interpretarse como un instrumento de coordinación entre los actores responsables y no como una carga administrativa que deba asumir el usuario.

El artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012 estableció que los trámites de autorización entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades responsables de pago deben adelantarse directamente entre estas, prohibiendo su traslado al paciente (Presidencia de la República de Colombia, 2012).

Esta orientación fue desarrollada posteriormente mediante la Resolución número 2335 de 2023, que reguló procedimientos y trámites administrativos relacionados con la prestación de servicios y tecnologías en salud. Su artículo 9º estableció términos para la gestión de autorizaciones en servicios electivos prioritarios y no prioritarios, incluyendo plazos máximos de dos y cinco días calendario, respectivamente, así como consecuencias operativas frente a la ausencia de respuesta oportuna de las entidades responsables de pago (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La existencia de estos antecedentes exige que cualquier nueva regulación preserve los términos más favorables al paciente y evite introducir requisitos, condiciones o plazos que puedan reducir el nivel de protección vigente.

Por esta razón, la iniciativa establece términos máximos diferenciados según el riesgo clínico y las condiciones de especial protección constitucional, sin perjuicio de la aplicación preferente de los plazos inferiores previstos en las normas especiales o exigidos por la condición clínica.

Adicionalmente, el proyecto distingue entre el trámite de autorización y la prestación efectiva del servicio. La expedición de una autorización no satisface por sí sola el derecho fundamental a la salud si el paciente continúa enfrentando demoras injustificadas en la asignación de una cita, la realización de un procedimiento o la entrega de una tecnología prescrita.

De esta manera, Salud sin Espera fortalece el régimen vigente mediante una obligación de gestión institucional que comprende todo el proceso asistencial, desde la recepción de la orden hasta la prestación efectiva, con criterios de oportunidad, trazabilidad y responsabilidad verificable.

4.4. Interoperabilidad y simplificación administrativa

La Ley 2015 de 2020 creó la historia clínica electrónica interoperable para intercambiar datos clínicos relevantes y facilitar, agilizar y garantizar los derechos a la salud y a la información, bajo condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad y acceso (Congreso de la República de Colombia, 2020a). La Ley 2052 de 2020, por su parte, ordenó racionalizar, digitalizar y automatizar trámites, identificar cadenas de trámites, priorizar su simplificación e interoperabilidad y cuantificar costos administrativos y ahorros para los usuarios. Estas normas respaldan una regla de "una sola vez": la información que ya reposé en sistemas autorizados no debe ser exigida nuevamente al paciente (Congreso de la República de Colombia, 2020b).

La interoperabilidad no debe entenderse como la sola conexión técnica entre plataformas. Es un deber de coordinación administrativa que exige gobernanza, calidad de datos, identidad, estándares semánticos, seguridad, registro de accesos, responsabilidad y mecanismos de contingencia. El proyecto acierta al vincularla con trazabilidad y protección de datos: compartir información no significa circulación irrestricta, sino acceso legítimo, mínimo necesario, seguro, verificable y orientado a una finalidad asistencial o administrativa permitida.

Trazabilidad de las órdenes y coordinación entre actores

La eliminación de barreras administrativas requiere que la información acompañe al paciente durante todo el proceso de atención. En la práctica, una orden puede pasar por diferentes responsables para su autorización, direccionamiento, programación, prestación o entrega. Cuando estas actuaciones no se encuentran vinculadas, resulta más difícil identificar el estado de la gestión, el responsable de resolver un pendiente y el tiempo transcurrido hasta el acceso efectivo.

La Ley 2015 de 2020 estableció el marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, mientras que la Resolución número 866 de 2021 definió datos clínicos relevantes para su intercambio. Posteriormente, la Resolución número 1888 de 2025 adoptó el Resumen Digital de Atención en el marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica. La Resolución número 1799 de 2026 modificó la Resolución número 1888 de 2025 e incorporó el Resumen Digital de Atención de dispensación de medicamentos y tecnologías en salud en el marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica. La resolución y su anexo técnico establecen mecanismos para el intercambio de información asociada a la prescripción, el direccionamiento, la programación y la dispensación, con un ámbito de aplicación que, para el componente farmacéutico previsto, se refiere a medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

Este desarrollo constituye un antecedente relevante para la iniciativa, pues demuestra que el sector ya cuenta con una arquitectura normativa y técnica orientada a la trazabilidad del ciclo de suministro de medicamentos. El proyecto busca aprovechar esa capacidad y complementarla mediante la articulación de identificadores y registros, la consulta del estado de la gestión por el usuario y el seguimiento de las demás órdenes y servicios comprendidos en su ámbito.

Para evitar duplicidades, la implementación deberá preservar los sistemas, datos y mecanismos existentes, y permitir su integración con los nuevos instrumentos que resulten necesarios. El proyecto no supone que el identificador de validación de un Resumen Digital de Atención equivalga necesariamente al identificador de cada orden o de todas las actuaciones posteriores.

La transición prevista en esta iniciativa se aplicará a las nuevas obligaciones que establezca, sin suspender ni ampliar automáticamente los plazos de implementación que ya se encuentren previstos en la regulación vigente.

Estos instrumentos constituyen una base para fortalecer la continuidad de la información. El proyecto propone complementarlos mediante un identificador o mecanismo equivalente que permita vincular la orden con las actuaciones administrativas y asistenciales posteriores, aprovechando los identificadores y sistemas existentes.

La iniciativa no supone que toda la información de gestión administrativa deba incorporarse a la historia clínica, ni autoriza el acceso indiscriminado a datos sensibles. La reglamentación deberá distinguir las finalidades de los datos, las competencias de cada actor y las condiciones legales para su consulta e intercambio.

En materia de autorizaciones, la Resolución número 2335 de 2023 ya establece procedimientos, canales transaccionales, medidas de contingencia, trazabilidad cronológica y acuse de recibo, así como reglas para evitar determinadas cargas de digitación o transmisión entre las partes. Sobre ese marco, el proyecto busca fortalecer la identificación común y el seguimiento de la solicitud, de su respuesta y de las actuaciones posteriores, de manera que el usuario pueda conocer el estado de su atención sin asumir la coordinación entre entidades.

El proyecto también se articulará con el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera adoptado mediante la Resolución número 2117 de 2025 y con los demás sistemas de información pertinentes. Esto permitirá que la medición de oportunidad aproveche progresivamente los datos generados durante la atención y contribuya a identificar demoras en la autorización, programación, prestación y entrega, evitando reportes duplicados.

4.5. Plan de beneficios, financiación y exclusiones

La iniciativa debe leerse dentro del régimen vigente de financiación. La Resolución número 2765 de 2025 actualizó los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2026 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b), mientras que la Resolución número 695 de 2026 actualizó el listado de exclusiones de financiación con recursos públicos. Por ello, la regla general y la consecuencia por vencimiento de términos operan únicamente respecto de prestaciones financiadas o que deban ser garantizadas conforme al ordenamiento, y no respecto de servicios o tecnologías expresamente excluidos. Esta delimitación protege simultáneamente el derecho, la legalidad del gasto y la sostenibilidad.

4.6. Responsabilidades en la cadena de suministro y garantía farmacéutica

El acceso oportuno a medicamentos y tecnologías en salud requiere una adecuada articulación entre aseguradores, prestadores, gestores farmacéuticos, operadores logísticos, fabricantes, importadores, distribuidores y demás actores que intervienen en la cadena de suministro.

Sin embargo, la participación de estos sujetos en una misma cadena no implica que todos tengan idénticas competencias ni responsabilidades frente al paciente.

La Ley 1966 de 2019, en el parágrafo 1º de su artículo 2º, establece la definición de gestores farmacéuticos. Por su parte, la Resolución número 1809 de 2025, expedida en desarrollo de las competencias reglamentarias relacionadas con el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019, establece requisitos de operación, condiciones financieras, gestión de riesgos y obligaciones de información aplicables a gestores farmacéuticos y operadores logísticos de tecnologías en salud (Congreso de la República de Colombia, 2019b, 2019c; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025a).

La Resolución número 1809 de 2025 define la entrega oportuna como aquella en la que el paciente recibe la totalidad de los medicamentos prescritos y dispositivos médicos solicitados dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su reclamación. Este estándar constituye un referente regulatorio para fortalecer la medición de la entrega completa y evitar que los registros de entregas parciales oculten pendientes de suministro (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025a).

El proyecto desarrolla estos deberes mediante mecanismos de registro de pendientes, identificación de responsables, trazabilidad, redireccionamiento y seguimiento de los tratamientos continuos.

No obstante, la adecuada distribución de responsabilidades exige reconocer que determinadas circunstancias, como el desabastecimiento material de un producto, pueden requerir actuaciones coordinadas que exceden la capacidad individual de un dispensador o proveedor.

En estos escenarios, la obligación institucional consiste en activar oportunamente medidas de contingencia, verificar disponibilidad en redes alternas, coordinar a los actores involucrados y

garantizar que cualquier modificación terapéutica sea evaluada por el profesional tratante conforme a criterios clínicos y a la regulación sanitaria.

Esta diferenciación no exonera del cumplimiento de obligaciones legales o contractuales ni permite trasladar al paciente las consecuencias de una deficiente gestión administrativa. Por el contrario, fortalece la posibilidad de identificar incumplimientos imputables, exigir acciones correctivas y proteger la continuidad de la atención.

Asimismo, las obligaciones de entrega domiciliaria deberán garantizar condiciones de seguridad, conservación, transporte, trazabilidad y responsabilidad definidas, especialmente cuando se trate de medicamentos que requieran cadena de frío o manejo especializado.

De esta manera, la estrategia Salud sin Espera articula la garantía de acceso con la seguridad del paciente y la responsabilidad diferenciada de los actores, evitando tanto la fragmentación de obligaciones como la atribución indiscriminada de responsabilidades ajenas a las funciones legalmente exigibles.

V. Jurisprudencia constitucional relevante

5.1. Acceso libre de trámites innecesarios

La Sentencia T-760 de 2008 constituye el precedente estructural central. La Corte reconoció el derecho a acceder a servicios de salud libres de trámites engorrosos e innecesarios, prohibió trasladar al usuario cargas administrativas propias de la EPS y reiteró que las entidades deben autorizar y tramitar internamente lo ordenado por el médico tratante. También señaló que el acceso debe garantizarse con oportunidad, continuidad, eficiencia, calidad e integralidad, y ordenó sistemas de información y reportes para identificar negaciones y fallas recurrentes (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

La Sentencia T-405 de 2017 reiteró que las barreras administrativas y burocráticas impiden el acceso efectivo e incluso prolongan el sufrimiento. Cuando la atención se afecta por circunstancias propias del funcionamiento del asegurador y ajenas a la decisión del paciente, se vulnera la salud porque se impone al usuario una carga que no debe asumir. Esta regla sustenta la prohibición de exigir radicaciones, transcripciones, búsqueda de prestador o corrección de errores que pertenecen a la gestión interna (Corte Constitucional de Colombia, 2017).

5.2. Continuidad, integralidad y responsabilidad de red

La continuidad impide suspender súbitamente una prestación mientras persista la necesidad clínica y no exista una transición efectiva. La integralidad exige que la atención no sea fraccionada en autorizaciones aisladas cuando las prestaciones forman parte de una misma condición, episodio o ruta. La T-760 de 2008 precisó que la integralidad no es un cheque en blanco: su referente es la necesidad determinada por el profesional tratante, dentro de las reglas de financiación y exclusión. Esa precisión coincide con la autorización integral prevista en el proyecto y con la conservación de auditorías y controles.

En la Sentencia T-252 de 2024, la Corte concluyó que distintas EPS vulneraron derechos al imponer restricciones y barreras administrativas a sujetos de especial protección. Frente a faltantes o problemas de suministro, indicó que las entidades debían realizar gestiones contractuales y operativas, consultar otros distribuidores y evitar trasladar las consecuencias al paciente. Este precedente respalda las reglas de red suficiente, redireccionamiento efectivo, contingencia y entrega completa incorporadas en la iniciativa (Corte Constitucional de Colombia, 2024).

5.3. Necesidad de pasar de la tutela individual a la prevención sistémica

La reiteración de órdenes judiciales durante casi dos décadas muestra que la protección caso por caso no es suficiente para transformar conductas organizacionales repetitivas. Una ley puede convertir criterios jurisprudenciales dispersos en reglas generales de gestión, fijar responsables, definir términos, habilitar evidencia digital, ordenar indicadores públicos y permitir a la Superintendencia Nacional de Salud priorizar entidades con mayores niveles de barreras. El objetivo no es sustituir la tutela, sino reducir la necesidad de acudir a ella.

VI. Por qué se requiere una ley de *Salud sin Espera* en Salud

El país ya cuenta con normas antitrámites, reglas de autorización directa, historia clínica interoperable y procedimientos entre pagadores y prestadores. No obstante, estas disposiciones se encuentran dispersas, tienen ámbitos diferenciados y no siempre ofrecen al usuario una regla transversal fácilmente exigible. En la práctica persisten radicaciones repetidas, exigencia de documentos disponibles, transcripciones, renovaciones meramente administrativas, autorizaciones fragmentadas, falta de agenda, redireccionamientos ineficaces, medicamentos pendientes y devoluciones por inconsistencias internas.

La ley es necesaria por cinco razones. Primero, porque eleva a regla general la gestión administrativa de oficio y la prohibición de convertir al paciente en intermediario. Segundo, porque articula la orden médica con un ciclo administrativo completo que termina en prestación, no en autorización. Tercero, porque introduce trazabilidad e indicadores para convertir una experiencia dispersa en información regulatoria. Cuarto, porque protege de manera reforzada a quienes soportan mayor costo de navegación. Quinto, porque establece consecuencias jurídicas y correctivas frente a incumplimientos reiterados, evitando que la inactividad sea neutral para la entidad y perjudicial para el usuario.

La intervención legislativa también aporta estabilidad. Los detalles técnicos deben permanecer en la reglamentación para adaptarse a cambios en plataformas, estándares y modelos de atención; pero los principios, prohibiciones, obligaciones básicas, garantías de continuidad, consecuencias por inactividad y deberes de medición requieren una fuente legal clara que oriente a todos los actores, independientemente de transformaciones institucionales futuras.

VII. Diseño normativo y relación entre problema, instrumento y resultado

Problema observado	Instrumento del proyecto	Resultado esperado	Salvaguarda
El usuario radica, transporta o corrige documentos entre actores.	Gestión de oficio y prohibición de traslado de cargas.	Menos desplazamientos, contactos y reprocesos.	El usuario entrega solo información indispensable no disponible.
La orden clínica no activa una respuesta administrativa integral.	Orden médica como soporte para iniciar la gestión.	Inicio automático, responsable definido y menor pérdida de órdenes.	Autonomía profesional, pertinencia, cobertura y auditoría se conservan.
Autorizaciones sucesivas fragmentan una misma atención.	Autorización integral por condición, episodio o ruta.	Continuidad y menor repetición de trámites.	Plan de manejo, GPC, RIAS y reglamentación técnica.
Una autorización no garantiza agenda ni entrega.	Agendamiento efectivo, garantía de red y redireccionamiento.	Acceso material dentro de un plazo compatible con la condición clínica.	Coordinación pagador-prestador y libertad de elección dentro de opciones disponibles.
La inactividad no tiene una consecuencia inmediata.	Procedencia de la prestación por vencimiento del término.	La demora no bloquea indefinidamente un servicio legalmente debido.	Exclusiones, trazabilidad, auditoría concurrente o posterior y control de pertinencia.
No existe medición pública completa del ciclo.	Trazabilidad, indicadores y órdenes correctivas.	Supervisión basada en riesgo y comparación de desempeño.	Protección de datos, calidad de información y debido proceso sancionatorio.

VIII. Contenido del proyecto

El Proyecto de Ley Salud sin Espera se estructura en doce artículos orientados a eliminar barreras administrativas injustificadas y fortalecer la oportunidad, continuidad, integralidad y efectividad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

El artículo 1º establece el objeto de la iniciativa, definiendo la estrategia Salud sin Espera como un mecanismo para prevenir, simplificar y eliminar barreras administrativas que afecten el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

El artículo 2º determina el ámbito de aplicación y las reglas rectoras, incorporando la gestión institucional de oficio y la prohibición de trasladar al usuario cargas administrativas que corresponden a los actores del sistema, bajo criterios de responsabilidad diferenciada. El ámbito de aplicación incluye expresamente a las entidades que ofrecen planes voluntarios de salud, las empresas de medicina prepagada y las compañías aseguradoras que ofrecen pólizas de salud. Estas deberán aplicar las disposiciones del proyecto a los servicios y tecnologías que les corresponda garantizar conforme a la ley y a las condiciones válidas del respectivo plan o contrato. Con ello se busca que sus usuarios accedan a las prestaciones a cargo de estas entidades sin trámites injustificados ni demoras evitables, respetando las coberturas contractuales válidas, las obligaciones de las EPS y las competencias de las autoridades de vigilancia.

El artículo 3º establece que la orden o prescripción del profesional tratante debe activar directamente las gestiones administrativas necesarias, sin perjuicio de las verificaciones clínicas, sanitarias y de financiación legalmente exigibles, que deberán adelantarse sin imponer cargas injustificadas al usuario.

El artículo 4º regula el carácter excepcional de las autorizaciones administrativas, establece términos máximos de respuesta según el riesgo clínico y las condiciones de especial protección constitucional, y define las consecuencias del vencimiento, diferenciando la obligación de garantizar el acceso de las reglas de reconocimiento y pago de las prestaciones.

El artículo 5º fortalece las obligaciones de entrega completa, oportuna y continua de medicamentos y tecnologías en salud, regula la gestión de pendientes, los mecanismos de contingencia y la responsabilidad de los actores de la cadena de suministro, preservando la seguridad del paciente y la autonomía profesional.

El artículo 6º establece una ventanilla de consulta accesible para que el usuario conozca el estado integral de sus órdenes y solicitudes. Para ello prevé un identificador único o mecanismo equivalente que permita vincular las actuaciones de los diferentes actores desde la expedición o recepción de la orden hasta la prestación, entrega o cierre motivado.

Asimismo, dispone el intercambio interoperable de solicitudes y respuestas de autorización, el registro de pendientes y entregas parciales, la generación de alertas y la consulta de información sobre accesos a los datos personales, bajo las condiciones de seguridad, reserva y protección previstas en la ley. La norma conserva los canales físicos, telefónicos y asistidos, exige comunicaciones en lenguaje claro y prevé contingencias para evitar que las fallas tecnológicas se traduzcan en barreras de acceso.

El artículo 7º desarrolla las garantías de continuidad reforzada y atención prioritaria de sujetos de especial protección constitucional, incluyendo procedimientos de transición asistencial ante cambios de entidad, red o prestador.

El artículo 8º permite la utilización de inteligencia artificial y mecanismos de automatización para mejorar la gestión administrativa, bajo condiciones de transparencia, supervisión humana, protección

de datos, prevención de sesgos y respeto de la autonomía profesional.

El artículo 9º establece mecanismos de línea base, indicadores y evaluación de resultados, orientados a medir los tiempos reales de acceso, la continuidad, las entregas de medicamentos, las barreras administrativas y el cumplimiento material de las prestaciones.

El artículo 10 determina las conductas constitutivas de infracción administrativa y su articulación con el régimen sancionatorio vigente de la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando el debido proceso, la proporcionalidad y la responsabilidad diferenciada de los actores.

El artículo 11 regula la reglamentación, implementación progresiva y sostenibilidad de la estrategia, diferenciando las obligaciones ya exigibles de los nuevos requerimientos técnicos y operativos, y estableciendo el principio de no regresividad.

El artículo 12 establece la vigencia de la ley y su armonización con los términos de reglamentación e implementación previstos.

En conjunto, el articulado propone un modelo de garantía institucional en el que la responsabilidad de gestionar el acceso corresponde a los actores del sistema, mientras que el paciente conserva su derecho a recibir atención oportuna, continua y efectiva sin asumir trámites que no le competen.

La iniciativa pretende complementar el ordenamiento vigente mediante reglas generales de coordinación, trazabilidad y responsabilidad que permitan superar la fragmentación administrativa, mejorar la capacidad de inspección y vigilancia y reducir la necesidad de judicializar el acceso a prestaciones legalmente debidas.

IX. Justificación jurídica de las consecuencias del vencimiento de términos

La efectividad del derecho fundamental a la salud exige que las omisiones administrativas de los actores responsables no se traduzcan en una negación material de servicios y tecnologías legalmente debidos. El cumplimiento oportuno de las obligaciones institucionales constituye, por tanto, una condición necesaria para garantizar la continuidad, integralidad y accesibilidad de la atención.

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, identificó las barreras administrativas injustificadas como uno de los obstáculos recurrentes para el goce efectivo del derecho a la salud y reiteró que los usuarios no deben asumir cargas correspondientes a las entidades responsables de la prestación (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

El ordenamiento sectorial ya reconoce consecuencias frente a la inactividad administrativa. En particular, la Resolución número 2335 de 2023 prevé, bajo determinadas condiciones, que los prestadores de servicios de salud puedan continuar la atención y facturar cuando la entidad responsable de pago no conteste oportunamente las solicitudes de autorización, sin que la ausencia de esta constituya por sí sola una causal válida de glosa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Sobre este fundamento, el proyecto adopta una regla general dirigida a impedir que el vencimiento injustificado de los términos de autorización mantenga bloqueado el acceso a servicios y tecnologías que deban garantizarse conforme al ordenamiento jurídico.

No obstante, resulta indispensable diferenciar tres dimensiones jurídicas.

- En primer lugar, la obligación de garantía. La entidad responsable debe asegurar el acceso oportuno y continuo a las prestaciones legalmente debidas. Esta obligación no desaparece por la ausencia de respuesta administrativa ni puede trasladarse al usuario.

- En segundo lugar, los efectos del vencimiento. La falta de respuesta dentro del término aplicable impide utilizar la ausencia de autorización como barrera administrativa, sin que ello constituya por sí mismo un acto administrativo ficto, amplíe automáticamente el régimen de financiación o genere el reconocimiento definitivo de prestaciones que no cumplan las condiciones legales.

- En tercer lugar, el reconocimiento y pago. La facturación y el reconocimiento económico de los servicios deben sujetarse a las reglas vigentes sobre prestación, habilitación, financiación y auditoría. Sin embargo, las entidades responsables de pago no podrán invocar exclusivamente su propia omisión de autorización como fundamento para desconocer una prestación legalmente debida y suministrada de acuerdo con las condiciones aplicables.

Esta diferenciación permite armonizar la protección del paciente con la legalidad del gasto, la seguridad del sistema, la autonomía profesional y la responsabilidad de los actores.

El efecto del vencimiento no constituye una eliminación de los controles legítimos, sino una regla de distribución de las consecuencias de la inactividad administrativa: el paciente no debe soportar las demoras atribuibles a las instituciones, mientras estas conservan sus obligaciones de verificación, gestión y control dentro del marco legal.

Finalmente, debe precisarse que la oportunidad no se agota con la emisión de una decisión administrativa. Una autorización comunicada dentro del término legal será insuficiente si la prestación no se programa o realiza oportunamente. En consecuencia, el proyecto vincula la respuesta administrativa con la gestión efectiva del acceso, permitiendo que la inspección, vigilancia y control evalúe resultados materiales y no únicamente actuaciones formales.

Régimen sancionatorio, debido proceso y responsabilidad diferenciada

La eficacia de las obligaciones incorporadas en la presente iniciativa requiere mecanismos de inspección, vigilancia y control que permitan

identificar incumplimientos, adoptar medidas correctivas y, cuando resulte procedente, imponer sanciones administrativas.

El régimen legal vigente atribuye a la Superintendencia Nacional de Salud competencias sancionatorias sobre los sujetos sometidos a su inspección y vigilancia. En particular, la Ley 1949 de 2019 modificó el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 y estableció las clases de sanciones administrativas que pueden imponerse conforme al procedimiento legal aplicable (Congreso de la República de Colombia, 2019a). Este régimen comprende las disposiciones sobre procedimiento administrativo sancionatorio, infracciones y tipos de sanciones, así como los criterios legales de graduación, que deben aplicarse de manera sistemática y con observancia del debido proceso.

En este marco, la iniciativa no pretende crear un sistema sancionatorio paralelo, sino precisar conductas relacionadas con la imposición injustificada de cargas administrativas, el incumplimiento de términos, la interrupción de tratamientos y las fallas de trazabilidad y suministro, sujetando su investigación y eventual sanción a las competencias y procedimientos vigentes.

La responsabilidad administrativa deberá establecerse respecto de obligaciones concretas y exigibles a cada actor, considerando sus competencias, capacidad de actuación y participación en los hechos investigados.

Asimismo, deberá respetarse el debido proceso, la legalidad, la tipicidad, la proporcionalidad y la prohibición de doble sanción por los mismos hechos, sujeto y fundamento.

La adopción de medidas correctivas dirigidas a remover barreras deberá diferenciarse de la imposición de sanciones definitivas. Las primeras tendrán como finalidad restablecer las condiciones de acceso y evitar la prolongación de una afectación al paciente, mientras que las segundas requerirán el agotamiento del procedimiento sancionatorio correspondiente.

Esta distinción fortalece la eficacia regulatoria del proyecto, al permitir actuaciones oportunas de protección sin desconocer las garantías constitucionales y legales de los sujetos vigilados.

X. Interoperabilidad, trazabilidad y protección de datos

La estrategia depende de que la información circule entre quienes legítimamente deben usarla. La orden, la historia clínica, el RIPS, MIPRES, el Resumen Digital de Atención y otros sistemas oficiales pueden reducir duplicidades solo si existen identidad, estándares, calidad de datos, disponibilidad, seguridad y responsabilidades claras. El proyecto debe presentarse como una norma de coordinación y gobernanza, no como una simple obligación de crear una nueva plataforma.

La Circular Externa número 019 de 2026 muestra la dirección regulatoria actual: integrar la información de prescripción, direccionamiento, programación y suministro de medicamentos financiados con UPC en la historia clínica electrónica interoperable, registrar una sola vez y mejorar seguimiento y continuidad. La ley proporcionaría el principio general que permite extender esa lógica al conjunto de servicios y tecnologías, manteniendo la reglamentación técnica en cabeza del Ministerio.

La protección de datos exige aplicar finalidad, necesidad, acceso restringido, seguridad, confidencialidad, calidad y responsabilidad demostrada. La trazabilidad debe registrar quién consultó, creó, modificó o compartió información, en qué momento y con qué finalidad. También debe existir contingencia para fallas de conectividad: la transformación digital no puede crear una nueva barrera para personas rurales, mayores, con discapacidad o sin acceso tecnológico. Por ello, los canales presenciales y asistidos deben permanecer cuando sean necesarios, mientras el intercambio entre entidades se realiza por vías institucionales.

Protección de datos personales, automatización y supervisión humana

La implementación de mecanismos de interoperabilidad y automatización en el sector salud debe armonizarse con el derecho fundamental al *habeas data*, la intimidad y la reserva de la información clínica.

La Ley 1581 de 2012 establece reglas para el tratamiento de datos personales, incluyendo un régimen reforzado para los datos sensibles, categoría dentro de la cual se encuentra la información relacionada con la salud. En consecuencia, las entidades que intervengan en el intercambio o tratamiento de esta información deberán garantizar el cumplimiento de los principios de finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad, dentro de las condiciones legales aplicables (Congreso de la República de Colombia, 2012).

La jurisprudencia constitucional también ha reconocido que determinadas regulaciones generales y estructurales del tratamiento de datos personales están sometidas a reserva de ley estatutaria. En la Sentencia C-282 de 2021, la Corte Constitucional reiteró el carácter fundamental del *habeas data* y examinó las garantías aplicables al tratamiento automatizado de información personal. En consecuencia, las herramientas de interoperabilidad e inteligencia artificial previstas en esta iniciativa deberán desarrollarse dentro de las condiciones y garantías establecidas por el régimen estatutario vigente, sin modificar los elementos esenciales de ese derecho ni introducir nuevas habilitaciones generales de tratamiento de datos al margen de la legislación aplicable (Corte Constitucional de Colombia, 2021).

Por su parte, la Ley 2015 de 2020 estableció el marco legal para la historia clínica electrónica interoperable, con el propósito de facilitar el intercambio de información relevante para la

atención, bajo condiciones de seguridad y protección de los derechos de sus titulares (Congreso de la República de Colombia, 2020).

En desarrollo de estos principios, el proyecto incorpora mecanismos de trazabilidad, autenticación, control de accesos, registro de actuaciones y contingencia tecnológica, procurando que la interoperabilidad facilite la atención sin permitir una circulación indiscriminada de información clínica.

Adicionalmente, la incorporación de sistemas de inteligencia artificial y automatización puede contribuir a identificar inconsistencias, anticipar vencimientos, gestionar agendas y mejorar la coordinación institucional. Sin embargo, estas herramientas deben operar bajo mecanismos efectivos de supervisión humana y control institucional.

En particular, cuando los sistemas automatizados intervengan en la priorización o gestión de prestaciones, será necesario adoptar mecanismos proporcionales de evaluación de riesgos, prevención de sesgos, revisión de errores y auditoría de resultados, garantizando que las decisiones que puedan afectar significativamente el acceso no dependan exclusivamente de procesos automatizados.

La utilización de estas tecnologías no podrá sustituir la autonomía del profesional tratante ni constituir un mecanismo para imponer nuevas cargas administrativas o tecnológicas a los pacientes.

Por consiguiente, la estrategia Salud sin Espera incorpora la transformación digital como un medio para garantizar derechos y mejorar la gestión, y no como un fin independiente de las necesidades de atención, la seguridad del paciente y la protección de la información personal.

La trazabilidad del acceso a la información fortalece la transparencia y el control sobre el tratamiento de datos personales sensibles. Por ello, el proyecto contempla que el titular o quien se encuentre legalmente facultado pueda solicitar información disponible sobre los accesos registrados, bajo condiciones de verificación de identidad y con respeto de las reservas y excepciones legales. Esta previsión busca desarrollar de manera operativa las garantías existentes de protección de datos y no modifica, por sí misma, las reglas estatutarias sobre autorización, acceso, tratamiento o circulación de la información. La reglamentación deberá definir las condiciones técnicas de consulta y conservación, sin ampliar las finalidades para las que se permite acceder a la historia clínica.

XI. Experiencias comparadas y lecciones aplicables

Las experiencias comparadas no son modelos para copiar de forma automática. Sirven para identificar principios de diseño: gestión de extremo a extremo, información disponible donde se presta la atención, receta electrónica interoperable, registro auditable, acceso del paciente y transición gradual.

11.1. Inglaterra: referencia electrónica de extremo a extremo

El NHS e-Referral Service es una plataforma nacional para referir pacientes desde atención primaria hacia servicios electivos. El sistema combina búsqueda de servicios, remisión, triage, elección y gestión de citas. NHS England destaca que la referencia electrónica reduce papel, tiempo de procesamiento y rezagos, aumenta la certeza sobre la cita y ofrece datos para gestionar capacidad y patrones de remisión. La lección para Colombia es que la remisión no debe terminar con el envío de un documento: debe permitir seguimiento hasta la aceptación, redirección o agendamiento (NHS England Digital, 2024).

11.2. España: historia clínica y receta electrónica interoperables

El Sistema Nacional de Salud español coordina la historia clínica digital y la receta electrónica interoperable entre comunidades autónomas. La receta permite dispensar en cualquier farmacia la medicación prescrita en otra comunidad y la historia clínica digital busca garantizar calidad y evitar repetición de procedimientos innecesarios. La lección es que la información debe acompañar al usuario y que la interoperabilidad puede reducir transcripciones y cargas territoriales sin eliminar controles de identidad y seguridad (Ministerio de Sanidad de España, s. f.-a, s. f.-b).

11.3 Chile: interoperabilidad como deber para la continuidad del cuidado

La Ley 21.668 de 2024 modificó la regulación de derechos de los pacientes para establecer la interoperabilidad de las fichas clínicas y definirlas como instrumento orientado a una atención continua, coordinada y centrada en las personas. También asignó a los prestadores responsabilidades de protección, acceso oportuno e interoperabilidad. La lección es que la continuidad clínica requiere una obligación jurídica de intercambio, no solo proyectos tecnológicos voluntarios (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024).

11.4. Estonia: repositorio nacional, prescripción digital y control ciudadano

Estonia opera un sistema nacional de información en salud que permite a prestadores intercambiar datos y al paciente consultar documentos, remisiones, citas, prescripciones y registros de acceso. La prescripción se envía directamente a un centro electrónico y se dispensa con identificación. La lección es la combinación de interoperabilidad, identidad digital, trazabilidad y control del titular sobre quién ha consultado sus datos (TEHIK, s. f.; Estonian Health Insurance Fund, 2025).

En conjunto, estos casos apoyan cuatro decisiones del proyecto: gestión institucional en lugar de transporte de documentos por el paciente; información reutilizable; trazabilidad integral; y acceso ciudadano a estado, responsables y registros. También advierten que la implementación requiere

estándares, gobernanza, capacitación y evaluación progresiva.

XII. Beneficios esperados por actor

12.1. Pacientes, familias y cuidadores

- Menos desplazamientos, llamadas, impresiones, radicaciones y repeticiones de información.

- Mayor claridad sobre el responsable, estado, plazo y resultado de la gestión.

- Menor riesgo de interrupción por vencimientos, cambios de red o errores internos.

- Agendamiento o entrega como resultado verificable, no solo expedición de una autorización.

- Protección reforzada para personas con mayor carga clínica, funcional, territorial o de cuidado.

12.2 Entidades responsables de pago y EPS

- Procesos estandarizados, menor duplicidad documental y mejor información para gestión del riesgo.

- Reducción de contactos repetidos, PQR, tutelas y reprocesos asociados a solicitudes incompletas o pérdida de trazabilidad.

- Mayor capacidad para identificar cuellos de botella, prestadores sin capacidad, pendientes y fallas de proveedores.

- Incentivos para decisiones oportunas y autorizaciones integrales, con conservación de auditoría y control.

12.3. Prestadores de servicios de salud

- Canales y campos estandarizados para solicitar, consultar y acreditar la gestión.

- Mayor seguridad para continuar atención cuando se incumplan términos y exista evidencia verificable.

- Menos devoluciones por información que ya obra en sistemas y mejor coordinación de referencia y contrarreferencia.

- Información más completa para continuidad clínica y programación.

12.4. Gestores farmacéuticos, operadores logísticos y proveedores

- Trazabilidad desde la prescripción hasta la entrega, incluidos pendientes y entregas parciales.

- Mejor visibilidad de demanda, direccionamiento y responsabilidades.

- Protocolos de contingencia y coordinación para evitar que disputas contractuales se trasladen al paciente.

- Indicadores comparables de oportunidad, completitud y continuidad.

12.5. Superintendencia Nacional de Salud

- Información cronológica y auditable para inspección basada en riesgo.

- Capacidad de priorizar entidades por quejas, vencimientos, interrupciones, entregas incompletas o reincidencia.

- Órdenes correctivas específicas y seguimiento a planes de mejoramiento.

- Transición de una supervisión reactiva caso por caso a prevención sistémica.

12.6. Ministerio de Salud, entidades territoriales y política pública

- Datos para definir estándares de oportunidad, actualizar regulación y focalizar asistencia técnica.

- Identificación de brechas territoriales, tecnológicas y poblacionales.

- Evaluación de resultados de goce efectivo del derecho y de desempeño de redes.

- Base para interoperabilidad progresiva sin crear múltiples plataformas desconectadas.

XIII. Enfoque diferencial y equidad

Una regla formalmente igual puede producir efectos desiguales cuando las personas tienen distinta capacidad para navegarla. Una persona con conectividad, alfabetización digital, tiempo y recursos puede resolver varias llamadas o desplazamientos; una persona mayor, con discapacidad, dependencia funcional, enfermedad grave, residencia rural o responsabilidades de cuidado puede perder la oportunidad terapéutica. La evidencia académica muestra que la discapacidad se asocia de forma especialmente fuerte con carga administrativa, y la información nacional confirma una participación elevada de sujetos de especial protección en tutelas de salud (Kyle & Frakt, 2021; Defensoría del Pueblo, 2026).

El enfoque diferencial del proyecto debe materializarse en priorización clínica y administrativa, canales accesibles, ajustes razonables, representación por cuidadores o agentes oficiosos, apoyo para población con baja alfabetización, opciones no digitales, comunicación comprensible y medición desagregada. También debe incluir dependencia funcional, porque no todas las personas que requieren apoyo permanente encajan formalmente en una categoría de discapacidad, pero sí enfrentan cargas desproporcionadas.

La ruralidad requiere atención especial. La falta de conectividad o de oferta local no puede justificar que el usuario transporte documentos o gestione por su cuenta la red. Las entidades deben utilizar mecanismos de coordinación y, cuando se requiera traslado, aplicar las reglas vigentes sobre acceso territorial y medios necesarios para recibir la atención. La evaluación de la ley deberá comparar oportunidad y carga administrativa por territorio, régimen, edad, discapacidad, pertenencia étnica y sexo, respetando protección de datos y evitando identificaciones indebidas.

XIV. Impacto fiscal, administrativo y de eficiencia

14.1. Alcance fiscal y naturaleza de las obligaciones

La presente iniciativa tiene como finalidad desarrollar garantías constitucionales y legales

existentes mediante mecanismos de gestión administrativa, coordinación institucional, seguimiento y control del acceso a los servicios y tecnologías en salud.

El proyecto no crea un nuevo plan de beneficios, no modifica automáticamente los mecanismos legales de financiación de las prestaciones ni autoriza el reconocimiento de servicios y tecnologías expresamente excluidos conforme al ordenamiento jurídico.

Sin embargo, la ausencia de ampliación automática de beneficios no significa que su implementación carezca de impacto económico o presupuestal.

Las obligaciones relacionadas con interoperabilidad, trazabilidad, entrega domiciliaria, seguimiento de pacientes, adecuación de sistemas de información, gestión de redes y fortalecimiento de la inspección pueden generar costos de transición para entidades públicas y privadas.

El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 exige que el impacto fiscal de los proyectos de ley que ordenen gasto o concedan beneficios tributarios se haga explícito y sea compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, incluyendo en la exposición de motivos y las ponencias la información correspondiente sobre costos fiscales y fuentes de financiación (Congreso de la República de Colombia, 2003).

En atención a esta disposición, la evaluación del proyecto deberá distinguir entre los costos administrativos asumidos por los actores del sistema, los costos de cumplimiento regulatorio de sujetos privados y los eventuales requerimientos presupuestales de entidades públicas.

La cuantificación deberá considerar las capacidades existentes, la infraestructura tecnológica reutilizable, las necesidades adicionales de inversión y las medidas de implementación progresiva.

La sostenibilidad constituye una condición de organización y garantía del sistema, pero no podrá invocarse para desconocer las prestaciones legalmente debidas ni para imponer al paciente cargas administrativas injustificadas, conforme a los principios establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y desarrollados por la jurisprudencia constitucional (Congreso de la República de Colombia, 2015; Corte Constitucional de Colombia, 2014).

La incorporación de mecanismos de identificación, trazabilidad, consulta e intercambio puede generar costos de desarrollo, integración, conectividad, seguridad, capacitación, soporte y operación para entidades públicas y privadas. Su magnitud dependerá del estado de los sistemas existentes, del número de actores obligados y de la arquitectura técnica que se adopte.

Aunque la Ley 2015 de 2020 prevé la concurrencia del Gobierno nacional y de los agentes que intervienen en la financiación de los mecanismos necesarios para el funcionamiento de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, ello no sustituye la identificación específica de los costos y fuentes correspondientes a las nuevas obligaciones previstas en esta iniciativa.

Por esta razón, el proyecto ordena elaborar un plan técnico y financiero que permita estimar los costos incrementales, identificar las fuentes legalmente disponibles y establecer una implementación gradual, con medidas de apoyo para actores de menor capacidad y territorios con limitaciones de conectividad. Este análisis deberá complementarse durante el trámite legislativo conforme al artículo 7° de la Ley 819 de 2003.

14.2. Fuentes de financiación y capacidades existentes

La implementación puede apoyarse en capacidades ya creadas o en desarrollo: historia clínica electrónica interoperable, RIPS, MIPRES, Resumen Digital de Atención, sistemas de autorización, portales y aplicaciones de EPS, canales de prestadores, sistemas de PQR, infraestructura de SISPRO y funciones de inspección de la Superintendencia. El Gobierno podrá priorizar recursos de transformación digital, modernización institucional, calidad, interoperabilidad y fortalecimiento de la supervisión, sin perjuicio de los ajustes presupuestales que correspondan.

14.3. Beneficios económicos esperados y cautela metodológica

La reducción de reprocesos, transcripciones, llamadas, citas exclusivamente administrativas, autorizaciones vencidas, tutelas y agravamiento por demoras puede generar eficiencias para usuarios y organizaciones. Sin embargo, estos beneficios deben presentarse como hipótesis evaluables y no como ahorros garantizados sin medición. La Ley 2052 de 2020 ordena cuantificar costos administrativos y ahorros derivados de la racionalización de trámites; el proyecto puede aprovechar ese enfoque para construir una línea base y estimar, durante la implementación, costos evitados para pacientes, prestadores, pagadores y Estado.

Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Superintendencia Nacional de Salud, publique una memoria de impacto regulatorio que identifique costos de transición, fuentes de financiación, infraestructura reutilizable, cronograma y beneficios esperados. Esto fortalecerá el cumplimiento de la Ley 819 de 2003 y la viabilidad operativa del proyecto durante el trámite legislativo.

14.4. Metodología para la estimación de costos y beneficios

Con el fin de fortalecer la viabilidad técnica, fiscal y operativa de la iniciativa, se propone una metodología de estimación de costos y beneficios asociada a la implementación de Salud sin Espera.

La evaluación deberá considerar, como mínimo, los siguientes componentes:

1. **Adecuación tecnológica:** costos de integración, interoperabilidad, ciberseguridad, trazabilidad, mantenimiento y adaptación de sistemas existentes.
2. **Gestión administrativa:** costos de rediseño de procesos, capacitación del talento humano, operación de canales de atención y seguimiento de solicitudes.
3. **Logística y medicamentos:** costos incrementales de distribución, entrega domiciliaria, contingencias y seguimiento de pendientes.
4. **Inspección, vigilancia y control:** necesidades de fortalecimiento de capacidades de análisis, supervisión, procesamiento de información y evaluación de resultados.
5. **Beneficios potenciales:** reducción de trámites repetidos, reprocesos, desplazamientos, interrupciones de tratamientos, reclamaciones y costos administrativos evitables.

La cuantificación deberá distinguir entre costos de transición y costos recurrentes de operación, así como entre las obligaciones ya previstas en el ordenamiento jurídico y aquellas que se incorporen como nuevas exigencias operativas.

Los beneficios económicos deberán tratarse como resultados sujetos a verificación y no como ahorros garantizados.

En atención a la Ley 819 de 2003, cualquier obligación de gasto público que resulte de la implementación deberá acompañarse de la correspondiente estimación fiscal y de la identificación de fuentes de financiación compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (Congreso de la República de Colombia, 2003).

La adopción de una metodología verificable permitirá determinar las necesidades reales de implementación y evitar que la ausencia de planeación financiera se convierta en una nueva barrera para garantizar la atención.

14.5. Identificación del impacto fiscal incremental y fuentes de financiación

La presente iniciativa desarrolla principalmente garantías y obligaciones previamente reconocidas en el ordenamiento jurídico colombiano. En consecuencia, su impacto fiscal debe determinarse a partir de los costos públicos adicionales atribuibles a las nuevas obligaciones establecidas por el proyecto y no del costo total de las prestaciones y actividades que ya deben garantizarse conforme al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La identificación preliminar de dichos costos comprende las necesidades adicionales de interoperabilidad y trazabilidad, los posibles incrementos logísticos derivados de los mecanismos de entrega domiciliaria, las actividades de evaluación independiente y los eventuales requerimientos de fortalecimiento institucional de las autoridades de inspección, vigilancia y control.

No obstante, la cuantificación de estas obligaciones depende de información relacionada con las capacidades institucionales existentes, la infraestructura tecnológica disponible, la población efectivamente beneficiaria, los costos unitarios de operación y las necesidades adicionales de inversión.

Por consiguiente, la presente exposición de motivos identifica los componentes susceptibles de producir impacto fiscal, sin atribuirles valores monetarios que no cuenten con soporte técnico verificable.

El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 dispone que el impacto fiscal de las iniciativas legislativas que ordenen gasto debe hacerse explícito y examinarse en relación con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A su vez, la Sentencia C-502 de 2007 precisó que esta exigencia constituye un instrumento de racionalidad legislativa y debe aplicarse sin establecer barreras desproporcionadas al ejercicio de la función legislativa del Congreso de la República (Congreso de la República de Colombia, 2003; Corte Constitucional de Colombia, 2007).

En consecuencia, durante el trámite legislativo deberá promoverse la evaluación técnica de los costos incrementales identificados, con participación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las demás entidades competentes.

La implementación priorizará la utilización de infraestructura institucional y tecnológica existente, la coordinación interinstitucional y la eliminación de duplicidades administrativas, con el propósito de limitar costos adicionales y fortalecer la eficiencia del sistema.

Los beneficios económicos potenciales asociados a la disminución de reprocesos, barreras administrativas, interrupciones terapéuticas y reclamaciones serán objeto de medición y evaluación, sin considerarse ahorros fiscales efectivos mientras no exista evidencia verificable de su materialización.

XV. Implementación, seguimiento y evaluación

La implementación progresiva debe partir de una línea base nacional y por entidad que permita comparar el antes y el después de la ley. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el estándar de datos; la Superintendencia validará su calidad y lo utilizará para inspección basada en riesgo; las entidades obligadas reportarán información trazable; y una entidad técnica independiente validará la medición clínica y de impacto.

Los tableros se publicarán trimestralmente y las evaluaciones integrales se realizarán a los 12, 24 y 36 meses. La metodología deberá ser pública, ajustada por tamaño, complejidad, territorio y perfil de riesgo, sin ocultar resultados absolutos. Se deberán comparar oportunidad, acceso material, carga para el usuario, continuidad, medicamentos, resultados clínicos, judicialización, equidad e interoperabilidad.

Para la tutela, el resultado esperado no es únicamente reducir el número de acciones. Debe disminuir la necesidad de judicializar porque el servicio se presta oportunamente. Por ello, la reducción deberá analizarse junto con tasa de concesión, tiempo de cumplimiento, desacatos, repetición de acciones y resultados de acceso. Una caída de tutelas acompañada de peores tiempos o menores canales de reclamación no constituirá éxito.

Para medicamentos, el indicador principal será la entrega total dentro del término aplicable. Deberán publicarse pendientes, entregas parciales, tiempo de cierre, redireccionamientos, tratamientos interrumpidos y tecnologías con mayores dificultades. Para resultados clínicos, se aplicarán diseños que permitan establecer asociaciones y, cuando sea posible, efectos atribuibles a la demora.

Finalmente, se establece que el Gobierno nacional presentará al Congreso de la República, dentro de los treinta y nueve (39) meses siguientes a la promulgación de la ley, un informe integral que consolide los resultados de las evaluaciones efectuadas a los doce (12), veinticuatro (24) y treinta y seis (36) meses, incluyendo los avances en la reducción de barreras administrativas, los resultados clínicos, los costos incrementales identificados y las recomendaciones de ajuste normativo y presupuestal.

15.1. Transición regulatoria, exigibilidad y no regresividad

La implementación de Salud sin Espera deberá distinguir entre obligaciones jurídicas actualmente exigibles y nuevas exigencias técnicas, tecnológicas u operativas que requieran desarrollo reglamentario o adecuación institucional.

Las obligaciones relacionadas con la continuidad, oportunidad, integralidad y prohibición de barreras administrativas injustificadas encuentran sustento directo en la Constitución Política, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y las disposiciones sectoriales vigentes. Por consiguiente, su cumplimiento no podrá condicionarse a la expedición de nuevos reglamentos o al agotamiento del periodo de transición (Asamblea Nacional Constituyente, 1991; Congreso de la República de Colombia, 2015).

Por otra parte, los nuevos requerimientos de interoperabilidad, estandarización de datos, mecanismos de seguimiento y adecuación de infraestructura podrán implementarse progresivamente, de acuerdo con los plazos establecidos por la ley y los criterios técnicos que defina el Gobierno nacional.

Esta implementación deberá atender las diferencias territoriales, las capacidades de los actores y las condiciones de especial protección constitucional, priorizando los escenarios de mayor riesgo clínico y mayores barreras de acceso.

La Sentencia C-313 de 2014 reiteró la importancia de interpretar las medidas de organización del sistema de salud en armonía con los principios de progresividad y no regresividad del derecho fundamental (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

En consecuencia, la implementación progresiva no podrá utilizarse para aplazar prestaciones legalmente exigibles, reducir garantías existentes ni trasladar a los usuarios las dificultades derivadas de la adaptación institucional.

El proceso deberá incorporar mecanismos de seguimiento, evaluación de resultados y corrección de desviaciones, de manera que la transición tecnológica y administrativa contribuya efectivamente al acceso oportuno y no reproduzca las barreras que la iniciativa pretende eliminar.

15.2. Indicadores mínimos sugeridos

Dimensión	Indicador sugerido	Lectura esperada
Oportunidad	Tiempo mediano y percentil 90 entre orden y decisión; entre decisión y cita; entre orden y prestación o entrega.	Permite identificar demoras promedio y casos extremos.
Cumplimiento	Porcentaje de solicitudes resueltas dentro del término y porcentaje en el que operó la consecuencia por vencimiento.	Mide cumplimiento y uso excepcional del artículo.
Carga al usuario	Número promedio de contactos, radicaciones, documentos repetidos y desplazamientos por episodio.	Mide la carga que la ley busca reducir.
Continuidad	Porcentaje de tratamientos interrumpidos por causas administrativas; renovaciones realizadas antes del vencimiento.	Evalúa continuidad real.
Medicamentos	Entrega completa y oportuna; pendientes; tiempo de cierre; entregas domiciliarias cuando proceda.	Mide acceso, no solo direccionamiento.
Red	Redireccionamientos resueltos sin nueva radicación; tiempo hasta asignación de prestador alterno.	Mide garantía efectiva de red.
Judicialización	PQR y tutelas por 10.000 afiliados asociadas a autorizaciones, citas, red, medicamentos y continuidad.	Permite verificar reducción de fallas recurrentes.
Interoperabilidad	Porcentaje de transacciones realizadas mediante intercambio institucional; disponibilidad y errores de integración.	Mide madurez técnica y uso efectivo.
Equidad	Resultados desagregados por territorio, edad, discapacidad, dependencia funcional y otros grupos protegidos.	Identifica brechas y evita promedios engañosos.
Experiencia	Satisfacción, comprensión de comunicaciones y resolución en primer contacto.	Incorpora la perspectiva del usuario.

15.3. Gobernanza de la evaluación

El Ministerio debe definir el estándar de datos y consolidar la información nacional; la Superintendencia debe validar calidad, realizar análisis de riesgo y ejercer control; las entidades territoriales deben identificar barreras locales; y los actores obligados deben reportar con calidad y oportunidad. La participación de asociaciones de pacientes, cuidadores, sociedades científicas, prestadores y pagadores ayudará a validar indicadores y evitar que el cumplimiento se reduzca a reportes formales sin impacto material.

La publicación debe proteger datos personales y permitir comparación justa. Los rankings o tableros deben ajustar, cuando corresponda, por tamaño de población, complejidad, territorio y perfil de riesgo, sin ocultar resultados absolutos. La metodología debe ser pública y las entidades deben poder corregir errores de calidad, sin que ese proceso suspenda acciones urgentes de protección al usuario.

XVI. Viabilidad jurídica y naturaleza de ley ordinaria

El proyecto puede tramitarse como ley ordinaria porque no redefine el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud ni modifica su estructura estatutaria. Desarrolla mecanismos procedimentales, obligaciones operativas, términos, interoperabilidad, trazabilidad, indicadores y facultades de inspección, vigilancia y control dentro del marco definido por la Ley 1751 de 2015. La jurisprudencia ha admitido que no toda regulación relacionada con un derecho fundamental está sometida a reserva estatutaria; esta opera cuando se regula de manera integral el derecho, su núcleo esencial o mecanismos especiales de protección.

La iniciativa también respeta la potestad reglamentaria. La ley fija principios, derechos, prohibiciones y garantías; el Gobierno define estándares técnicos, flujos de información, cronogramas, priorización, interoperabilidad, indicadores y protocolos de transición. Esta distribución evita rigidez y permite adaptación tecnológica, siempre que el reglamento no reduzca las garantías legales ni convierta las excepciones en regla general.

XVII. Conflicto de intereses

De conformidad con los artículos 286 y 291 de la Ley 5ª de 1992, modificados por la Ley 2003 de 2019, corresponde a los autores y ponentes incluir en la exposición de motivos una guía sobre circunstancias que podrían generar conflicto de interés. El proyecto contiene reglas generales e impersonales aplicables a múltiples actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y busca proteger a la población usuaria en su conjunto. En principio, su discusión y votación no genera por sí misma un beneficio particular, actual y directo para un congresista (Congreso de la República de Colombia, 2019d).

Podría existir conflicto de interés cuando un congresista, su cónyuge o compañero permanente, sus parientes en los grados definidos por la ley, o sociedades en las que tengan participación, mantengan un interés económico particular, actual y directo en entidades obligadas por la iniciativa y la decisión legislativa produzca un beneficio o perjuicio individualizable distinto del efecto general de la norma. También deberá evaluarse cada situación sobreviniente. Esta descripción es orientadora y no sustituye el deber individual de declarar impedimentos ni la competencia de la respectiva corporación para resolverlos.

XVIII. Conveniencia social y política

La iniciativa aborda un problema comprensible para la ciudadanía sin alterar de manera integral el modelo de aseguramiento o la arquitectura financiera del sistema. Su foco es verificable: que una prescripción no se pierda en un laberinto administrativo y que la gestión se entienda cumplida cuando exista acceso real. Esta delimitación favorece acuerdos entre bancadas, asociaciones de pacientes, profesionales, cuidadores, prestadores, pagadores, gestores farmacéuticos, entidades territoriales y autoridades de control.

Salud sin Espera no debe comunicarse como ausencia absoluta de reglas, sino como carga administrativa cero para el paciente respecto de tareas que corresponden al sistema. El mensaje legislativo debe equilibrar protección y responsabilidad: simplificar no significa financiar todo, eliminar auditorías o renunciar al control; significa que los controles se ejecuten entre entidades, con datos, dentro de términos y sin sacrificar la oportunidad clínica.

XIX. Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024). *Ley 21.668: Establece la interoperabilidad de las fichas clínicas*. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203827
- Congreso de la República de Colombia. (1992). *Ley 5ª de 1992, por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes*.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*.
- Congreso de la República de Colombia. (2003). *Ley 819 de 2003, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=13712
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*.

• Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*.

• Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

• Congreso de la República de Colombia. (2019a). *Ley 1949 de 2019, por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185

• Congreso de la República de Colombia. (2019b). *Ley 1955 de 2019, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad"*.

• Congreso de la República de Colombia. (2019c). *Ley 1966 de 2019, por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=97190

• Congreso de la República de Colombia. (2019d). *Ley 2003 de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=102872

• Congreso de la República de Colombia. (2020a). *Ley 2015 de 2020, por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=105472

• Congreso de la República de Colombia. (2020b). *Ley 2052 de 2020, por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la Rama Ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=140250

• Corte Constitucional de Colombia. (2007). *Sentencia C-502 de 2007*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-502-07.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia C-313 de 2014*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T-405 de 2017*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-405-17.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia C-282 de 2021*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-282-21.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2024). *Sentencia T-252 de 2024*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/T-252-24.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2025a). *Auto 1174 de 2025, seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/A1174-25.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2025b). *Auto 1282 de 2025, seguimiento al acceso a medicamentos*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/A1282-25.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2025c). *Auto 2049 de 2025, seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/A2049-25.htm

• Corte Constitucional de Colombia. (2026). *Auto 1347 de 2026*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/Autos/2026/A1347-26.htm

• Defensoría del Pueblo. (2026, 23 de abril). *Tutelas para invocar la protección del derecho a la salud tuvieron un aumento cercano al 18% en el país*. https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-para-invocar-la-proteccion-del-derecho-a-la-salud

• Estonian Health Insurance Fund. (2025). *Digital prescription*. https://tervisekassa.ee/en/organisation/e-health-products/medication-solutions/digital-prescription

• Herd, P., & Moynihan, D. P. (2019). *Administrative burden: Policymaking by other means*. Russell Sage Foundation.

• Herd, P., & Moynihan, D. P. (2021). Health care administrative burdens: Centering patient experiences. *Health Services Research, 56*(5), 751–754. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13858

• Ilea, P., & Ilea, I. (2024). Administrative burden for patients in U.S. health care settings post-Affordable Care Act: A scoping review. *Social Science & Medicine, 345*, 116686. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116686

• Kyle, M. A., & Frakt, A. B. (2021). Patient administrative burden in the US health care system.

• *Health Services Research, 56*(5), 755–765. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13861

• Lizcano, J. D., Goh, G. S., Tarabichi, S., Krueger, C. A., Austin, M. S., & Courtney, P. M. (2024). Prior authorization leads to administrative burden and delays in treatment in primary total joint arthroplasty patients. *The Journal of Arthroplasty, 39*(9 Suppl. 2), S65–S70.e2. https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.03.013

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución número 2335 de 2023, por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades*. https://www.suin-

juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30050935

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). *Resolución número 1809 de 2025, por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los gestores farmacéuticos y operadores logísticos de tecnologías en salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019*. https://normograma.invima.gov.co/normograma/compilacion/docs/resolucion_minsaludps

_1809_2025.htm

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Resolución número 2765 de 2025, por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202765%2 0de%202025.pdf

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Resolución número 1799 de 2026, por medio de la cual se modifica la Resolución número 1888 de 2025 en relación con la incorporación del Resumen Digital de Atención (RDA) de dispensación de medicamentos y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 53.615, 4 de septiembre de 2026.

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2026a, 13 de mayo). *Las EPS deberán garantizar continuidad en tratamientos y medicamentos tras nuevas medidas del Ministerio de Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2026/Paginas/circular-para-garantizar-entrega-oportuna-medicamentos.aspx

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2026b, 1º de junio). *Ministerio de Salud fortalece la interoperabilidad de la información en salud para mejorar el seguimiento de los tratamientos de los pacientes*.

https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2026/Paginas/minsalud-fortalece-la-interoperabilidad-de-la-informacion-en-salud.aspx

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2026c). *Resolución número 695 de 2026, por la cual se actualizan los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud*. https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2026/Paginas/resolucion-695-de-2026-actualiza-exclusiones.aspx

• Ministerio de Sanidad de España. (s. f.-a). *Historia clínica del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/

• Ministerio de Sanidad de España. (s. f.-b). *Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/recetaElectronicaSNS/home.htm

• Murphy, J., Beauchamp, N., Sun, K. J., Lau, B. D., Wilson, R. F., Lobner, K., Conway, S. J., Hill, P. M., & Johnson, P. T. (2026). Adverse effects of health plan prior authorization on clinical effectiveness and patient outcomes: A systematic review. *The American Journal of Medicine, 139*(1), 24–32.e1. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2025.08.018

• NHS England Digital. (2024). *Benefits: Realising the NHS e-Referral Service benefits*. https://digital.nhs.uk/services/e-referral-service/document-library/benefits

• Presidencia de la República de Colombia. (2012). *Decreto Ley 019 de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322

• Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto número 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*.

• Presidencia de la República de Colombia. (2019). *Decreto Ley 2106 de 2019, por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la Administración Pública*.

• Shah, N. B., Zuckerman, A. D., Hosteng, K. R., Fann, J., DeClercq, J., Choi, L., Cherry, L., Schwartz, D. A., & Horst, S. (2023). Insurance approval delay of biologic therapy dose escalation associated with disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Digestive Diseases and Sciences, 68*(12), 4331–4338. https://doi.org/10.1007/s10620-023-08098-7

• TEHIK. (s. f.-a). *Health information system*. https://www.tehik.ee/en/health-information-system

• TEHIK. (s. f.-b). *Health portal*. https://www.tehik.ee/en/health-portal

De los honorables congresistas,

JUAN PABLO ROJAS SUÁREZ Representante a la Cámara por el Valle del Cauca Nuevo Liberalismo	**JUAN PABLO DUQUE GONZÁLEZ** Representante a la Cámara por Caquetá Nuevo Liberalismo
MARÍA LUCÍA VILLALBA GÓMEZ Senadora de la República Nuevo Liberalismo	

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL

El día 27 de Octubre del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de Ley X Acto Legislativo ____
No. 461 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: HR Juan Pablo Rojas, Juan Pablo Duque María Lucía Villalba G.

SECRETARIO GENERAL

53