



Bogotá D.C., 28 de julio de 2026

**Honorable
Honorio Henríquez
Presidente
Senado de la República**

Asunto: Proyecto de Ley No. ___ de 2026 "Por medio de la cual se regula el derecho al reembolso de gastos asumidos por los usuarios para acceder a servicios y tecnologías en salud, se modifica el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones".

Respetado Presidente:

En mi condición de Senador de la República, y en ejercicio de la facultad de iniciativa legislativa reconocida por los artículos 150 y 154 de la Constitución Política y 140 de la Ley 5ª de 1992, radico el presente Proyecto de Ley, cuyo propósito es garantizar que las personas que, por una urgencia, una autorización incumplida, una negativa, una demora, una imposibilidad de acceso o una actuación negligente de la entidad responsable, se vean obligadas a pagar con sus propios recursos servicios, procedimientos, medicamentos, dispositivos, insumos o prestaciones de salud que debieron ser garantizados por el sistema, obtengan un reembolso integral, oportuno y mediante un procedimiento sencillo.

De tal forma, presento a consideración del Congreso de la República este proyecto para iniciar el trámite correspondiente y cumplir con las exigencias constitucionales y legales.

Adjunto original y las copias exigidas por la Secretaría General, así como el correspondiente archivo digital.

Cortésmente,

ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ
Senador de la República
Pacto Histórico



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. INICIATIVAS LEGISLATIVAS

El artículo 150 de la Constitución Política establece que corresponde al Congreso hacer las leyes. El artículo 154 superior dispone, a su vez, que las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156 o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.

En desarrollo de esta facultad, el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, modificado por el artículo 13 de la Ley 974 de 2005, reconoce que los Senadores y Representantes a la Cámara pueden presentar proyectos de ley individualmente o a través de sus bancadas.

La presente iniciativa puede ser válidamente presentada por un congresista. No crea ministerios, departamentos administrativos o establecimientos públicos; no modifica la estructura de la administración nacional; no concede autorizaciones al Gobierno para celebrar contratos; no establece exenciones tributarias; no decreta participaciones en rentas nacionales ni interviene en materias sometidas por el artículo 154 de la Constitución a iniciativa privativa del Ejecutivo.

El proyecto regula obligaciones propias de las entidades promotoras de salud y de las demás entidades responsables de garantizar servicios y tecnologías en salud, desarrolla los derechos de los usuarios y establece un procedimiento de reclamación. Tales materias hacen parte de la competencia general del Congreso para expedir leyes y desarrollar la seguridad social, la prestación del servicio público de salud, la protección de los usuarios y la inspección, vigilancia y control del sistema.

La iniciativa debe tramitarse como ley ordinaria. Si bien desarrolla el derecho fundamental a la salud, no redefine su núcleo esencial, no establece un régimen general e integral del derecho ni modifica la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Regula un mecanismo económico y procedimental destinado a hacer efectivas obligaciones asistenciales ya existentes. La jurisprudencia constitucional ha precisado que la reserva de ley estatutaria es excepcional y no comprende toda disposición que tenga alguna relación con un derecho fundamental. Solo se activa cuando el legislador regula de manera directa, integral y estructural su núcleo esencial, sus límites o los mecanismos principales de protección. En consecuencia, la regulación de un procedimiento de reembolso puede ser adoptada mediante ley ordinaria.

Tampoco se trata de una ley orgánica, pues no regula el Reglamento del Congreso, el presupuesto, el plan general de desarrollo ni la asignación de competencias

normativas a las entidades territoriales. Su trámite corresponde a cuatro debates y a las mayorías ordinarias previstas por la Constitución y la Ley 5ª de 1992.

II. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES

El artículo 1º de la Constitución define a Colombia como un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. La dignidad impide que una persona enferma sea obligada a escoger entre proteger su salud y conservar los recursos destinados a su subsistencia. La solidaridad exige que los riesgos en salud sean asumidos por el sistema y no descargados sobre quien se encuentra en una situación de vulnerabilidad física, emocional y económica.

El artículo 2º establece como fines esenciales del Estado servir a la comunidad, garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. La existencia formal de una prestación en el sistema no satisface estos fines cuando, en la práctica, el usuario debe pagarla por la falta de respuesta de la entidad obligada y luego enfrentar un trámite incierto para recuperar su dinero.

El artículo 13 consagra el derecho a la igualdad y ordena al Estado proteger especialmente a las personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. Las barreras económicas en salud afectan de manera desproporcionada a los hogares de menores ingresos, a quienes padecen enfermedades graves o huérfanas, a las personas con discapacidad, a los adultos mayores, a las mujeres gestantes y a los niños, niñas y adolescentes. Un procedimiento de reembolso accesible y preferente constituye una medida concreta de igualdad material.

El artículo 48 reconoce la seguridad social como un servicio público obligatorio sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. El principio de eficiencia no se limita a la administración contable de los recursos: exige que estos cumplan oportunamente su finalidad y que los usuarios no deban reemplazar con su patrimonio la prestación que corresponde al sistema.

El artículo 49 garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y atribuye al Estado la organización, dirección y reglamentación de la prestación de servicios conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La protección constitucional comprende tanto el acceso material como la eliminación de barreras financieras indebidas.

El artículo 83 dispone que las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deben ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presume en todas

las gestiones que aquellos adelanten ante estas. Aunque muchas entidades promotoras de salud tienen naturaleza privada, ejercen funciones determinantes en la prestación de un servicio público y administran recursos destinados a garantizar derechos fundamentales. Por ello, sus trámites deben partir de la buena fe del usuario y no de la sospecha generalizada de fraude.

El artículo 209 señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad. Estos principios resultan aplicables a la inspección, vigilancia y control del sistema y sirven de criterio para el diseño de procedimientos que no sometan al usuario a trámites repetidos, requisitos inócuos o demoras injustificadas.

Los artículos 365 y 366 reconocen que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida son finalidades sociales prioritarias. La salud ocupa un lugar central dentro del gasto público social. Cuando una EPS omite una prestación y obliga al ciudadano a pagarla, se altera la distribución constitucional de responsabilidades: un gasto que debía atenderse mediante los mecanismos de financiación del sistema termina afectando el ingreso familiar.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 desarrolla estos mandatos. Reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y establece que comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios necesarios. Entre sus elementos y principios se encuentran la accesibilidad, incluida la asequibilidad económica; la continuidad; la oportunidad; la integralidad; la equidad y la prevalencia de los derechos de sujetos de especial protección. La misma ley impone al Estado el deber de reducir las barreras administrativas y económicas y reconoce a las personas el derecho a acceder oportunamente a las tecnologías y medicamentos requeridos.

El reembolso no es una liberalidad ni un beneficio adicional. Es la consecuencia de haber trasladado indebidamente al usuario el costo de una obligación que correspondía a la entidad responsable. La ley propuesta restablece la distribución constitucional del riesgo y protege simultáneamente el derecho a la salud, el mínimo vital y el patrimonio de las familias.

III. FUNDAMENTOS LEGALES Y ANTECEDENTES NORMATIVOS

1. Responsabilidad legal de las entidades promotoras de salud

La Ley 100 de 1993 organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y asignó a las entidades promotoras de salud la función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación de los servicios incluidos dentro

de la cobertura del sistema. Esta responsabilidad implica conformar redes suficientes, autorizar las prestaciones, coordinar a los prestadores y asegurar que la atención sea real y oportuna.

El artículo 168 de la Ley 100 consagra la atención inicial de urgencias obligatoria en todo el territorio nacional para todas las personas, con independencia de su capacidad de pago, y dispone que el costo de estos servicios será asumido por la entidad competente en los términos del sistema. De esta regla se desprende que la falta de contrato entre la institución que atiende una urgencia y la EPS no puede convertirse en una barrera para el paciente ni en una razón para dejar definitivamente a su cargo el valor de la atención.

La Ley 1122 de 2007 fortaleció la inspección, vigilancia y control y atribuyó funciones jurisdiccionales a la Superintendencia Nacional de Salud. Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1949 de 2019 ampliaron y ajustaron dichas competencias. El literal b) del artículo 41 de la Ley 1122, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949, permite que la Superintendencia conozca del reconocimiento económico de los gastos asumidos por el afiliado en tres casos: atención de urgencias en una IPS sin contrato con la EPS; atención específica expresamente autorizada; e incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad para cumplir sus obligaciones.

Este avance legislativo es relevante porque elevó las causales al rango legal dentro de la competencia jurisdiccional. Sin embargo, no reguló integralmente el derecho sustancial ni el trámite previo ante la EPS. La ley actual indica qué controversias puede resolver la Superintendencia, pero no define de forma suficiente cómo debe presentarse la solicitud directa, qué documentos pueden exigirse, cómo se distribuye la carga de la prueba, cuál es el monto exacto, qué ocurre frente a medicamentos no entregados, cómo se reconocen los gastos de acceso asociados ni cuáles son las consecuencias de una decisión tardía.

2. Artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994

El antecedente administrativo central es el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, expedida por el entonces Ministerio de Salud. La disposición ordenó a las entidades promotoras de salud reconocer los gastos efectuados por sus afiliados en tres eventos: atención de urgencias en una institución sin contrato; atención específica previamente autorizada; e incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cumplir sus obligaciones.

La misma norma dispuso que la solicitud debía formularse dentro de los quince días siguientes al alta del paciente, acompañada de originales de facturas, certificación del médico tratante y copia de la historia clínica, y que la EPS debía efectuar el pago



dentro de los treinta días siguientes. También estableció como referencia las tarifas definidas para el sector público.

La disposición cumplió una función protectora importante, pero presenta problemas que justifican una regulación legal actualizada. Fue expedida en 1994, bajo un modelo de Plan Obligatorio de Salud y una estructura institucional que ha sido transformada por la Ley Estatutaria de Salud, las reglas actuales de financiación y la evolución tecnológica. Su lenguaje se concentra en atenciones clínicas y no menciona expresamente medicamentos, dispositivos, insumos, terapias, atención domiciliaria o gastos de transporte y alojamiento cuando estos integran legalmente el acceso al servicio.

Además, el plazo de quince días es extremadamente corto para personas que pueden encontrarse hospitalizadas, en recuperación, en duelo, desplazadas de su municipio o enfrentando una enfermedad grave. La Corte Constitucional ha señalado que ese término no puede interpretarse como prescriptivo ni como una causa que extinga la obligación de la EPS. Mantenerlo como regla reglamentaria, sin una clarificación legal, continúa dando lugar a rechazos automáticos.

La referencia a tarifas del sector público también puede producir reembolsos parciales que no restituyen el gasto real. El usuario que acudió a un prestador disponible durante una urgencia o que compró un medicamento ante la falta de entrega no negoció las tarifas de la EPS, no controló el mercado y no debe soportar la diferencia entre lo efectivamente pagado y una tarifa administrativa ajena a la transacción.

3. Procedimiento jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud

El artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, en su versión vigente, permite presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud una demanda informal, sin necesidad de abogado, e impone un término legal para decidir las controversias sobre reembolso. Esta vía es indispensable como mecanismo de adjudicación cuando existe una controversia entre el usuario y la entidad.

No obstante, la función jurisdiccional no debe convertirse en la primera y única vía efectiva para obtener el dinero. Obligar a todas las personas a demandar ante la Superintendencia aumenta la congestión, prolonga el detrimento patrimonial y transforma una obligación administrativa relativamente verificable en un litigio. La propia jurisprudencia constitucional ha advertido dificultades estructurales y demoras en el ejercicio de esa función, circunstancia que puede afectar su idoneidad en casos concretos.

La solución legislativa debe fortalecer el trámite directo ante la entidad obligada y reservar la intervención jurisdiccional para las controversias reales: discusión sobre la causal, la necesidad del servicio, el valor reconocido o la existencia del pago. Un procedimiento directo claro reduce litigios, facilita el control y permite que la Superintendencia concentre su capacidad en los casos que requieren una decisión judicial.

4. Vigencia material y necesidad de armonización

La coexistencia de la Resolución 5261 de 1994, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019, la Ley Estatutaria de Salud y los conceptos administrativos posteriores ha producido un régimen disperso. Las causales aparecen en una resolución y en una norma de competencia jurisdiccional; los plazos operativos continúan siendo difundidos a partir de la resolución; y varios aspectos esenciales dependen de interpretación jurisprudencial.

La presente iniciativa armoniza ese conjunto normativo. Reconoce los antecedentes, conserva las causales históricas, las desarrolla conforme a la concepción actual del derecho fundamental a la salud y modifica el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 para que la función jurisdiccional de la Superintendencia se conecte expresamente con la nueva ley.

La expedición de una ley no significa que todo detalle operativo deba quedar congelado. El Gobierno podrá regular formularios, canales, interoperabilidad, estándares de reporte y referencias de mercado. Sin embargo, los componentes que definen el alcance real del derecho —causales, legitimación, documentos mínimos, término para reclamar, carga de la prueba, plazo de decisión, pago e intereses— deben quedar en la ley para impedir que una regulación subalterna los reduzca o vuelva a imponer barreras.

IV. AUTORIDADES Y ENTIDADES ENCARGADAS

• Ministerio de Salud y Protección Social

Corresponde al Ministerio formular la política pública del sector, dirigir el sistema y expedir la reglamentación operativa necesaria. En desarrollo de esta ley deberá adoptar un formulario único, definir estándares de interoperabilidad, establecer criterios objetivos para identificar valores manifiestamente desproporcionados y asegurar que la reglamentación no agregue requisitos ni reduzca las causales legales.



- **Superintendencia Nacional de Salud**

La Superintendencia ejercerá la inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de los plazos, la calidad de las decisiones, las barreras administrativas y los pagos. Podrá impartir órdenes, adoptar medidas preventivas e imponer sanciones conforme al régimen vigente. A través de su función jurisdiccional resolverá las controversias que persistan entre los usuarios y las entidades obligadas, sin exigir el agotamiento de recursos internos como requisito para acudir a ella.

- **Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios**

Estas entidades serán las principales obligadas a recibir, estudiar, decidir y pagar las solicitudes. Deberán disponer de canales presenciales y digitales accesibles, consultar la información que repose en sus sistemas, motivar sus decisiones, reconocer la parte no controvertida y reportar periódicamente sus resultados a la Superintendencia.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, gestores farmacéuticos y proveedores**

Los prestadores y proveedores deberán expedir facturas, soportes de pago, epicrisis, fórmulas e informes clínicos en los términos legales. Cuando hayan recibido pago directo del usuario por una prestación que correspondía a la EPS, estarán sujetos a los deberes de información y colaboración. La ley no legitima cobros indebidos ni impide que la EPS ejerza acciones de repetición contra quien haya aplicado precios ilegales o facturado servicios no prestados.

- **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES**

La ADRES continuará administrando los recursos del sistema dentro de sus competencias. El proyecto no crea un recobro automático a cargo de esta entidad. El reembolso será asumido por la entidad responsable de garantizar la prestación, sin perjuicio de los mecanismos de financiación o ajuste que legalmente procedan entre agentes del sistema.

- **Entidades territoriales y regímenes especiales o exceptuados**

Cuando una entidad territorial o una entidad administradora de un régimen especial o exceptuado sea legalmente responsable de garantizar la prestación, deberá aplicar las reglas de la presente ley en lo compatible, salvo que exista un procedimiento

especial más favorable para el usuario. Esta cláusula evita vacíos y preserva estándares superiores de protección.

V. MARCO CONCEPTUAL Y SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO

1. El reembolso como dimensión económica del derecho a la salud

El derecho a la salud no se satisface únicamente cuando el procedimiento finalmente se realiza o el medicamento llega a manos del paciente. También exige que el costo sea asumido por el agente que la Constitución y la ley han definido como responsable. La Corte Constitucional ha explicado que, respecto de las prestaciones a cargo del sistema, existen al menos dos dimensiones: la prestación efectiva, real y oportuna del servicio y la asunción total de sus costos por la entidad obligada.

Cuando una EPS niega o demora un servicio y el usuario consigue el dinero mediante ahorros, créditos, colectas, préstamos familiares o venta de bienes, la atención material puede evitar un daño a la salud, pero permanece una vulneración económica. El sistema se beneficia de que la familia haya resuelto la urgencia y conserva recursos que debía destinar a la prestación, mientras el ciudadano asume una deuda o pierde su patrimonio.

El reembolso corrige esa alteración. No es una indemnización por todos los perjuicios ocasionados ni exige demostrar culpa civil. Es el reintegro de una suma que la persona no estaba jurídicamente obligada a pagar y que asumió para superar una falla de acceso. La obligación nace cuando concurren la prestación cubierta o exigible, una causal atribuible al funcionamiento del sistema y el pago efectivo.

2. Protección financiera y prohibición de trasladar las fallas del sistema

La cobertura universal pierde eficacia si el acceso depende de la capacidad inmediata de pago. Las erogaciones directas en salud pueden absorber ingresos destinados a alimentación, vivienda, educación y cuidado, y afectan con mayor intensidad a quienes requieren tratamientos continuos o de alto costo.

Colombia ha construido mecanismos colectivos de financiación para evitar que el riesgo individual de enfermedad recaiga exclusivamente sobre cada persona. La Unidad de Pago por Capitación, los presupuestos máximos y las demás fuentes del sistema responden a esa lógica. Permitir que una entidad incumpla y conserve el beneficio económico de su incumplimiento contradice la finalidad del aseguramiento.

El proyecto consagra expresamente el principio de no traslado: ninguna falla administrativa, contractual, financiera, logística o de red atribuible a la entidad

puede ser trasladada al usuario. Las controversias entre EPS, IPS, gestores farmacéuticos, operadores logísticos, ADRES o entidades territoriales deben resolverse entre esos agentes sin condicionar el reembolso.

3. Causales claras, actuales y verificables

Las tres causales históricas se conservan, pero requieren precisión. La atención de urgencias en una IPS no contratada debe incluir toda situación en la que, atendidas las circunstancias de tiempo, modo y lugar, no era razonable exigir al usuario acudir primero a la red. No puede exigirse autorización previa ni comunicación inmediata cuando la condición clínica o las circunstancias lo impidan.

La atención expresamente autorizada comprende el caso en el que la EPS expide una autorización, pero la IPS exige el pago; no asigna prestador; agenda por fuera del tiempo clínicamente indicado; entrega una autorización inservible; o remite a una institución que no tiene capacidad real para prestar el servicio.

La incapacidad o imposibilidad de la EPS debe comprender la insuficiencia de red, la falta de contrato, la indisponibilidad de agenda, la ausencia de especialista, la falta de inventario, los errores de plataforma, la interrupción contractual y cualquier circunstancia interna que impida materializar la prestación. El usuario no tiene por qué conocer la estructura corporativa de la entidad ni demostrar cuál dependencia produjo la falla.

La negativa injustificada puede ser expresa o tácita. Existe negativa tácita cuando la entidad guarda silencio, impone trámites repetitivos, exige documentos que ya posee, remite indefinidamente entre canales o deja transcurrir el tiempo clínicamente útil. La negligencia se manifiesta en la falta de diligencia exigible para organizar y garantizar el servicio.

La iniciativa incorpora, además, situaciones frecuentes que el texto de 1994 no menciona con suficiente claridad: falta de entrega o entrega incompleta de medicamentos e insumos; incumplimiento de una orden judicial o administrativa; cobro al usuario de una prestación que estaba autorizada; y gastos indispensables de transporte, alojamiento o alimentación cuando la ley y la jurisprudencia los ubican a cargo de la entidad para hacer posible el acceso.

4. Del plazo de quince días a un término razonable

El término de quince días establecido en 1994 desconoce las condiciones reales de muchas familias. Después de una hospitalización, la prioridad suele ser la recuperación, la continuidad del tratamiento o la atención del duelo. Obtener

historias clínicas, facturas, certificados y soportes bancarios puede tardar más que el plazo reglamentario.

La Corte Constitucional, en las sentencias T-594 de 2007 y T-650 de 2011, sostuvo que ese plazo no puede entenderse como prescriptivo ni como una forma de liberar a la EPS de su obligación. La ley debe recoger expresamente esa regla para impedir que el ciudadano dependa de un litigio constitucional para superar un rechazo formal.

El proyecto propone un término de cinco años desde el pago, el alta o la cesación de la conducta que impidió el acceso, según el evento que ocurra después. Es un término suficientemente amplio para proteger al usuario y razonable para conservar la seguridad jurídica y la trazabilidad documental. La reclamación podrá presentarse desde el momento del pago y no será necesario esperar el alta cuando se trate de medicamentos o tratamientos continuos.

5. Reembolso integral y límites frente a gastos improcedentes

La restitución debe cubrir el valor efectivamente pagado, actualizado desde la fecha del desembolso. Reconocer únicamente una tarifa pública o contractual puede dejar una parte de la obligación en cabeza del usuario, aun cuando este no tuvo capacidad de negociar precios ni acceso a la red que la EPS debía ofrecer.

El principio de integralidad no significa aceptar cualquier cobro. La ley excluye gastos suntuarios, mejoras de habitación, honorarios por elección voluntaria de profesional, servicios puramente estéticos sin finalidad funcional, prestaciones expresamente excluidas de financiación con recursos públicos y decisiones de acudir a un prestador particular por mera preferencia cuando la EPS ofreció una alternativa efectiva, oportuna y accesible.

Los medicamentos y tecnologías sujetos a control de precios se reconocerán conforme al máximo legal aplicable. Cuando el usuario haya pagado un valor superior por una situación de urgencia, ausencia de oferta o conducta irregular del proveedor que razonablemente no podía evitar, la entidad deberá protegerlo y podrá ejercer las acciones de repetición correspondientes. En los demás casos podrá descontarse únicamente el exceso objetivamente demostrado.

La EPS podrá controvertir un valor manifiestamente desproporcionado, pero deberá pagar de inmediato la parte no discutida y demostrar el referente objetivo, la desproporción y la disponibilidad real de una alternativa. No bastará invocar su tarifa interna, sus contratos privados o un valor que nunca estuvo disponible para el usuario.



6. Regulación legal del procedimiento y reglamentación operativa

Dejar la totalidad del procedimiento a una futura reglamentación sería insuficiente. El problema actual surge, en buena medida, de que los elementos sustantivos se encuentran dispersos entre una resolución antigua, una norma de competencia y decisiones judiciales. Los usuarios necesitan reglas estables que no puedan ser reducidas mediante manuales internos.

Por ello, la ley define directamente: quién puede reclamar; contra quién; cuáles son las causales; qué gastos comprende; qué documentos mínimos pueden exigirse; cómo se subsana una solicitud; cómo se distribuye la carga de la prueba; cuánto tiempo tiene la entidad para decidir; cuándo debe pagar; qué intereses se generan; qué ocurre con la parte no controvertida; y cómo se accede a la Superintendencia.

El Gobierno nacional contará con seis meses para expedir el formulario único, regular canales interoperables, definir campos de información, establecer referencias objetivas de mercado y adoptar un sistema de reporte. La falta de reglamentación no suspenderá la vigencia del derecho ni permitirá a las EPS negar solicitudes. Esta cláusula de aplicación directa evita que la eficacia de la ley dependa de la voluntad reglamentaria.

7. Simplificación, buena fe y carga dinámica de la prueba

El usuario debe demostrar que existió un gasto y aportar la información clínica razonablemente disponible para relacionarlo con la prestación requerida. No debe probar hechos que reposan exclusivamente en los sistemas de la EPS, como la disponibilidad de red, las agendas, los contratos, los inventarios, las comunicaciones internas o la existencia de una alternativa real.

El proyecto adopta una carga dinámica. A la persona le corresponde acreditar sumariamente el pago, la necesidad o finalidad sanitaria y la causal invocada. A la entidad le corresponde demostrar que ofreció de manera concreta una alternativa oportuna, accesible, integral y clínicamente adecuada; que la comunicó efectivamente; y que el gasto obedeció a una decisión voluntaria ajena a cualquier falla del sistema.

La EPS no podrá exigir documentos que ya reposen en su poder o que pueda consultar mediante interoperabilidad. Solo podrá formular un requerimiento de subsanación, claro y completo, dentro de los cinco días hábiles siguientes. La solicitud no podrá ser rechazada por errores de forma, por no citar normas o por usar un canal distinto cuando haya sido recibida por la entidad.

Se reconocen expresamente las facturas electrónicas, comprobantes bancarios y demás mensajes de datos. Cuando por causas no atribuibles al usuario no exista un documento tradicional, la entidad deberá valorar conjuntamente otros medios de prueba y ejercer sus facultades de verificación, sin trasladar al paciente el incumplimiento documental del prestador.

8. Decisión oportuna, pago y consecuencias de la mora

La resolución vigente concede treinta días para pagar, pero no diferencia con claridad el término de estudio del término de desembolso ni establece consecuencias económicas precisas. El proyecto ordena decidir dentro de quince días hábiles desde la radicación completa y pagar dentro de los cinco días hábiles siguientes. Para sujetos de especial protección, los términos se reducen:

Toda negativa total o parcial deberá ser concreta, motivada y acompañada de los soportes que la fundamentan. Las respuestas genéricas, la simple cita de manuales internos o la afirmación de que el gasto fue particular no satisfacen el deber de motivación.

La mora genera actualización e intereses. Esta consecuencia evita que resulte financieramente más conveniente negar o demorar que cumplir. Los intereses y sanciones derivados del incumplimiento deberán asumirse con recursos propios de administración o patrimonio de la entidad y no podrán cargarse como mayor valor al usuario ni justificar restricciones asistenciales.

9. Protección reforzada para sujetos vulnerables

Una misma suma tiene efectos distintos según la condición económica y clínica de la persona. Para un hogar de bajos ingresos, el pago de una cirugía o de un medicamento puede comprometer el arriendo, la alimentación o el cuidado de otros integrantes. Para quien enfrenta una enfermedad de alto costo, cada demora puede coincidir con nuevos gastos.

La iniciativa establece trámite prioritario para niños, niñas y adolescentes; mujeres gestantes; adultos mayores; personas con discapacidad; pacientes con enfermedades huérfanas, catastróficas o de alto costo; víctimas de violencia; y personas que acrediten afectación de su mínimo vital. La entidad deberá decidir y pagar en términos abreviados y podrá realizar anticipos cuando la obligación sea evidente y la demora produzca una afectación grave.

10. Garantías contra el fraude, la doble reclamación y el abuso

La protección al usuario debe coexistir con el cuidado de los recursos del sistema. El proyecto prohíbe la doble reclamación, autoriza cruces de información, permite verificar facturas y pagos y excluye servicios voluntarios o ajenos a la cobertura. La falsedad, adulteración o simulación dará lugar a la devolución de lo pagado y a las responsabilidades correspondientes.

Estas medidas deben aplicarse de manera individual y basada en evidencia. La posibilidad de fraude no justifica presumir que todas las solicitudes son irregulares ni imponer a la población trámites que anulen el derecho. El control más eficaz es la interoperabilidad, la trazabilidad de facturas electrónicas y la identificación de patrones, no la multiplicación de documentos en papel.

11. Medicamentos, dispositivos e insumos

La falta de entrega de medicamentos es una de las situaciones que con mayor frecuencia obliga a los usuarios a pagar. La fórmula puede estar autorizada, pero el gestor farmacéutico informa que no hay existencias, entrega solo una parte, aplaza indefinidamente o remite a otro punto sin garantizar disponibilidad.

La ley establece que la autorización sin suministro no constituye cumplimiento. Cuando el medicamento, dispositivo o insumo sea requerido y la entidad no lo entregue en la cantidad, presentación, frecuencia y oportunidad prescritas, el usuario podrá adquirirlo y solicitar reembolso. En tratamientos sucesivos podrá agrupar varios pagos en una misma solicitud.

La entidad no podrá negar el reembolso alegando que el incumplimiento fue del gestor farmacéutico, del operador logístico o de la IPS. Esas relaciones contractuales son inoponibles al usuario. La EPS podrá repetir contra el tercero responsable, pero deberá pagar primero a la persona.

12. Gastos indispensables de acceso

En determinadas circunstancias, el derecho a un procedimiento sería ilusorio si el paciente no puede trasladarse al lugar asignado o permanecer allí. La jurisprudencia constitucional ha definido eventos en los que el transporte intermunicipal, y excepcionalmente el alojamiento, la alimentación y el acompañamiento, integran el acceso efectivo y deben ser asumidos por la entidad.

El proyecto no convierte todos los gastos de viaje en prestaciones automáticas. Solo reconoce los que, conforme a la ley, la jurisprudencia o una orden médica, eran indispensables y estaban a cargo de la entidad. La persona deberá aportar soportes

razonables y la EPS podrá verificar su necesidad, pero no podrá negar el reembolso cuando ella misma remitió al usuario a otro municipio sin disponer los medios que debía garantizar.

13. Relación con la tutela y la función jurisdiccional de la Superintendencia

La acción de tutela no fue diseñada como un proceso ordinario de cobro. La Corte Constitucional ha señalado que, por regla general, los conflictos puramente económicos sobre reembolsos deben ventilarse mediante los mecanismos ordinarios, aunque excepcionalmente procede el amparo cuando la falta de reconocimiento compromete derechos fundamentales, el mínimo vital o la eficacia de la atención.

El fortalecimiento del procedimiento directo reduce la necesidad de tutela. A su vez, la modificación del artículo 41 de la Ley 1122 asegura que la Superintendencia pueda ordenar no solo el capital, sino también la actualización, los intereses y el pago de la parte indebidamente retenida.

No se exige agotar una reconsideración interna para acudir a la Superintendencia. El usuario podrá presentarla voluntariamente o demandar directamente una vez exista negativa, reconocimiento parcial o vencimiento del término legal. Esta regla evita que un recurso administrado por la misma entidad se convierta en una barrera de acceso a la justicia.

14. Beneficios esperados

La iniciativa tendrá efectos positivos para los usuarios, las entidades y el sistema. Para la ciudadanía, ofrece certeza, reduce tiempos, evita pérdidas patrimoniales y facilita el ejercicio del derecho sin abogado. Para las EPS, un procedimiento uniforme reduce costos de litigio y permite detectar fallas de red, medicamentos e información. Para la Superintendencia, disminuye las controversias que pueden resolverse administrativamente y produce datos comparables para focalizar la vigilancia.

La publicación de indicadores permitirá identificar entidades con altas tasas de negación, mora o revocatoria. La información agregada contribuirá a corregir fallas estructurales y a evitar que el reembolso sea tratado como una solución normal. La finalidad principal del sistema seguirá siendo prestar directamente los servicios; el reembolso será un remedio excepcional cuando esa obligación haya fallado.

VI. DERECHO COMPARADO

La experiencia comparada confirma que los sistemas públicos o de aseguramiento pueden reconocer gastos asumidos por usuarios cuando la red no estuvo disponible, existió urgencia o se produjo una denegación injustificada. También muestra que el reembolso debe mantenerse como excepción y no sustituir la obligación principal de prestar directamente la atención.

En España, el Real Decreto 1030 de 2006, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, establece que las prestaciones se facilitan ordinariamente mediante centros propios o concertados. Sin embargo, reconoce el reembolso de la asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital recibida fuera del Sistema Nacional de Salud cuando se compruebe que no pudieron utilizarse oportunamente sus medios y que no existió una utilización desviada o abusiva de la excepción.

La normativa española de mutualidades públicas también contempla supuestos de denegación injustificada y urgencia vital, exige decisiones dentro de términos determinados y prevé el reintegro cuando el beneficiario ya pagó al proveedor. Estas reglas muestran la utilidad de distinguir entre elección voluntaria de atención privada y utilización necesaria de medios externos por una falla o una urgencia.

El proyecto colombiano adopta una protección más amplia porque parte de la estructura de aseguramiento definida por la Ley 100 y de la jurisprudencia nacional. No limita el derecho a riesgo vital, pues también existen vulneraciones cuando una EPS autoriza pero no garantiza, niega un medicamento, incumple una orden o retrasa un procedimiento dentro del tiempo clínicamente aceptable. A la vez, conserva controles para impedir el uso voluntario o abusivo de proveedores particulares.

El derecho comparado no se traslada mecánicamente. Su valor consiste en confirmar tres criterios: la red propia o contratada es la vía ordinaria; el reembolso procede cuando esa vía falla o no puede usarse oportunamente; y el ciudadano no debe soportar definitivamente el costo de una prestación que era responsabilidad del sistema.

VII. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN CONSTITUCIONAL PERMANENTE

El artículo 2º de la Ley 3ª de 1992 atribuye a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes los asuntos relacionados con seguridad social, salud, organizaciones comunitarias y demás materias sociales allí enumeradas.



El núcleo temático del proyecto es la protección económica de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las obligaciones de las entidades promotoras de salud, el procedimiento de reembolso y las competencias de inspección, vigilancia, control y jurisdicción de la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, su primer debate corresponde a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y de la Cámara de Representantes.

La modificación del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 no altera esta conclusión. La función jurisdiccional de la Superintendencia se modifica exclusivamente respecto de controversias derivadas del aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Conforme al criterio de materia dominante desarrollado por la Corte Constitucional, la conexión con funciones jurisdiccionales no desplaza la competencia especializada de la Comisión Séptima.

VIII. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión a que haya lugar.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dada la obligación del Estado de velar por el interés general, así como de promover la autonomía de las entidades territoriales, es relevante mencionar que una vez promulgada la Ley, el Gobierno deberá promover su ejercicio y cumplimiento. Además, se debe tener en cuenta como sustento, un pronunciamiento de la Corte Constitucional, en la cual se puntualizó de acuerdo con la sentencia C-490 de 2011, lo siguiente:

“El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. La exigencia de la norma orgánica, a su vez, presupone que la

*previsión en cuestión debe contener un mandato imperativo de gasto público.”
(Resaltado fuera del texto).*

Así mismo, la Corte Constitucional en la Sentencia C-502 de 2007, en la cual establecido que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice y barrera para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa:

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

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

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

De igual modo, al respecto del impacto fiscal que los proyectos de ley pudieran generar, la Corte ha dicho:

“Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii)

aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. (...).

El artículo 7º de la Ley 819/03 no Puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.” (Sentencia C-315 de 2008).

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

IX. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS

Se advierte que el presente Proyecto de Ley es de carácter general, sin embargo, en cumplimiento de la Ley 2003 de 2019, se hace la salvedad de que corresponde a la esfera privada de cada uno de los congresistas el examen del contenido de la presente iniciativa legislativa, y de otros elementos que puedan derivarse o entenderse como generadores de conflicto de interés contemplados en el artículo 286 de la Ley 5 de 1992.

Por lo anterior, lo aquí advertido no exonera a cada uno de los congresistas de examinar minuciosamente posibles conflictos de interés para conocer y votar este proyecto, y en caso de existir algún conflicto, su responsabilidad de manifestarlo al Congreso de la República, durante el trámite del mismo.

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2026 SENADO

"POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO AL REEMBOLSO DE GASTOS ASUMIDOS POR LOS USUARIOS PARA ACCEDER A SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, SE MODIFICA EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 1122 DE 2007 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

**EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:**

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reconocer y regular el derecho de los usuarios al reembolso integral, oportuno y efectivo de los gastos que hayan asumido para acceder a servicios y tecnologías en salud que debieron ser garantizados por la entidad responsable, cuando el pago se haya originado en una urgencia, autorización incumplida, incapacidad, negativa injustificada, demora, negligencia o cualquier otra falla atribuible a dicha entidad. La ley establece las causales, los gastos reconocibles, el procedimiento directo de reclamación, las reglas probatorias, los plazos de decisión y pago, la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y las medidas de inspección, vigilancia y control.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a las demás entidades que, conforme al ordenamiento jurídico, sean responsables de garantizar servicios y tecnologías en salud a una persona afiliada, beneficiaria o usuaria, cualquiera que sea su naturaleza pública, privada o mixta.

También se aplicará a las entidades que en el futuro sustituyan o asuman las funciones de aseguramiento, articulación, gestión o garantía de acceso actualmente atribuidas a las Entidades Promotoras de Salud.

Los regímenes especiales y exceptuados aplicarán la presente ley en lo compatible, sin perjuicio de los procedimientos o beneficios más favorables reconocidos en sus normas particulares.

Artículo 3°. Definiciones. Para efectos de la presente ley se entenderá por:

- 1. Entidad obligada:** la entidad responsable de organizar, autorizar, suministrar, financiar o garantizar el servicio o tecnología en salud cuyo costo fue asumido por el usuario o por un tercero en su nombre.
- 2. Reembolso:** el reconocimiento y pago de las sumas efectivamente sufragadas para acceder a un servicio o tecnología en salud que correspondía

garantizar a la entidad obligada, junto con la actualización y los intereses a que haya lugar.

3. **Servicios y tecnologías en salud:** los procedimientos, intervenciones, consultas, hospitalizaciones, exámenes, terapias, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, servicios domiciliarios, cuidados paliativos, rehabilitación y demás prestaciones destinadas a promover, proteger, recuperar o mantener la salud, así como los servicios complementarios indispensables para hacer posible su acceso cuando legalmente deban ser garantizados.
4. **Pago efectivo:** la salida real de recursos del patrimonio del usuario o de un tercero, acreditada mediante factura, documento equivalente, comprobante electrónico, soporte bancario o cualquier otro medio de prueba idóneo.
5. **Tiempo clínicamente indicado:** el plazo definido por el profesional tratante o el que, atendidas la condición del paciente, la naturaleza de la prestación y la evidencia disponible, permita suministrar el servicio sin deterioro, dolor evitable, progresión de la enfermedad o pérdida de efectividad.

Artículo 4°. Derecho al reembolso. Toda persona tendrá derecho a que la entidad obligada le reembolse los gastos asumidos cuando concurren los siguientes elementos:

1. Que el servicio o tecnología en salud fuera exigible a la entidad conforme a la Constitución, la ley, el plan de beneficios, una prescripción válida, una autorización, una orden judicial o administrativa o las reglas aplicables al caso.
2. Que el usuario o un tercero haya realizado un pago para obtener la prestación.
3. Que el pago se encuentre relacionado con alguna de las causales previstas en la presente ley.

El derecho surge por ministerio de la ley y no depende de una declaración previa de culpa, responsabilidad contractual o negligencia por parte de la entidad.

Parágrafo. La prestación directa, oportuna e integral será siempre la obligación principal. El reembolso constituye un mecanismo de restitución excepcional y no podrá ser utilizado por las entidades como modalidad ordinaria de provisión ni como justificación para trasladar anticipadamente costos a los usuarios, so pena de las sanciones que sean previstas para ello.

Artículo 5°. Causales de reembolso. Procederá el reembolso, entre otros, en los siguientes eventos:

1. Cuando el usuario reciba atención inicial de urgencias o atención urgente en una institución prestadora que no tenga contrato con la entidad obligada, siempre que, atendidas las circunstancias de tiempo, modo, lugar y condición clínica, no fuera razonable o posible utilizar oportunamente la red dispuesta por esta.
2. Cuando la entidad haya autorizado expresamente una atención, servicio o tecnología, pero no garantice su prestación efectiva, el prestador exija el pago al usuario o la autorización resulte materialmente ineficaz.
3. Cuando exista incapacidad o imposibilidad de la entidad para suministrar el servicio, incluyendo insuficiencia de red, indisponibilidad de agenda, inexistencia de prestador, falta de especialista, interrupción contractual, error administrativo, falla tecnológica, falta de inventario o cualquier circunstancia interna que impida el acceso.
4. Cuando exista negativa injustificada, expresa o tácita. Se entenderá que existe negativa tácita cuando la entidad guarde silencio, no resuelva dentro del tiempo clínicamente indicado, imponga barreras administrativas, exija trámites repetitivos o no materialice la prestación.
5. Cuando exista demora o negligencia de la entidad y, para evitar el deterioro de la salud, dolor evitable, interrupción del tratamiento, pérdida de oportunidad o agravación, el usuario deba obtener la prestación por sus propios medios.
6. Cuando no se entreguen, se entreguen tardíamente o se suministren de manera incompleta medicamentos, dispositivos médicos, insumos o productos prescritos, y el usuario deba adquirirlos.
7. Cuando se incumpla una orden judicial, administrativa o de autoridad competente que disponga la autorización, entrega o prestación.
8. Cuando la entidad, uno de sus prestadores, gestores farmacéuticos, operadores o agentes indiquen, sugieran o condicionen el acceso al pago directo por parte del usuario.
9. Cuando el usuario asuma gastos de transporte, alojamiento, alimentación o acompañamiento que la entidad estaba obligada a garantizar para hacer posible el acceso efectivo al servicio de salud.

10. Cuando se cobre al usuario una prestación exenta de cuota moderadora, copago o pago compartido, o una suma superior a la legalmente autorizada.

Parágrafo primero. La inexistencia de contrato, las controversias entre agentes, las deudas con prestadores, la falta de autorización interna o la insuficiencia de recursos administrativos no serán oponibles al usuario.

Parágrafo segundo. La enumeración anterior no excluye otros eventos equivalentes en los que se demuestre que una falla atribuible a la entidad obligada trasladó al usuario el costo de una prestación que debía garantizar.

Artículo 6°. Gastos reconocibles. El reembolso podrá comprender:

1. El valor de consultas, procedimientos, intervenciones, hospitalizaciones, exámenes, terapias y demás servicios asistenciales.
2. El valor de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, elementos de apoyo y productos prescritos.
3. Los honorarios profesionales indispensables para la prestación.
4. Los gastos de transporte sanitario o no sanitario, alojamiento, alimentación y acompañamiento cuando integren legalmente la garantía de acceso.
5. Los costos razonables de obtención de copias o soportes exigidos por la entidad, cuando esta no haya facilitado documentos que obraban en su poder.
6. Las cuotas moderadoras, copagos o pagos compartidos cobrados indebidamente.
7. Los demás desembolsos directos e indispensables que tengan relación causal inmediata con la prestación que la entidad debía garantizar.

Parágrafo. En tratamientos continuos o de suministro periódico, el solicitante podrá acumular en una sola reclamación varios pagos relacionados con la misma prescripción o causal.

Artículo 7°. Gastos no reembolsables. No procederá el reembolso respecto de:

1. Servicios o tecnologías obtenidos por elección exclusivamente voluntaria del usuario fuera de la red, cuando la entidad hubiera ofrecido y comunicado una alternativa efectiva, oportuna, accesible e integral.

2. Mejoras suntuarias, habitaciones de categoría superior, servicios accesorios de comodidad o elección particular de profesional que no fueran clínicamente indispensables.
3. Servicios con finalidad exclusiva cosmética o de embellecimiento, sin finalidad funcional, terapéutica o reconstructiva, que se encuentren expresamente excluidos conforme a la ley.
4. Valores ya pagados por otra entidad, aseguradora, plan voluntario, póliza o tercero obligado, sin perjuicio del reconocimiento de la parte no cubierta.
5. Gastos falsos, simulados, adulterados, duplicados o carentes de relación con la atención del usuario.
6. Sumas legalmente exigibles al usuario por concepto de cuotas moderadoras, copagos o pagos compartidos, salvo que hubiera exención o cobro excesivo.

La entidad que invoque cualquiera de estas exclusiones deberá demostrar sus supuestos de hecho y reconocer de inmediato la parte que no se encuentre controvertida.

Artículo 8°. Personas legitimadas. Podrán presentar la solicitud de reembolso:

1. El usuario que haya realizado el pago.
2. La persona natural o jurídica que haya sufragado el gasto por cuenta del usuario, con autorización de este o prueba suficiente de la relación y del pago.
3. El representante legal, agente oficioso, cuidador o apoyo de la persona que no pueda actuar directamente.
4. Los herederos, causahabientes o representantes de la sucesión cuando el usuario o quien pagó haya fallecido.

Cuando el pago haya sido asumido por un tercero, el reembolso se efectuará a quien acredite el desembolso. La entidad deberá adoptar medidas para evitar conflictos y doble pago, sin imponer formalidades desproporcionadas.

Artículo 9°. Monto del reembolso. El reembolso corresponderá al valor total efectivamente pagado que resulte necesario y razonable para acceder a la prestación, menos las sumas legalmente a cargo del usuario y los pagos recibidos de otros obligados.

Cuando existan precios máximos regulados, el reconocimiento se sujetará a ellos. No obstante, si por urgencia, ausencia comprobable de oferta, información insuficiente o conducta irregular del proveedor el usuario hubiera pagado un valor superior sin posibilidad razonable de evitarlo, la entidad deberá reembolsar el valor efectivamente asumido y podrá ejercer las acciones de repetición contra el proveedor responsable.

En ausencia de precio regulado, la entidad solo podrá objetar la porción que demuestre manifiestamente desproporcionada frente a referentes objetivos del mercado y a las circunstancias del caso. No serán suficientes las tarifas internas, los contratos privados o los valores que no estuvieron efectivamente disponibles para el usuario.

Parágrafo primero. La objeción parcial no suspenderá el pago de la suma no controvertida.

Parágrafo segundo. El Gobierno nacional establecerá referencias objetivas y transparentes para la evaluación de valores, sin que estas puedan conducir a reembolsos inferiores al gasto razonable que el usuario debió asumir por la falla de la entidad.

Artículo 10°. Término para presentar la solicitud. La solicitud directa de reembolso podrá presentarse dentro de los cinco años siguientes a la fecha del pago, del alta del paciente o de la cesación de la conducta que impidió el acceso, según el evento que ocurra después.

En tratamientos continuos, el término se contará de manera independiente respecto de cada pago. La presentación de la solicitud interrumpirá el término para reclamar ante la entidad y ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Ningún plazo reglamentario inferior podrá interpretarse como término de prescripción, caducidad o pérdida del derecho.

Artículo 11°. Presentación y canales. Las entidades obligadas deberán recibir solicitudes de reembolso por medios presenciales, virtuales, telefónicos asistidos y cualquier otro canal habilitado para peticiones de los usuarios.

La solicitud presentada en una oficina, correo electrónico, plataforma, aplicación, línea de atención o canal de una entidad integrante del mismo grupo o red deberá ser radicada o trasladada internamente sin imponer al usuario una nueva presentación.

Al momento de la recepción, la entidad entregará constancia con número de radicado, fecha, relación de documentos y fecha máxima de decisión. Los canales digitales deberán permitir cargar documentos, consultar el estado, recibir notificaciones y aportar subsanaciones.

Las personas con discapacidad, sin conectividad, con barreras de alfabetización o que requieran enfoque diferencial tendrán derecho a asistencia gratuita para formular y radicar la solicitud.

Artículo 12°. Contenido y documentos mínimos. La solicitud deberá contener únicamente:

1. Identificación y datos de contacto del usuario y, cuando sea distinto, de quien realizó el pago.
2. Relato sucinto de los hechos y de la causal invocada.
3. Identificación del servicio, tecnología o gasto reclamado.
4. Factura, documento equivalente o soporte disponible del cobro y del pago.
5. Orden, fórmula, autorización, epicrisis, historia clínica pertinente o documento médico disponible que permita relacionar el gasto con la atención, salvo que se trate de información que repose en poder de la entidad o de una urgencia en la que no hubiera orden previa.
6. Certificación de la cuenta bancaria o indicación del medio de pago, cuando sea necesaria para el desembolso.

Las facturas electrónicas, mensajes de datos, comprobantes bancarios, extractos, recibos digitales y copias tendrán plena validez. La entidad podrá verificar su autenticidad y no podrá exigir originales físicos cuando exista un documento electrónico verificable.

No podrán exigirse declaraciones extrajuicio, autenticaciones, presentaciones personales, conceptos jurídicos, certificaciones de inexistencia de contrato, prueba de negligencia interna, documentos que reposen en la entidad ni requisitos adicionales no previstos en la ley.

Parágrafo. Cuando el prestador se niegue a expedir un documento o exista imposibilidad no atribuible al usuario, podrán aportarse otros medios de prueba. La entidad deberá adelantar las verificaciones necesarias y no podrá rechazar de plano la reclamación.

Artículo 13°. Subsanación. Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la radicación, la entidad podrá requerir por una sola vez la información estrictamente necesaria que no obre en su poder o no pueda obtener mediante consulta o interoperabilidad.

El requerimiento deberá ser claro, completo, motivado y señalar la relación entre cada documento y la decisión. No podrá formularse por entregas sucesivas ni utilizarse para reiniciar el término respecto de documentos ya aportados.

El solicitante contará con hasta treinta días hábiles para subsanar, prorrogables por una sola vez cuando existan razones justificadas. Durante ese período se suspenderá el término de decisión. La falta de un documento que solo afecte una parte de la solicitud no impedirá resolver y pagar los demás conceptos.

Cuando la solicitud sea presentada ante una entidad no obligada, esta deberá trasladarla a quien considere competente dentro de los cinco días hábiles siguientes e informar al usuario. Las controversias de competencia entre entidades no suspenderán indefinidamente el trámite ni podrán trasladar al usuario las consecuencias de la descoordinación.

Artículo 14°. Buena fe y carga de la prueba. Las solicitudes se tramitarán bajo la presunción constitucional de buena fe.

Al solicitante le corresponderá aportar prueba sumaria del pago, de la finalidad sanitaria del gasto y de los hechos que razonablemente estén a su alcance. A la entidad obligada le corresponderá demostrar:

1. Que ofreció una alternativa concreta, efectiva, oportuna, integral, accesible y clínicamente adecuada.
2. Que comunicó dicha alternativa de manera efectiva antes de que el usuario realizara el gasto, salvo imposibilidad.
3. Que tenía red, agenda, inventario y capacidad real para prestar el servicio dentro del tiempo requerido.
4. Que el gasto obedeció a una decisión voluntaria, a una exclusión legal o a una circunstancia no atribuible a la entidad.
5. La existencia de doble pago, falsedad, desproporción manifiesta o cualquier causal de exclusión que invoque.

Las dudas probatorias que se originen exclusivamente en la falta de registros, trazabilidad o gestión documental de la entidad no se resolverán en perjuicio del usuario.

Artículo 15°. Decisión y pago. La entidad deberá decidir de fondo la solicitud dentro de los quince días hábiles siguientes a su radicación completa.

La decisión deberá indicar los hechos acreditados, la causal analizada, cada concepto reclamado, el valor solicitado, el valor reconocido, la actualización, las deducciones y sus fundamentos. Toda negativa total o parcial deberá estar motivada y acompañada de los soportes en que se funda.

El pago se realizará dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de la decisión favorable, mediante transferencia a la cuenta indicada o por otro medio gratuito acordado con el beneficiario.

Vencido el plazo de pago, se causarán intereses moratorios a la tasa de interés bancario corriente para la modalidad de crédito de consumo y ordinario certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, sin exceder el límite de usura.

Parágrafo primero. La entidad deberá pagar la parte no controvertida dentro del mismo término, aun cuando niegue otros conceptos.

Parágrafo segundo. El silencio o vencimiento del término no extingue la obligación ni impide acudir a la Superintendencia. Constituirá incumplimiento sujeto a medidas de inspección, vigilancia y control y dará lugar a los intereses previstos en este artículo.

Artículo 16°. Trámite prioritario. Las solicitudes de niños, niñas y adolescentes; mujeres gestantes; personas mayores; personas con discapacidad; pacientes con enfermedades huérfanas, catastróficas, degenerativas o de alto costo; víctimas de violencia; y personas cuyo mínimo vital se encuentre comprometido tendrán trámite prioritario.

En estos casos, la entidad decidirá dentro de los diez días hábiles siguientes a la radicación completa y pagará dentro de los tres días hábiles siguientes. Cuando la obligación sea manifiesta y la demora pueda agravar una afectación económica o clínica, podrá reconocer un anticipo sobre la suma no controvertida.

La condición de prioridad podrá acreditarse por cualquier medio sumario y no estará sujeta a formalidades especiales.



Artículo 17°. Reconsideración voluntaria y acceso a la justicia. El solicitante podrá pedir reconsideración de la decisión dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación. La entidad deberá resolverla dentro de los diez días hábiles siguientes.

La reconsideración será voluntaria y no constituirá requisito de procedibilidad ni agotamiento obligatorio para acudir a la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, a la jurisdicción competente o a la acción de tutela en los eventos en que esta resulte procedente.

La presentación de la reconsideración no suspenderá el pago de las sumas reconocidas.

Artículo 18°. Modificación del literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007.

Modifíquese el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

"b) Las controversias relativas al reconocimiento, liquidación, actualización y pago de los gastos asumidos por los usuarios o por terceros para acceder a servicios y tecnologías en salud que debieron ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios o las entidades que hagan sus veces, de conformidad con la ley que regula el derecho al reembolso de gastos en salud.

La Superintendencia podrá ordenar el pago del capital, la actualización, los intereses moratorios y las demás sumas legalmente procedentes, así como adoptar medidas para asegurar el cumplimiento. Para acudir a esta función jurisdiccional no será obligatorio agotar la reconsideración o cualquier recurso interno ante la entidad."

Artículo 19°. Información al usuario. Las entidades obligadas deberán informar de manera clara, visible, accesible y permanente el derecho al reembolso, sus causales, documentos, plazos, canales y mecanismos de reclamación.

La información deberá publicarse en páginas web, aplicaciones, oficinas de atención, autorizaciones, comunicaciones de negación y puntos de entrega de medicamentos. Toda negativa de un servicio o reporte de indisponibilidad deberá informar al usuario sobre las alternativas inmediatas y sobre el derecho a reclamar los gastos cuando proceda.

La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de una guía ciudadana y un formulario único de libre acceso. La ausencia de utilización del formulario no será causal de rechazo si la solicitud contiene la información mínima legal.

Artículo 20°. Reporte, inspección, vigilancia y control. Las entidades obligadas reportarán trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud, como mínimo:

1. Número y valor de solicitudes recibidas.
2. Causales invocadas.
3. Número y valor de solicitudes reconocidas total y parcialmente y negadas.
4. Tiempo promedio de decisión y pago.
5. Número de solicitudes vencidas.
6. Principales motivos de negación.
7. Prestadores, gestores o territorios asociados con mayor frecuencia a las reclamaciones.
8. Número de decisiones modificadas por reconsideración, por la Superintendencia o por autoridad judicial.

La Superintendencia publicará información agregada, comparable y anonimizada y establecerá indicadores de cumplimiento.

La negativa injustificada, la imposición de barreras, la exigencia de documentos prohibidos, el incumplimiento reiterado de plazos, la omisión del pago no controvertido y la falta de reporte constituirán infracciones sancionables conforme a las Leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

La reincidencia y la afectación de sujetos de especial protección serán criterios de agravación. La Superintendencia podrá ordenar planes de mejoramiento, devoluciones masivas, auditorías especiales y las demás medidas previstas en el ordenamiento.

Artículo 21°. Prevención del fraude y recuperación de pagos indebidos. Las entidades podrán realizar verificaciones proporcionales, consultar sistemas de facturación y cruzar información para prevenir duplicidades, falsedad o simulación, con observancia de las normas de protección de datos personales.

Cuando se demuestre mediante decisión motivada que el pago fue obtenido con información falsa o adulterada atribuible al solicitante, procederá la restitución de las sumas y las acciones legales correspondientes. Los errores de buena fe,

inconsistencias formales o actuaciones irregulares del prestador no generarán automáticamente responsabilidad del usuario.

La entidad que pague un reembolso conservará las acciones de repetición, cobro o responsabilidad contra prestadores, proveedores, gestores farmacéuticos, operadores u otros agentes cuya conducta haya originado el gasto o un cobro ilegal. El ejercicio de estas acciones no condicionará ni retrasará el pago al usuario.

Artículo 22°. Reglamentación e interoperabilidad. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de la presente ley los aspectos operativos necesarios para su aplicación uniforme.

La reglamentación comprenderá, entre otros, el formulario único, los estándares de interoperabilidad, la radicación multicanal, las reglas de trazabilidad, los referentes objetivos de valor, el reporte a la Superintendencia y las medidas de accesibilidad y enfoque diferencial.

La reglamentación no podrá crear nuevas causales de exclusión, reducir los términos, exigir documentos adicionales, limitar los medios de prueba, modificar la carga probatoria ni condicionar la aplicación directa de los derechos establecidos en esta ley.

El vencimiento del plazo reglamentario no suspenderá la vigencia ni la exigibilidad de la ley. Hasta la expedición del reglamento, las entidades aplicarán directamente sus disposiciones y utilizarán sus canales ordinarios de recepción de peticiones.

Artículo 23°. Régimen de transición. Las solicitudes de reembolso que se encuentren en trámite a la entrada en vigencia de la presente ley se decidirán conforme a sus reglas procedimentales, cuando resulten más favorables al solicitante.

Las reclamaciones relacionadas con gastos realizados antes de la vigencia conservarán los derechos y términos sustanciales aplicables al momento del pago. En ningún caso el término de quince días previsto en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 podrá utilizarse como término prescriptivo o de caducidad para negar una solicitud pendiente o futura.

Las decisiones administrativas o jurisdiccionales ejecutoriadas conservarán sus efectos.

Alex Flórez Hernández

Senador de la República



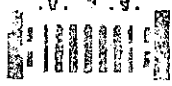
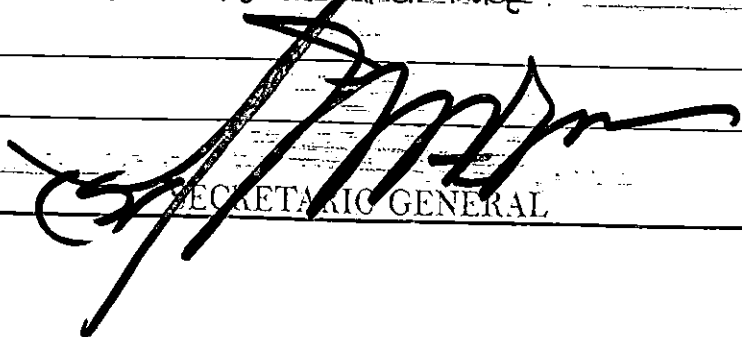
Artículo 24°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación, modifica el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

ALEX FLÓREZ HERNÁNDEZ

Senador de la República

Pacto Histórico

	SENADO DE LA REPÚBLICA SECRETARÍA GENERAL
EL día <u>26</u> de <u>Agosto</u> del año <u>2026</u>	
Ha sido presentado en este despacho el	
Proyecto de ley <u>X</u> Acto legislativo _____	
No. <u>208/26</u> Con su correspondiente	
Exposición de Motivos, suscrito Por: _____	
<u>H.S. Alex Flórez Hernández</u>	
	
SECRETARÍA GENERAL	