

Bogotá, D. C., septiembre de 2026

Señor
MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
Secretario General
Cámara de Representantes
Ciudad

Referencia: Radicación de Proyecto de Ley

En mi condición de miembro del Congreso de la República me permito poner a consideración de la Honorable Cámara de Representantes el Proyecto de Ley “Por medio de la cual se establecen medidas para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente ante fallas o degradaciones de sistemas de inteligencia artificial en los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones”, el cual tiene por objeto establecer medidas de preparación, respuesta y recuperación para mantener una atención segura cuando sistemas de inteligencia artificial que apoyan funciones asistenciales críticas fallan o pierden confiabilidad.

Cordialmente,



DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico
Autor

PROYECTO DE LEY No. ____ DE 2026 CÁMARA

“Por medio de la cual se establecen medidas para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente ante fallas o degradaciones de sistemas de inteligencia artificial en los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer medidas de preparación, respuesta y recuperación para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente ante fallas o degradaciones de sistemas de inteligencia artificial que apoyen funciones asistenciales críticas en los servicios de salud.

ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que utilicen sistemas de inteligencia artificial en funciones asistenciales críticas.

También se aplicará a las entidades responsables de pago y a los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud únicamente cuando utilicen sistemas de inteligencia artificial que intervengan de manera directa en autorizaciones, referencia y contrarreferencia, dispensación de medicamentos o en otros procesos cuya falla o degradación pueda interrumpir una atención en curso o generar un riesgo grave para el paciente.

Las obligaciones se cumplirán de manera proporcional a la criticidad de la función, la complejidad del servicio, el grado de dependencia tecnológica, la población atendida y la magnitud del daño previsible. La presente ley no obliga a adquirir, desarrollar ni utilizar sistemas de inteligencia artificial.

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

1. Sistema de inteligencia artificial: sistema basado en máquinas que, para objetivos explícitos o implícitos, infiere a partir de la información que recibe cómo generar resultados tales como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones que pueden influir en entornos físicos o virtuales, y que puede presentar distintos niveles de autonomía y adaptación después de su despliegue.
2. Función asistencial crítica: proceso clínico, operativo o de apoyo a la atención cuya interrupción, retraso, degradación o ejecución errónea pueda ocasionar muerte, lesión, deterioro grave o pérdida de una oportunidad relevante de atención y requiera una respuesta oportuna.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

3. Falla o degradación: pérdida total o parcial de disponibilidad, integridad, desempeño, seguridad o confiabilidad de un sistema de inteligencia artificial o de alguna de sus dependencias, incluida la deriva del modelo o de los datos, la utilización de información incompleta o desactualizada, los cambios no validados, las vulnerabilidades de seguridad y la interrupción de servicios de terceros.
4. Alternativa validada: procedimiento clínico, tecnológico u organizativo cuya capacidad para mantener una atención segura durante una contingencia ha sido evaluada y documentada frente al evento y a la función asistencial crítica de que se trate.
5. Cambio sustancial: modificación del modelo, versión, datos, finalidad prevista, arquitectura, infraestructura, proveedor, interfaz o condiciones de uso que pueda alterar materialmente el desempeño, la seguridad, la continuidad o el perfil de riesgo del sistema.
6. Incidente asociado a inteligencia artificial: evento o circunstancia en la cual una falla, degradación, uso no previsto o interacción entre el sistema y el entorno asistencial produjo o pudo producir daño a un paciente, interrupción de una atención o pérdida de una barrera de seguridad.

ARTÍCULO 4. DEBER GENERAL DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Los sujetos obligados deberán adoptar medidas razonables, proporcionales y verificables para mantener una atención segura cuando una función asistencial crítica dependa de un sistema de inteligencia artificial. La continuidad podrá prestarse mediante procedimientos clínicos, tecnológicos u organizativos alternativos o, cuando la capacidad disponible no permita mantener condiciones seguras, mediante la estabilización y coordinación oportuna de la remisión.

La falla o degradación de un sistema de inteligencia artificial no podrá invocarse, por sí sola, para abandonar al paciente, negar arbitrariamente una atención clínicamente necesaria o mantener en funcionamiento un sistema que presente un riesgo inaceptable. La aplicación de esta ley respetará la autonomía de los profesionales de la salud, la supervisión humana efectiva, la protección de datos personales y el régimen de historia clínica.

TÍTULO II. PREPARACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ARTÍCULO 5. INVENTARIO Y CLASIFICACIÓN DE FUNCIONES CRÍTICAS. Los sujetos obligados mantendrán un inventario actualizado de los sistemas de inteligencia artificial que apoyen funciones asistenciales críticas. El inventario identificará la finalidad prevista, la función apoyada, el responsable institucional, el proveedor y la versión cuando corresponda, la población expuesta, las dependencias relevantes y el nivel de criticidad.

La clasificación deberá considerar, como mínimo, la severidad y reversibilidad del daño posible, la urgencia clínica, el número de pacientes potencialmente afectados, el tiempo tolerable de interrupción, la detectabilidad de la falla o degradación y la disponibilidad real de alternativas seguras.

ARTÍCULO 6. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DEPENDENCIAS. Para cada función asistencial crítica, el sujeto obligado evaluará las consecuencias previsibles de la falla o degradación del sistema y las condiciones que pueden impedir su detección o recuperación. La evaluación comprenderá, según corresponda, datos, interfaces, redes, energía, infraestructura de cómputo, servicios en la nube, equipos biomédicos, personal, comunicaciones, procesos de autorización, proveedores y componentes compartidos.

La evaluación verificará si el sistema principal y sus alternativas comparten puntos de falla capaces de inutilizarlos simultáneamente. Sus resultados se integrarán a los procesos existentes de seguridad del paciente, habilitación, mejoramiento de la calidad, gestión de emergencias, ciberseguridad y tecnovigilancia, cuando sean aplicables.

ARTÍCULO 7. PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Los sujetos obligados adoptarán y mantendrán un plan de continuidad para las funciones asistenciales críticas apoyadas por inteligencia artificial. El plan podrá integrarse a instrumentos institucionales existentes, siempre que estos permitan verificar el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta ley. El plan contendrá, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Eventos, alertas y umbrales para su activación.
2. Responsables de decidir la limitación, suspensión, activación de alternativas y recuperación del sistema.
3. Alternativas validadas y condiciones para su utilización.
4. Información clínica indispensable y mecanismos seguros para acceder a ella durante la contingencia.
5. Canales de comunicación interna, con otros actores del sistema y con los pacientes cuando corresponda.
6. Prioridades clínicas, tiempos críticos y criterios de escalamiento.
7. Condiciones en las que la capacidad disponible no permite mantener una atención segura y debe iniciarse la remisión.
8. Procedimientos para preservar registros, evidencia técnica y trazabilidad de las decisiones.
9. Criterios de recuperación, verificación y retorno seguro a la operación ordinaria.
10. Responsables y plazos para corregir las deficiencias identificadas en pruebas o incidentes.

ARTÍCULO 8. ALTERNATIVAS VALIDADAS Y ESTADO SEGURO. Las alternativas podrán consistir en sistemas independientes, procedimientos clínicos u operativos temporales, redistribución de funciones, apoyo de otros prestadores o cualquier medida idónea para conservar una atención segura. No se exigirá una operación manual cuando esta aumente el riesgo, ni la duplicación indiscriminada de equipos o infraestructura.

La validación deberá demostrar, en la medida técnica y materialmente posible, que la alternativa puede ejecutarse con los recursos y el personal disponibles y que no depende del mismo modo de falla que pretende resolver. Deberán documentarse sus límites, la

capacidad máxima, el tiempo durante el cual puede operar y las condiciones para pasar el sistema principal a un estado seguro.

La selección y validación de alternativas contará con participación del personal clínico y técnico responsable de la función.

ARTÍCULO 9. INFORMACIÓN CLÍNICA Y RECONCILIACIÓN. Los sujetos obligados garantizarán que el personal autorizado pueda acceder de forma segura y oportuna a la información clínica indispensable para ejecutar la alternativa, de conformidad con las normas sobre historia clínica, interoperabilidad y protección de datos personales.

Los mecanismos de respaldo y acceso en contingencia deberán aplicar controles de autenticación, mínimo privilegio, trazabilidad, integridad y disponibilidad. No habilitarán accesos indiscriminados ni tratamientos para finalidades distintas de la atención y la gestión del incidente.

Una vez recuperado el servicio, el sujeto obligado reconciliará los registros generados durante la contingencia. El procedimiento deberá prevenir duplicidades, omisiones o contradicciones en órdenes, medicamentos, resultados, identificaciones y anotaciones clínicas, y conservar la autoría, fecha, hora y trazabilidad de las correcciones.

ARTÍCULO 10. FORMACIÓN, PRUEBAS Y SIMULACROS. El personal que intervenga en funciones asistenciales críticas deberá conocer los procedimientos de contingencia correspondientes a sus responsabilidades y las condiciones en las que puede limitarse o suspenderse el uso del sistema.

Los sujetos obligados realizarán pruebas y simulacros proporcionales a la criticidad y después de cambios sustanciales que puedan afectar la continuidad. Estos ejercicios no podrán poner en riesgo a pacientes ni interrumpir injustificadamente la atención. Sus resultados, deficiencias, acciones correctivas, responsables y plazos deberán documentarse.

Los lineamientos técnicos previstos en el artículo 15 determinarán frecuencias mínimas diferenciadas, sin perjuicio de que el sujeto obligado deba realizar pruebas adicionales cuando el análisis de riesgo, un incidente o una modificación del sistema lo justifiquen.

TÍTULO III. MONITOREO, TERCEROS Y RESPUESTA

ARTÍCULO 11. MONITOREO DE DEGRADACIÓN Y GESTIÓN DE CAMBIOS. Los sujetos obligados establecerán mecanismos proporcionales para detectar pérdida de desempeño, deriva de datos o del modelo, resultados anómalos y cambios en las condiciones de uso que puedan comprometer una función asistencial crítica. Los mecanismos se basarán en

indicadores pertinentes para el contexto clínico y en información suministrada por los usuarios, el personal y los proveedores.

Antes de implementar un cambio sustancial, el sujeto obligado evaluará su efecto sobre la clasificación del riesgo, las dependencias, los umbrales de activación, la información indispensable y la vigencia de las alternativas. Cuando el cambio pueda alterar materialmente la seguridad o continuidad, deberá realizarse validación previa en condiciones controladas.

El monitoreo previsto en este artículo se aplicará sin perjuicio del régimen de dispositivos médicos, tecnovigilancia y demás controles sanitarios que correspondan.

ARTÍCULO 12. GESTIÓN CONTRACTUAL DE PROVEEDORES TECNOLÓGICOS. En la adquisición, licencia, contratación o renovación de sistemas de inteligencia artificial destinados a funciones asistenciales críticas, los sujetos obligados incorporarán, de acuerdo con el objeto contractual y la viabilidad técnica y jurídica, condiciones que permitan cumplir esta ley. Dichas condiciones comprenderán, como mínimo:

1. Notificación oportuna de vulnerabilidades, incidentes y cambios que puedan afectar la continuidad, el desempeño o la seguridad.
2. Identificación de versiones y comunicación previa de cambios sustanciales.
3. Disponibilidad de documentación técnica, instrucciones, registros y evidencia razonablemente necesarios para la gestión del riesgo y la investigación de incidentes, con respeto por los secretos empresariales y la propiedad intelectual.
4. Niveles de soporte, escalamiento y cooperación durante la contingencia.
5. Portabilidad y devolución segura de la información bajo custodia o responsabilidad del sujeto obligado.
6. Continuidad, transición y terminación ordenada del servicio, incluida la preservación de los registros legalmente exigibles.
7. Prohibición de impedir el acceso legítimo a la historia clínica o a la información asistencial por la terminación, suspensión o controversia del contrato.

Los contratos no podrán trasladar al proveedor decisiones clínicas que correspondan a los profesionales o a la institución. La distribución contractual de riesgos no liberará al sujeto obligado de sus deberes frente al paciente ni excluirá las responsabilidades que determine la ley.

ARTÍCULO 13. ACTIVACIÓN, REMISIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE. Cuando se presente una falla o degradación relevante, el sujeto obligado activará la alternativa aplicable y limitará, aislará o suspenderá el sistema cuando sea necesario para proteger al paciente. La decisión deberá quedar documentada y estar bajo autoridad humana competente.

Si la institución no puede mantener la atención en condiciones seguras, estabilizará al paciente dentro de sus capacidades y coordinará la referencia o remisión conforme a las

normas vigentes y a su condición clínica. Ninguna actuación prevista en este artículo podrá disminuir las obligaciones existentes de atención inicial de urgencias.

El paciente, su representante o quien corresponda será informado de manera comprensible sobre los cambios relevantes en su atención y las medidas adoptadas, siempre que ello sea clínicamente pertinente y no comprometa la respuesta a la contingencia ni la información de terceros.

ARTÍCULO 14. REGISTRO, REPORTE Y APRENDIZAJE DE INCIDENTES. Los sujetos obligados registrarán los incidentes asociados a inteligencia artificial que afecten o puedan afectar funciones asistenciales críticas, preservarán la evidencia pertinente, analizarán sus causas y adoptarán acciones correctivas y preventivas.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios de severidad, los eventos reportables, los plazos y la articulación con los canales sanitarios existentes. La reglamentación evitará reportes duplicados y procurará que la información agregada o anonimizada contribuya al aprendizaje sectorial y a la emisión de alertas o recomendaciones.

El reporte y el análisis deberán considerar la interacción entre tecnología, datos, organización, proveedor y decisiones clínicas. La sola presentación de un reporte no producirá atribución automática de responsabilidad individual; cualquier responsabilidad se determinará conforme al régimen aplicable, las circunstancias del caso y el debido proceso.

TÍTULO IV. IMPLEMENTACIÓN, VIGILANCIA Y DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 15. LINEAMIENTOS TÉCNICOS E INTEGRACIÓN REGULATORIA. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, lineamientos técnicos para su implementación. En el marco de sus competencias contará con el apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y la Superintendencia de Industria y Comercio, cuando la materia lo requiera.

Los lineamientos establecerán criterios diferenciados de criticidad, validación, monitoreo, pruebas, reporte de incidentes y gestión de terceros; promoverán el uso de estándares reconocidos; y articularán estas obligaciones con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la habilitación, la seguridad del paciente, la historia clínica electrónica interoperable, la protección de datos y la tecnovigilancia, sin crear trámites o reportes paralelos innecesarios.

El Ministerio garantizará espacios de participación de pacientes, organizaciones de usuarios, prestadores de distinta complejidad, trabajadores y profesionales de la salud,

academia, sociedades científicas, entidades territoriales, desarrolladores y proveedores tecnológicos.

ARTÍCULO 16. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales de salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y las demás autoridades competentes ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control previstas en el ordenamiento, de acuerdo con el sujeto, el servicio y la materia.

El incumplimiento de las obligaciones previstas en esta ley dará lugar a las medidas y consecuencias establecidas en los regímenes vigentes, cuando se configuren sus respectivos supuestos, con observancia de las competencias, la tipicidad, la proporcionalidad y el debido proceso. La presente ley no crea una habilitación sanitaria ni un régimen sancionatorio paralelo.

ARTÍCULO 17. RÉGIMEN DE TRANSICIÓN. Los sujetos obligados identificarán e inventariarán las funciones asistenciales críticas apoyadas por sistemas de inteligencia artificial dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Los planes, alternativas, mecanismos de monitoreo y demás adecuaciones previstas en esta ley deberán implementarse dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de los lineamientos técnicos, sin exceder dieciocho (18) meses contados desde la promulgación de la presente ley. Las condiciones contractuales del artículo 12 se incorporarán en los contratos nuevos y en las renovaciones que se celebren después de la entrada en vigencia de dichos lineamientos.

Durante la transición, los sujetos obligados adoptarán medidas razonables frente a riesgos conocidos y continuarán cumpliendo las obligaciones vigentes sobre atención, seguridad del paciente, habilitación, historia clínica, protección de datos y gestión de incidentes.

ARTÍCULO 18. VIGENCIA. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las que le sean contrarias



DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico
Autor

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Presento esta iniciativa para que la incorporación de inteligencia artificial a los servicios de salud esté acompañada de una capacidad real de respuesta cuando la tecnología falle. El paciente necesita que su atención continúe de forma segura, que la información clínica permanezca disponible y que exista una persona responsable de decidir cómo actuar. La exposición se organiza en objeto, antecedentes, marco constitucional y normativo, justificación, impacto fiscal, descripción del articulado, conflicto de interés y consideraciones finales.

I. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto establece obligaciones de preparación, respuesta y recuperación frente a fallas o degradaciones de sistemas de inteligencia artificial que apoyen funciones asistenciales críticas. Comprende a las instituciones prestadoras públicas, privadas y mixtas y, en los supuestos delimitados en el artículo 2, a entidades responsables de pago y otros actores cuyos procesos automatizados puedan interrumpir una atención en curso o generar un riesgo grave para el paciente.

La intervención se concentra en dependencias que pueden comprometer la atención. Exige identificar esas dependencias, disponer de alternativas evaluadas, entrenar al personal, monitorear cambios de desempeño y organizar la recuperación. Las exigencias se ajustan a la criticidad de la función y a la complejidad del servicio; no obligan a adquirir inteligencia artificial ni a duplicar indiscriminadamente la infraestructura. Se preservan la autonomía profesional y los regímenes de habilitación, protección de datos y vigilancia sanitaria.

II. ANTECEDENTES

La continuidad asistencial tiene un fundamento previo a la expansión de la inteligencia artificial. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la continuidad, la oportunidad y la calidad como principios y elementos del derecho a la salud, así como la autonomía de los profesionales. Una decisión de modernización tecnológica debe ser compatible con esas garantías. La dependencia de un proveedor o de un modelo no puede dejar sin respuesta institucional una necesidad clínica.¹

La digitalización de la información sanitaria ha aumentado la importancia de prevenir contingencias. La Ley 2015 de 2020 creó la historia clínica electrónica interoperable. Su finalidad hace relevante que la información necesaria acompañe la atención entre instituciones y pueda ser consultada de manera segura.² La Resolución 1888 de 2025

¹ 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 (arts. 2, 6, 10 y 17). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

² Congreso de la República de Colombia. (2020). Ley 2015 de 2020, por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2015_2020.html

desarrolló el Resumen Digital de Atención en Salud dentro de ese mecanismo.³ La Resolución 1799 del 5 de agosto de 2026 incorporó el resumen de dispensación de medicamentos y reguló aspectos de su generación, envío y consulta. La continuidad de los procesos farmacéuticos debe, por ello, leerse también en relación con esta actualización.⁴ La regulación de habilitación tampoco desconoce el riesgo tecnológico. El manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019 contempla condiciones para los registros clínicos y, en telemedicina, un plan de contingencia ante fallas del sistema activo o pérdida de datos. Esta base demuestra que el proyecto no introduce una preocupación ajena al sector. Su aporte consiste en precisar la respuesta frente a dependencias algorítmicas, degradaciones del desempeño y cambios que pueden afectar una función crítica sin producir una caída visible del sistema.⁵

III. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

La protección de la vida, la dignidad y la igualdad orienta esta intervención. Los artículos 48 y 49 de la Constitución atribuyen al Estado responsabilidades de dirección y regulación sobre la seguridad social y la atención en salud. El artículo 15 protege la intimidad y el tratamiento de la información personal. Los artículos 150 y 154 permiten el ejercicio de la iniciativa legislativa dentro de las competencias del Congreso, mientras que el artículo 158 exige unidad de materia. El articulado mantiene esa unidad al regular exclusivamente la preparación y respuesta sanitaria frente a dependencias de inteligencia artificial.⁶

La Sentencia C-313 de 2014, proferida en el control previo de la Ley Estatutaria de Salud, constituye un referente para interpretar las garantías de este derecho y la relación entre contenidos estatutarios y regulación ordinaria.⁷ La presente propuesta desarrolla condiciones operativas de seguridad y calidad de la prestación; no redefine el contenido esencial del derecho ni establece nuevas restricciones para acceder a la atención. Su formulación conserva ese alcance sectorial y operativo.

³ Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 1888 de 2025, por medio de la cual se adopta el Resumen Digital de Atención en Salud RDA en el marco de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica IHCE.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201888%20de%202025.pdf

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. (2026, 5 de agosto). Resolución 1799 de 2026, por medio de la cual se modifica la Resolución 1888 de 2025 en relación con la incorporación del Resumen Digital de Atención RDA de dispensación de medicamentos y se dictan otras disposiciones (arts. 1–4).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1799-de-2026.pdf>

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (texto actualizado, anexo técnico, estándar de historia clínica y registros).

https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm

⁶ Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia (arts. 1, 2, 11, 13, 15, 48, 49, 150, 154 y 158). <https://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>

⁷ Corte Constitucional de Colombia. (2014). Sentencia C-313/14 (control previo del proyecto de Ley Estatutaria de Salud). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-313-14.htm>

La protección de la información se integra al deber de continuidad. La Ley 1581 de 2012 somete los datos de salud al régimen de datos sensibles y exige seguridad y confidencialidad en su tratamiento.⁸ Las reglas de historia clínica de la Resolución 1995 de 1999 y su modificación mediante la Resolución 839 de 2017 exigen preservar la reserva y el manejo adecuado de esos registros.⁹ Por ello, las copias de contingencia y la reconciliación posterior no constituyen autorizaciones generales para consultar o reutilizar historias clínicas.

La implementación se articula con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud compilado en el Decreto 780 de 2016.¹⁰ Cuando el software reúna las condiciones para ser un dispositivo médico, deberá observarse además el régimen sanitario del Decreto 4725 de 2005 y la vigilancia correspondiente.¹¹ La iniciativa conserva esas competencias y permite integrar planes, pruebas y reportes a instrumentos existentes. Su cobertura no depende exclusivamente de la clasificación del software como dispositivo, pues una herramienta administrativa también puede comprometer una atención clínicamente necesaria.

IV. JUSTIFICACIÓN

La dependencia digital exige preparación asistencial

Una institución puede disponer de profesionales, medicamentos y equipos y, aun así, perder capacidad de respuesta si no logra identificar correctamente al paciente, recuperar una orden o comunicar un resultado. Cuando esos procesos dependen de herramientas digitales, el tiempo de recuperación tecnológica debe evaluarse a la luz de la urgencia clínica. Un servicio de soporte puede considerar tolerable una interrupción que, para el paciente, supone perder una oportunidad de tratamiento.

Larsen y colaboradores analizaron 80.381 reportes de seguridad e identificaron 76 que describían explícitamente eventos durante periodos de indisponibilidad de la historia clínica electrónica. El 48,7 % de esos reportes se relacionó con órdenes y resultados de laboratorio

⁸ Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley Estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales (arts. 4–6, 17 y 18). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

⁹ Ministerio de Salud. (1999). Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 839 de 2017, por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. Textos oficiales disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/ihe/Paginas/Normatividad.aspx>

¹⁰ Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (libro 2, parte 5, título 1). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

¹¹ Presidencia de la República de Colombia. (2005). Decreto 4725 de 2005, por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18697>

y el 14,5 % con medicamentos. En el 46 % se indicó que los procedimientos de contingencia no existían o no se habían seguido. Los autores destacaron problemas de identificación y comunicación de información clínica.¹²

En un estudio de un hospital chino, Fang y colaboradores identificaron 204 eventos de indisponibilidad de la historia clínica electrónica entre enero de 2018 y agosto de 2022; el 96,1 % no había sido planificado.¹³ Ambos trabajos permiten reconocer mecanismos de riesgo y fallas de preparación. No estiman la frecuencia nacional de estos problemas en Colombia ni demuestran que los eventos estudiados fueran causados por IA. Se utilizan como evidencia de los efectos asistenciales que puede tener una dependencia digital sin contingencias suficientes.

Un modelo puede deteriorarse sin dejar de producir resultados

La indisponibilidad no agota el riesgo de la inteligencia artificial. También es posible que un sistema continúe generando recomendaciones mientras pierde confiabilidad por cambios en los datos, en la población atendida o en las condiciones de uso. Esta degradación puede resultar menos visible que una caída de la red: la interfaz sigue operando y el equipo clínico puede interpretar esa disponibilidad como señal de funcionamiento correcto.

Subasri y colaboradores estudiaron información de 143.049 pacientes de siete hospitales de Toronto y evaluaron desplazamientos de datos relacionados con diferencias entre hospitales, características de los pacientes, pruebas de laboratorio y la pandemia. El trabajo mostró la utilidad de detectar esos cambios y de aplicar estrategias de actualización para mitigar su efecto sobre modelos clínicos. Se trata de evidencia obtenida en un contexto específico; no demuestra que toda variación de datos cause daño ni que cualquier actualización mejore automáticamente un modelo.¹⁴

Esta evidencia sustenta que el artículo 11 incluya monitoreo de degradación y evaluación previa de cambios sustanciales. Para una institución, conocer la versión del sistema, sus límites y las condiciones en que debe suspenderse puede ser tan relevante como disponer de una conexión de respaldo. La supervisión humana requiere información útil y autoridad para actuar; una firma rutinaria sobre el resultado del algoritmo no satisface esa necesidad.

¹² Larsen, E., Fong, A., Wernz, C., & Ratwani, R. M. (2018). Implications of electronic health record downtime: An analysis of patient safety event reports. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 25(2), 187–191. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocx057>

¹³ Fang, Q., Liang, J., Xiang, P., Zhao, M., He, Y., Zhang, Z., Wan, H., Hu, Y., Wang, T., & Lei, J. (2025). Electronic health record downtime events of a hospital: A retrospective analysis from adverse event reports. *Applied Clinical Informatics*, 16(5), 1419–1429. <https://doi.org/10.1055/a-2701-5819>

¹⁴ Subasri, V., Krishnan, A., Kore, A., Dhalla, A., Pandya, D., Wang, B., Malkin, D., Razak, F., Verma, A. A., Goldenberg, A., & Dolatabadi, E. (2025). Detecting and remediating harmful data shifts for the responsible deployment of clinical AI models. *JAMA Network Open*, 8(6), e2513685. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.13685>

La seguridad del paciente también exige evaluar la adopción tecnológica

ECRI, organización independiente especializada en seguridad de tecnologías sanitarias, situó los riesgos de las tecnologías de salud con IA como el primer asunto de su informe de peligros tecnológicos para 2025. Su resumen ejecutivo reconoce beneficios potenciales, pero advierte que no están garantizados y que existe riesgo de daño prevenible. Esa priorización experta no permite afirmar que la IA sea la causa más frecuente de daño hospitalario, pero deja en claro la existencia de riesgos prevenibles que deben ser abordados.¹⁵

La guía de la Organización Mundial de la Salud de 2021 plantea que los derechos humanos y la ética deben orientar el diseño, despliegue y uso de IA sanitaria, con responsabilidad de los actores involucrados.¹⁶ En 2023 la organización publicó consideraciones regulatorias dirigidas a desarrolladores, reguladores, fabricantes y profesionales.¹⁷ Estos referentes respaldan un enfoque de responsabilidad institucional: incorporar tecnología supone conocer sus límites y organizar una respuesta cuando comprometa la atención.

El aporte específico de la ley frente a las reglas existentes

El problema no es la ausencia de toda regulación. Colombia cuenta con obligaciones sobre continuidad, habilitación, calidad, registros clínicos y vigilancia de dispositivos. Sin embargo, se requiere una regla explícita que conecte esas obligaciones con el uso de sistemas capaces de cambiar su desempeño y depender de decisiones técnicas de terceros. El proyecto fija ese mínimo legal común y deja a la reglamentación los parámetros que deben adaptarse a la evolución tecnológica.

La intervención legislativa resulta pertinente porque distribuye deberes entre prestadores y otros actores que intervienen directamente en la continuidad de la atención, establece garantías mínimas frente al paciente y ordena integrar la gestión contractual a la seguridad asistencial. Una guía voluntaria puede orientar buenas prácticas, pero no sustituye la definición legal de esos deberes. A su vez, el carácter técnico de las frecuencias, métricas y criterios de validación aconseja su desarrollo reglamentario, con participación de pacientes, profesionales y prestadores de distinta complejidad.

La obligación de continuidad no exige mantener encendido un sistema inseguro. En determinados casos, la respuesta será limitar su uso, activar un procedimiento alternativo, coordinar apoyo o estabilizar y remitir al paciente. La ley debe impedir tanto el abandono

¹⁵ ECRI. (2024, 4 de diciembre). *Top 10 health technology hazards for 2025 executive brief*. <https://home.ecri.org/blogs/guidance-insights-tools/techhazards2025>

¹⁶ World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

¹⁷ World Health Organization. (2023). *Regulatory considerations on artificial intelligence for health*. <https://www.who.int/westernpacific/publications/i/item/9789240078871>

por una falla tecnológica como la permanencia forzada en una herramienta que ha dejado de ofrecer condiciones aceptables de seguridad. Los artículos 4, 8 y 13 expresan esa relación entre continuidad y protección clínica.

Experiencia comparada y alcance de sus instrumentos

La experiencia internacional aporta mecanismos trasladables, aunque no existe en las fuentes examinadas una obligación universal de expedir una ley idéntica a esta. Conviene distinguir las normas exigibles en sus respectivas jurisdicciones de los estándares y orientaciones técnicas. La propuesta colombiana recoge funciones de seguridad y las adapta a la organización nacional de los servicios de salud.

En la Unión Europea, el Reglamento 2024/1689 prevé para sistemas de alto riesgo gestión de riesgos, supervisión humana y seguimiento posterior a la comercialización. Su artículo 15 contempla soluciones de redundancia, copias de seguridad y planes frente a fallos. El artículo 6 condiciona la clasificación de alto riesgo: no toda aplicación sanitaria de IA queda automáticamente incluida. El texto publicado en 2024 estableció aplicación escalonada, con una fecha específica para el artículo 6.1 y las obligaciones correspondientes; por ello, esos requisitos no deben describirse como simultáneamente exigibles a toda IA médica. Se trata de derecho europeo, no de una norma directamente aplicable en Colombia.¹⁸

En Inglaterra, el estándar DCB0160 exige a las organizaciones comprendidas en su ámbito gestionar el riesgo clínico durante el despliegue, uso, mantenimiento y retiro de sistemas informáticos sanitarios. La especificación contempla un responsable clínico de seguridad, un plan, un registro de peligros y registros de incidentes; también conecta la compra con la información de seguridad del fabricante. Su alcance incluye tecnología sanitaria digital y no se limita a IA. La lección para este proyecto es que la seguridad debe demostrarse también en la institución que utiliza el sistema, no solo en quien lo desarrolla.¹⁹

En Estados Unidos, la guía final de la FDA de agosto de 2025 sobre planes predeterminados de control de cambios recomienda describir las modificaciones previstas de dispositivos con IA, los métodos para desarrollarlas, validarlas e implementarlas y la evaluación de sus efectos. Es una guía de recomendaciones no vinculantes dentro de un régimen de autorización sanitaria; no constituye una ley general sobre cualquier software

¹⁸ Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). Reglamento (UE) 2024/1689, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial (arts. 6, 9, 14, 15, 72, 73 y 113). Diario Oficial de la Unión Europea, L, 12 de julio de 2024.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2024-81079>

¹⁹ NHS Digital. (2018). *DCB0160: Clinical risk management: Its application in the deployment and use of health IT systems. Specification* (versión 3.2, apartados 2.3, 2.5 y 3.2–3.6).
<https://digital.nhs.uk/binaries/content/assets/website-assets/data-and-information/information-standards/standards-and-collections/dcb0160/0160252018spec.pdf>

hospitalario. Su aporte consiste en tratar las actualizaciones como eventos que requieren evaluación documentada.²⁰

El Playbook del Marco de Gestión de Riesgos de IA del NIST contempla, en MANAGE 2.1, alternativas viables que no dependan de IA y, en MANAGE 4.1, monitoreo posterior al despliegue y mecanismos de respuesta. Es una orientación voluntaria y transversal, no una norma sanitaria. Resulta útil para admitir alternativas clínicas y organizativas, en vez de imponer la compra de un segundo sistema de características idénticas.²¹

Estos instrumentos convergen en una idea que el articulado convierte en deber sanitario: la evaluación inicial del sistema es insuficiente si la institución no puede reconocer el deterioro, decidir quién interviene y mantener la atención. La adaptación colombiana utiliza las autoridades y los procesos existentes, incorpora la capacidad real de los prestadores y mantiene al paciente como destinatario de la garantía.

Información clínica, proveedores y recuperación segura

La información necesaria durante una contingencia debe definirse según la función afectada. Identificación, alergias, medicamentos, órdenes y resultados pueden ser indispensables, pero ello no justifica accesos ilimitados. El artículo 9 exige autenticación, mínimo privilegio, integridad y trazabilidad; además, obliga a reconciliar los registros generados durante la contingencia. Así se busca evitar que el restablecimiento técnico deje órdenes duplicadas o decisiones clínicas sin registro verificable.

La contratación es otro punto de prevención. Si el proveedor cambia el modelo sin información suficiente, suspende el soporte o termina el servicio sin permitir recuperar los datos, la institución puede perder capacidad de respuesta. El artículo 12 exige gestionar notificaciones, versiones, documentación, soporte, portabilidad y terminación ordenada. La protección de secretos empresariales se conserva, pero debe coexistir con la información necesaria para evaluar riesgos e investigar incidentes. La distribución contractual de responsabilidades no libera a los actores de sus deberes frente al paciente.

El reporte debe facilitar aprendizaje sin sacrificar garantías. El artículo 14 permite estudiar la interacción entre organización, tecnología y decisiones clínicas y evita atribuir responsabilidad individual por el solo hecho de reportar. Tampoco concede inmunidad: las responsabilidades siguen sometidas al régimen aplicable y al debido proceso. La articulación con canales existentes busca que un mismo evento no produzca obligaciones de reporte innecesariamente duplicadas.

²⁰ U.S. Food and Drug Administration. (2025, agosto). *Marketing submission recommendations for a predetermined change control plan for artificial intelligence-enabled device software functions: Guidance for industry and Food and Drug Administration staff*. <https://www.fda.gov/media/166704/download>

²¹ National Institute of Standards and Technology. (s. f.). *Manage. AI Risk Management Framework Playbook* (apartados MANAGE 2.1 y 4.1). Recuperado el 23 de septiembre de 2026, de <https://airc.nist.gov/airmf-resources/playbook/manage/>

Proporcionalidad territorial y evaluación de resultados

La capacidad para financiar soporte, retener personal técnico o remitir pacientes varía entre instituciones. Una obligación idéntica para cualquier prestador podría convertirse en una barrera de cumplimiento sin mejorar la seguridad. Por ello, la criticidad, la población expuesta, la complejidad y el daño previsible orientan las exigencias. La proporcionalidad debe reducir cargas innecesarias y facilitar soluciones ejecutables, sin permitir que la ubicación territorial del paciente rebaje la protección clínica básica.

La reglamentación podrá utilizar evidencias de cumplimiento tales como inventarios actualizados, alternativas probadas, tiempos de activación, revisión de cambios y cierre de acciones correctivas. El número de incidentes reportados no debe interpretarse aisladamente como una medida de deterioro: un aumento puede reflejar mejor detección. La evaluación deberá considerar gravedad, recurrencia y capacidad de respuesta, y evitar incentivos al ocultamiento.

Los estudios disponibles sustentan mecanismos de riesgo y medidas de prevención, pero no permiten calcular cuántos daños evitaría esta ley en Colombia. No se presenta una estimación nacional de adopción de IA clínica ni una cifra de ahorro atribuible al proyecto. El resultado esperado es mejorar la preparación, reducir interrupciones evitables y hacer verificables las responsabilidades; su magnitud deberá evaluarse con información de implementación.

V. IMPACTO FISCAL

El artículo 7 de la Ley 819 de 2003 exige hacer explícito el impacto fiscal de las iniciativas que ordenan gasto o conceden beneficios tributarios y analizar su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Esta exigencia debe examinarse materialmente y no se satisface con afirmar que la iniciativa no crea entidades.²²

El proyecto no establece un subsidio, una transferencia, un beneficio tributario ni una apropiación presupuestal específica. Sin embargo, puede generar costos incrementales para las instituciones públicas que utilicen IA en funciones críticas y para las autoridades encargadas de expedir lineamientos y verificar su cumplimiento. Esos costos pueden corresponder a horas de personal clínico y técnico, formación, pruebas, monitoreo, adecuación de contratos y mecanismos de acceso seguro a la información.

El diseño limita esas cargas al permitir integrar las obligaciones a procesos existentes, graduar la exigencia por riesgo y utilizar alternativas clínicas u organizativas. No impone

²² 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 (art. 7). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=13712>

adquisición de IA, contratación de una marca, duplicación general de infraestructura ni una nueva plataforma nacional. Estas decisiones pueden reducir el costo de cumplimiento, pero no permiten presumir que sea nulo.

Se trae a colación lo dicho por la Corte Constitucional en la Sentencia C-502 de 2007, en la que expresó que los requisitos establecidos en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 se constituyen como instrumentos de racionalización de la actividad legislativa que no pueden limitar el ejercicio de la función legislativa por parte del Congreso de la República ni pueden otorgar un poder de veto al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en relación con el trámite y aprobación de los proyectos de ley, pues ello vulneraría la autonomía del legislador y el principio de separación de las ramas del poder público. Así mismo, señaló que es el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el principal responsable de cumplir los requisitos establecidos en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003:

“Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa.

*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**. Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el ministro de Hacienda”* (subrayado fuera del original).

VI. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La iniciativa contiene dieciocho artículos organizados en cuatro títulos. El primero, artículos 1 a 4, define el objeto, el ámbito, los conceptos y el deber general de continuidad. El segundo, artículos 5 a 10, desarrolla inventarios, evaluación de dependencias, planes, alternativas, información clínica y formación. El tercero, artículos 11 a 14, establece monitoreo, gestión de cambios y proveedores, activación de la respuesta y aprendizaje de incidentes.

El cuarto título, artículos 15 a 18, articula los lineamientos con los regímenes vigentes, conserva las competencias de inspección y vigilancia y fija la transición. Los lineamientos y el inventario deben estar disponibles dentro de seis meses. Las adecuaciones cuentan con doce meses desde la expedición de los lineamientos, con un límite total de dieciocho meses desde la promulgación. Ese límite evita que la demora reglamentaria prorrogue indefinidamente la implementación. Los deberes sanitarios vigentes permanecen exigibles durante todo el período.

VII. CONFLICTO DE INTERÉS

De acuerdo con los artículos 286 y 291 de la Ley 5 de 1992, modificados por los artículos 1 y 3 de la Ley 2003 de 2019, deben identificarse las circunstancias que puedan producir un beneficio particular, actual y directo en la discusión o votación del proyecto. El carácter general de las obligaciones y su finalidad de protección sanitaria no dispensan del examen individual que corresponde a cada congresista.²³

Podrían requerir declaración y evaluación de impedimento los intereses económicos específicos en prestadores, entidades responsables de pago o proveedores tecnológicos que reciban un beneficio particular, actual y directo por una disposición. El análisis comprende al congresista, su cónyuge o compañero permanente y sus parientes dentro de los grados legales. La pertenencia genérica a una profesión o sector no determina por sí sola un conflicto; deben examinarse el efecto concreto de la disposición y las circunstancias de cada caso.

Sobre el conflicto de interés el Consejo de Estado se ha pronunciado en Sentencia del año 2022, estableciendo que:

“Siempre que se produzca un resultado provechoso por el simple ejercicio de una función oficial, que convenga al agente o a otra persona allegada, en el orden moral o material, surgirá un conflicto de intereses. Si la ley protege el interés, será lícito; pero si se persigue con fines personales, particulares, que sobrepasen el interés social, será ilícito”.

También el Consejo de Estado el año 2010 sobre el conflicto de interés, conceptuó:

“La institución del conflicto de intereses apunta a trazar un límite entre el ejercicio legítimo de la función legislativa y el aprovechamiento de esta función por parte del congresista para obtener beneficios personales o en favor de aquellas personas allegadas que determina la ley. Así las cosas, no se presenta conflicto entre el interés personal del congresista y el interés general cuando la ley tiene por destinataria a la generalidad de la sociedad, en abstracto,

²³ Congreso de la República de Colombia. (2019). Ley 2003 de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992 y se dictan otras disposiciones (arts. 1 y 3, modificatorios de los arts. 286 y 291 de la Ley 5 de 1992). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=102872>

hipótesis en la cual quedan incluidos los amplios sectores sociales que son objeto de determinadas leyes, como por ejemplo las minorías étnicas o culturales, las profesiones, los contribuyentes o, como el caso que nos ocupa, las víctimas de la violencia en Colombia.

No sería razonable, por consiguiente, afirmar que por el hecho de ser abogado un congresista estaría impedido para participar en la aprobación de una ley que expida el estatuto de esa profesión; que por ser indígena estaría impedido para participar en el trámite de la ley orgánica que reglamente las entidades territoriales indígenas; que por ser propietario estaría impedido para intervenir en la discusión de una ley sobre impuesto predial; o que por encajar en la definición legal de víctima del conflicto estaría impedido para intervenir en los debates a un proyecto de ley que establece de manera general las reglas de resarcimiento a las víctimas de la violencia en Colombia. En todos estos casos, ciertamente, podría el congresista derivar de la ley en cuya discusión interviene un beneficio personal, pero no por la circunstancia de ser miembro del Congreso ni porque la ley se dirija a un grupo de personas tan restringido y exclusivo (y por tanto excluyente) que convierta al congresista en un destinatario predilecto. En los anteriores ejemplos las leyes no se dirigen a todos los colombianos sino a grupos muy significativos: los abogados, los indígenas, los propietarios de inmuebles, las víctimas del conflicto. No todos los congresistas forman parte necesariamente de estos grupos, pero por la amplitud social de dichos sectores en la nación y la generalidad de las prescripciones de la ley a ellos dirigida, normalmente algunos de los congresistas podrían quedar incluidos. Pues bien, en estos casos no cabe la figura de conflicto de intereses, pues a pesar de que un congresista podría convertirse en destinatario de alguna de las disposiciones legales, tal hecho no obedece a que la ley busque favorecerlo directa, exclusiva y especialmente.”

En consecuencia, se considera que la Ley y la jurisprudencia han dado los criterios orientadores que determinan circunstancias en las cuales se podría estar incurso en un conflicto de interés. Para lo cual será necesario que respecto del asunto objeto de conocimiento de parte del congresista (discusión o votación) se reporte un beneficio en el que concurren tres características simultáneas, a saber, ser actual, particular y directo. Define la Ley también las circunstancias bajo las cuales se considera que no existe un conflicto de interés, en esa medida, se señala que aun cuando el congresista pueda reportar un beneficio, pero este se funde en el interés general, en el interés de sus electores, se dará lugar a que no exista tal conflicto.

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

La adopción de inteligencia artificial en salud debe acompañarse de una respuesta asistencial que funcione cuando la herramienta falle o deje de ser confiable. La propuesta establece deberes verificables para conocer las dependencias, preparar alternativas, informar a quienes deben actuar y recuperar la operación sin perder la trazabilidad clínica. La evidencia académica y la experiencia comparada ofrecen fundamentos para esa decisión, con límites que esta exposición reconoce. La regulación colombiana ya contiene bases de continuidad, calidad y protección de la información; la iniciativa precisa su

aplicación ante riesgos algorítmicos y organiza responsabilidades que hoy deben coordinarse entre instituciones y proveedores. Por estas razones, solicito al Congreso de la República dar trámite y aprobar el presente proyecto de ley.



DAVID ALEJANDRO TORO RAMÍREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico
Autor