



BOLETIN JURIDICO No. 06 JUNIO 2026



BOLETIN JURIDICO No 06 DE JUNIO DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA	4
1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1. Sentencia T-088/2026 – Corte Constitucional	6
2. NORMATIVA	53
2.1. RESOLUCIONES	54
2.1.1. Resolución 1057 de 2026	55
2.1.2. Resolución 1058 de 2026	63
2.1.3. Resolución 1099 de 2026	74
2.1.4. Resolución 1233 de 2026	86
2.2. CIRCULARES	92
2.2.1. Circular Externa 20 de 2026	93
2.2.2. Circular Externa 21 de 2026	99
2.2.3. Circular Externa 21 de 2026	108
2.2.4. Circular Externa 22 de 2026	122
2.2.5. Circular Externa Conjunta 22 de 2026	161
3. CONCEPTOS	167
3.1. ASUNTO: Alcance de la Resolución 13437 de 1991 frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Radicado: 202642401468752 Id: 1883391	168
3.2. ASUNTO: Traslado por competencia Radicado No. 02EE2026410600000016361- Transcripción reconocimiento y pago de incapacidades. Radicado 2026423001832692 ID 1953160	173
3.3. ASUNTO: Concepto sobre firma electrónica en el consentimiento informado en servicios de salud Radicado 2026424001131972 ID 1811212	180



3.4. ASUNTO: Consulta sobre la conformación y representación del área administrativa en la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención. Radicado: 202642402274562 Id: 2050062	193
3.5. ASUNTO: Consulta - manejo de las IPS frente al ingreso de alimentos y agresiones por parte de los pacientes al personal médico. Radicado. 202642401814662 ID 1949496	200
3.6. ASUNTO: Concepto sobre la inembargabilidad de recursos del sector salud Radicado No. 2026423001919502 ID 1976825	212
3.7. ASUNTO: Concepto relacionado con el proceso de evaluación del gerente de una ESE y la recusación presentada a su Junta Directiva. Radicado: 2026423001564852 Id: 1901692	223



1.JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



1.1.1. Sentencia T-088/2026 – Corte Constitucional

Referencia: expediente T-11.448.737.

Asunto: Acción de tutela presentada por *Luis* como agente oficioso de *Gladys* contra la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S.

Tema: procedimientos odontológicos y salud mental de menores de edad.

Magistrada Ponente: Natalia Angel Cabo.

Bogotá, D.C., dieciséis (16) de abril de dos mil veintiséis (2026).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Natalia Ángel Cabo, quien la preside, y por los magistrados Carlos Camargo Assis y Héctor Alfonso Carvajal Londoño, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente:

SENTENCIA.

Esta providencia se dicta en el trámite de revisión del fallo de tutela proferido en primera y única instancia por el Juzgado 031 Civil Municipal de Cali, Valle del Cauca. La sentencia que se revisa se dictó para resolver la acción de tutela que presentó *Luis*, actuando como agente oficioso de *Gladys*, contra la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S.¹.

Aclaración previa

En atención a que la presente sentencia contiene información relacionada con la historia clínica de la accionante, la Corte expedirá dos versiones de esta providencia, de conformidad con la Circular No. 10 de 2022 de esta Corporación. La primera versión, que contiene los nombres reales de los involucrados, será la que se notificará a las partes. La segunda versión, que contiene los nombres anonimizados, será la que se publicará en la página web de la Corte

¹ La Sala de Selección de Tutelas Número Diez de esta Corporación, mediante auto del 31 de octubre de 2025, eligió el expediente T-11.448.737 para su revisión. La sustanciación del trámite fue asignada por sorteo a la suscrita magistrada, quien preside la Sala Primera de Revisión.



Constitucional.

Síntesis de la decisión

La Corte le ordenó a la EPS Sanitas reconocer y garantizar el servicio de cuidador a tiempo parcial para una adulta mayor con un diagnóstico de Alzheimer, demencia, epilepsia y esquizofrenia en estadio severo, por el que se encuentra en una situación de absoluta dependencia funcional. La decisión tuvo como objetivo proteger los derechos fundamentales al cuidado, la vida, la salud y la integridad física de la accionante, así como mitigar las afectaciones que la vulneración de dichos derechos genera en la situación de sus cuidadores.

Una vez establecida la procedencia de la acción de tutela, la Sala realizó unas consideraciones generales sobre el derecho fundamental a la salud de los adultos mayores y de las personas en situación de discapacidad, la figura del tratamiento integral, el derecho fundamental al cuidado y los principios de corresponsabilidad y solidaridad. Asimismo, desarrolló las reglas jurisprudenciales para el reconocimiento del servicio de cuidador en sede de tutela y precisó la distinción entre dicho servicio y el de enfermería.

Con fundamento en estas consideraciones, la Corte concluyó, en primer lugar, que la EPS vulneró el derecho al cuidado de la actora, lo que impacta también la situación de su núcleo familiar. A partir de ello, y teniendo en cuenta las reglas jurisprudenciales aplicables al reconocimiento del servicio de cuidador en sede de tutela, la Sala determinó que, en el caso concreto, procedía ordenar dicho servicio a tiempo parcial a partir de los principios de solidaridad y corresponsabilidad. En efecto, aunque esta Corporación reconoció el compromiso y la diligencia de la familia de la accionante en su cuidado, concluyó que esta no puede asumir de manera exclusiva dichas labores sin que ello implique una afectación desproporcionada a su proyecto de vida. Adicionalmente, la Corte constató que el hogar de la demandante no cuenta con los recursos económicos suficientes para contratar por cuenta propia el servicio de cuidador.

Además, la Sala examinó las solicitudes de enfermería y tratamiento integral que formuló el agente oficioso en la acción de tutela y concluyó que ninguna de estas prestaciones acreditaba los requisitos que habilitan al juez de tutela a ordenarlas directamente. No obstante, en atención a la situación de salud de la actora y a los indicios de una actuación negligente por parte de la EPS accionada, esta Corporación amparó el derecho fundamental a la salud de la demandante en su faceta de diagnóstico. En consecuencia, le ordenó a la EPS Sanitas realizar una valoración integral de la situación de salud de la señora *Gladys*, con el fin de determinar la necesidad de alguno de los servicios mencionados.

Adicionalmente, con el fin de proteger de manera integral el derecho al cuidado de la actora y

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



garantizar que sus cuidadores cuenten con las capacidades para ejercer su cuidado, la Corte le ordenó a la EPS Sanitas que, si así lo desea la familia de la accionante, diseñe y ejecute un plan de capacitación para fortalecer sus capacidades para el ejercicio de las labores de cuidado. Asimismo, le ordenó a la EPS que, en esa reunión, le brinde a los integrantes del núcleo familiar de la accionante la posibilidad de manifestar si desean que realice una valoración psicológica individual de cada uno de ellos, con el fin de establecer la existencia de afectaciones asociadas a la sobrecarga de cuidado. Además, la Corte estableció que, en caso de que evidencie tales afectaciones, la EPS deberá garantizar el acceso oportuno a la atención y el acompañamiento correspondientes.

Además, la Sala le ordenó a la Gobernación del Valle del Cauca y a la Alcaldía de Cali brindar información, orientación y asesoría al agente oficioso sobre los centros vida-día públicos de la ciudad de Cali y los servicios institucionales a los que puede acceder en su calidad de cuidador.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos relevantes

1. El señor *Luis*, actuando en calidad de agente oficioso de su esposa, la señora *Gladys*, interpuso una acción de tutela contra la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S. (EPS Sanitas). *Luis* solicitó la protección de los derechos de su esposa a la vida, la salud, la integridad física, la seguridad social y los derechos preferentes de las personas de la tercera edad que se encuentran en una situación de debilidad manifiesta².

2. En el escrito de tutela, el agente oficioso explicó que *Gladys* es una adulta de 64³ años con un “porcentaje de discapacidad” del 98,13%, según una valoración realizada por la Secretaría Distrital de Salud de la Alcaldía de Cali el 20 de febrero de 2025⁴. Según *Luis*, la accionante tiene una “demencia frontotemporal vs. Alzheimer, esquizofrenia y epilepsia focal sintomática”⁵. Esos diagnósticos la han llevado a una situación de dependencia total y a estar “limitada a [una] silla cama”⁶. Además, señaló que la actora ha tenido múltiples caídas y que se encuentra en un riesgo

2 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 9.

3 En el momento en el que el agente oficioso presentó la acción de tutela, la accionante tenía 63 años.

4 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 1.

5 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 1.

6 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 1.



permanente de lesionarse⁷.

3. Los anteriores diagnósticos se corroboran con los anexos que aportó el agente oficioso con la demanda⁸. En esos documentos consta que la agenciada depende totalmente del apoyo de terceros para realizar todas sus actividades de la vida diaria⁹ y de que se encuentra postrada a una silla cama¹⁰. Por esta razón, en un concepto médico del 14 de noviembre de 2024, el especialista indicó que la actora requería la asistencia permanente de un cuidador¹¹.

4. Al respecto, el señor *Luis* explicó que es el cuidador principal de su esposa, pero que, por su edad y por su propia situación de salud —en tanto tiene dolores lumbares, hipertensión e hipotiroidismo—, no puede seguir brindándole la atención que ella requiere¹². En efecto, tras una visita domiciliaria que llevó a cabo el equipo de trabajo social de la EPS, este consignó que la accionante cuenta con apoyo de su hija y esposo, los cuales percibió “como una familia garante de derechos y comprometida en el cuidado”¹³. No obstante, la valoración concluyó que ese apoyo no le garantiza una calidad de vida adecuada a *Gladys*, por su riesgo de caídas y la “baja adherencia al tratamiento”¹⁴. Asimismo, el equipo de trabajo social indicó que observó una situación de “afectación familiar”¹⁵, pues “el acudiente de la paciente se observa frágil [y] presenta signos de sobrecarga del cuidador”¹⁶.

5. Adicionalmente, el equipo de trabajo social registró que *Gladys* tiene dos hijos: *Lina* y

7 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 1-2.

8 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”. Ver los siguientes documentos: (i) concepto médico sobre la situación de salud de la accionante, expedido por un especialista en neurología el 14 de noviembre de 2024 (p. 7); (ii) orden médica emitida por una especialista en psiquiatría el 26 de mayo de 2025, junto con la respectiva historia clínica de la actora (p. 8-11); y (iii) orden médica emitida por una especialista en neurología el 4 de junio de 2025, junto con la respectiva historia clínica de la señora *Gladys* (p. 12-14).

9 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”. Ver los siguientes documentos: (i) certificado de discapacidad expedido el 20 de febrero de 2025 por el Ministerio de Salud y Protección Social (p. 5-6); (ii) concepto médico sobre la situación de salud de la accionante, expedido por un especialista en neurología el 14 de noviembre de 2024 (p. 7); (iii) copia del registro clínico de la demandante, emitido por el equipo de trabajo social de la EPS Sanitas después de una visita domiciliaria, con fecha del 17 de marzo de 2025 (p. 15-20); y (iv) resultado de la evaluación de la accionante según la escala Barthel, del 14 de agosto de 2024, elaborado por la Clínica de Occidente (p. 21).

10 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”. Ver los siguientes documentos: (i) concepto médico sobre la situación de salud de la accionante, expedido por un especialista en neurología el 14 de noviembre de 2024 (p. 7); y (ii) copia del registro clínico de la demandante, emitido por el equipo de trabajo social de la EPS Sanitas después de una visita domiciliaria, con fecha del 17 de marzo de 2025 (p. 15-20).

11 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 7.

12 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 15-20.

13 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 18.

14 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 18.

15 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 18.

16 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 18.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Sebastián, de 33 y 28 años, respectivamente¹⁷. Según dicho concepto, el agente oficioso y su esposa dependen económicamente de *Lina*¹⁸. Por su parte, *Sebastián* vive en Bogotá y trabaja como independiente. Además, a la fecha en la que se emitió el concepto, “no colabora[ba] económicamente por desempleo”¹⁹.

6. Por todo lo anterior, el 18 de marzo de 2025, el actor elevó una petición ante la EPS Sanitas, para solicitar la asignación de un cuidador permanente para *Gladys*²⁰. Sin embargo, según indicó el agente oficioso, la entidad negó sus pretensiones bajo el argumento de que el servicio se otorgaba “únicamente por fallo de tutela puntual o taxativo, y solo se autoriza con MIPRES RECOBRANTE”²¹. Para el agente oficioso, la respuesta de la EPS vulnera abiertamente los derechos fundamentales de la accionante y pone en riesgo su vida e integridad física²².

7. En consecuencia, *Luis* interpuso la acción de tutela y solicitó, como medida provisional, que se le ordene a la EPS Sanitas el suministro de cuidador permanente a favor de *Gladys*²³. Adicionalmente, como medidas definitivas, el agente oficioso pidió que se le ordene a la EPS: (i) autorizar, suministrar y garantizar, de forma inmediata y permanente, el servicio de cuidador domiciliario o auxiliar de enfermería a favor de la actora; y (ii) el tratamiento integral de la accionante²⁴.

2. Trámite de la acción de tutela objeto de revisión

8. El proceso le correspondió al Juzgado 031 Civil Municipal de Cali, Valle del Cauca²⁵. En el auto admisorio²⁶, el despacho: (i) vinculó al trámite a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca y a la Clínica de Occidente S.A.; (ii) dispuso informar de la decisión al agente especial interventor de la EPS Sanitas; y (iii) decidió no conceder la medida provisional, puesto que no observó una urgencia en la provisión del servicio de cuidador²⁷.

17 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 15-20. A la fecha en que el equipo de trabajo social emitió el concepto, los hijos tenían 32 y 27 años.

18 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 15-20.

19 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 17.

20 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 2.

21 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 2.

22 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 2.

23 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 2.

24 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 9.

25 Expediente digital, archivo “SentenciaTutela.pdf”.

26 El juzgado admitió la tutela mediante un auto del 14 de julio de 2025.

27 Expediente digital, archivo “SentenciaTutela.pdf”.



3. Respuestas de las entidades accionadas y vinculadas

9. La entidad accionada y las entidades vinculadas contestaron a la acción de tutela durante el término previsto para ello. Los escritos de contestación se resumen en la tabla a continuación:

Tabla 1. Contestaciones a la acción de tutela.

Entidad	Contestación
ADRES ²⁸	<p>La ADRES solicitó su desvinculación del trámite y que se negaran las pretensiones de la accionante, debido a que no vulneró ninguno de sus derechos fundamentales²⁹. Además, la administradora explicó que carecía de legitimación por pasiva, puesto que la prestación de servicios de salud no hace parte de sus funciones, sino de las funciones de las EPS³⁰.</p> <p>La entidad también le solicitó al juez de tutela que niegue cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS³¹, puesto que los servicios, medicamentos o insumos que requiere la accionante ya fueron garantizados por la ADRES a través de la unidad de pago por capitación (UPC) o de los presupuestos máximos³². Asimismo, le sugirió al juez de tutela que “modu[le] las decisiones que se profieran en caso de acceder al amparo solicitado, en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud”³³.</p>

28 Expediente digital, archivo “ContestoAdres.pdf”, p. 1.

29 Expediente digital, archivo “ContestoAdres.pdf”, p. 15.

30 Expediente digital, archivo “ContestoAdres.pdf”, p. 12.

31 Teniendo en cuenta el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la Resolución 205 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.

<p>Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca³⁴</p>	<p>La entidad solicitó su desvinculación por falta de legitimación por pasiva³⁵. A su juicio, la EPS Sanitas es la entidad que debe garantizar de forma integral y oportuna los servicios de salud que requiere la accionante, aún si no se encuentran dentro del Plan de Beneficios³⁶.</p> <p>Además, la secretaría explicó que, en principio, las EPS solo pueden autorizar el servicio de cuidador cuando exista una orden del médico tratante y cuando la necesidad sea de naturaleza médica. Esto, debido a que la UPC no cubre el servicio de cuidador cuando se solicita para el apoyo en actividades básicas que podrían ser asumidas por la familia³⁷. No obstante, la secretaría precisó que la jurisprudencia ha reconocido la procedencia del servicio de cuidador cuando el paciente requiera supervisión continua para evitar autolesiones o daño a terceros, o cuando esté expuesto a riesgos que la familia no pueda manejar por limitaciones físicas, económicas o de tiempo³⁸.</p>
<p>Clínica de Occidente S.A.³⁹</p>	<p>En su respuesta, la Clínica de Occidente solicitó su desvinculación del trámite, puesto que carecía de legitimación por pasiva y porque no vulneró ningún derecho de <i>Gladys</i>⁴⁰. La entidad señaló que, como Institución Prestadora de Salud (IPS), no tenía la competencia para autorizar citas médicas, traslados o medicamentos para los usuarios, y que dicha responsabilidad recae sobre las Entidades Promotoras de Salud (EPS)⁴¹.</p>

34 Expediente digital, archivo "7_76001400303120250075500-(2025-08-08 23-28-29)-1754713709-6".

35 Expediente digital, archivo "7_76001400303120250075500-(2025-08-08 23-28-29)-1754713709-6", p. 7.

36 Expediente digital, archivo "7_76001400303120250075500-(2025-08-08 23-28-29)-1754713709-6", p. 4.

37 Expediente digital, archivo "7_76001400303120250075500-(2025-08-08 23-28-29)-1754713709-6", p. 6.

38 Expediente digital, archivo "7_76001400303120250075500-(2025-08-08 23-28-29)-1754713709-6", p. 6.

39 Expediente digital, archivo "[RespondeClinicaOccidente.pdf](#)", p. 1.

40 Expediente digital, archivo "[RespondeClinicaOccidente.pdf](#)", p. 6-7.

41 Expediente digital, archivo "[RespondeClinicaOccidente.pdf](#)", p. 6-7.



EPS Sanitas ⁴²	<p>La EPS accionada le pidió al juez de tutela: (i) declarar la improcedencia de la acción, (ii) abstenerse de ordenar el servicio de cuidador o enfermería y, subsidiariamente, (iii) requerir al grupo familiar de <i>Gladys</i> para que garantice su cuidado⁴³.</p> <p>La entidad sostuvo que el servicio que reclama el agente oficioso corresponde al servicio de cuidador y no de enfermería⁴⁴, el cual no está cubierto por el Plan de Beneficios en Salud. Además, afirmó que, en virtud del deber de solidaridad, el cuidado debe ser asumido por el núcleo familiar de la actora, el cual incluye dos hijos adultos que se encuentran laboralmente activos⁴⁵. La EPS también precisó que la accionante no contaba con una orden médica para ninguno de los servicios de salud que reclamó el agente oficioso⁴⁶.</p>
---------------------------	--

4. Decisión de primera instancia

10. Mediante una sentencia del 28 de julio de 2025, el Juzgado 031 Civil Municipal de Cali negó las pretensiones de la acción de amparo⁴⁷. De acuerdo con la jueza, el caso concreto cumplió con los requisitos de procedencia, pero no con los presupuestos para que la EPS reconozca el servicio de cuidador⁴⁸.

11. Según las consideraciones de dicha sentencia, la jurisprudencia constitucional ha determinado que, aunque el servicio de cuidado debe ser brindado principalmente por los familiares del paciente, en virtud del principio de solidaridad, las EPS, de forma excepcional, están obligadas a prestar dicho servicio. Para ello, debe existir: (i) certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir el servicio; y (ii) evidencia de que el núcleo familiar del paciente no puede

42 Expediente digital, archivo "010_ContestoSanitas.pdf".

43 Expediente digital, archivo "010_ContestoSanitas.pdf", p. 9.

44 Expediente digital, archivo "010_ContestoSanitas.pdf", p. 3-4.

45 Expediente digital, archivo "010_ContestoSanitas.pdf", p. 3-4.

46 Expediente digital, archivo "010_ContestoSanitas.pdf", p. 3-4.

47 Expediente digital, archivo "SentenciaTutela.pdf", p. 13.

48 Expediente digital, archivo "SentenciaTutela.pdf", p. 9.



asumir el apoyo como cuidador⁴⁹. Esto último puede suceder cuando se compruebe que: (a) los familiares no cuentan con la capacidad física para prestar el apoyo, en razón a su edad o a una enfermedad, o porque deben suplir otras obligaciones básicas, como proveer sus recursos económicos básicos de subsistencia; (b) resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente; y (c) los familiares carecen de los recursos económicos necesarios para contratar la prestación del servicio⁵⁰.

12. De este modo, el despacho determinó que, según las pruebas que aportó el agente oficioso, la accionante presenta un conjunto de patologías por las cuales requiere de un cuidador⁵¹. Sin embargo, no se acreditaron los presupuestos para que proceda el reconocimiento del servicio de cuidador por parte de la EPS, toda vez que: (i) en el expediente no consta una orden del médico tratante de *Gladys* para la asignación de un cuidador; y (ii) el agente oficioso no acreditó que su estado de salud le impida cuidar a su esposa, que su núcleo familiar tampoco lo pueda hacer, y que no cuentan con los medios económicos para contratar un cuidador⁵².

13. Debido a que ninguna de las partes impugnó el fallo de primera instancia, el Juzgado 031 Civil Municipal de Cali remitió el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

5. Actuaciones en sede de revisión en la Corte Constitucional

14. Durante el trámite de revisión, la magistrada ponente decretó varias pruebas con el objetivo de recaudar información adicional sobre los hechos del caso⁵³. A raíz de ello, el despacho obtuvo la información que se resume en la tabla a continuación:

Tabla 2. Contestaciones al auto de pruebas.

Entidad	Contestación
Clínica de	La Clínica informó que sólo ha atendido a <i>Gladys</i> en dos consultas externas de

49 Expediente digital, archivo "[SentenciaTutela.pdf](#)", p. 10.

50 Expediente digital, archivo "[SentenciaTutela.pdf](#)", p. 10.

51 Expediente digital, archivo "[SentenciaTutela.pdf](#)", p. 10.

52 Expediente digital, archivo "[SentenciaTutela.pdf](#)", p. 13.

53 Mediante un auto del 2 de diciembre de 2025, la magistrada ponente requirió: (i) al señor *Luis* para que informara sobre la situación de salud, el nivel de dependencia y la distribución de las labores de cuidado de la accionante; (ii) a la EPS Sanitas y a la Clínica de Occidente para que remitieran la historia clínica actualizada e informaran si el personal médico que ha atendido a la actora dejó notas u órdenes que manifestaran sus necesidades de cuidado o enfermería; y (iii) a la Alcaldía de Cali y a la Gobernación del Valle del Cauca para que enviaran al despacho información sobre los programas de cuidado disponibles. Dado que sólo la IPS se pronunció dentro del término, la magistrada expidió un auto adicional el 16 de diciembre de 2025 para insistir en el decreto de pruebas y ampliar el término de respuesta. Dentro de este término, contestaron al requerimiento *Luis*, la EPS Sanitas y la Gobernación del Valle del Cauca.



Occidente ⁵⁴	geriatria. Asimismo, remitió la historia clínica de la accionante, en la cual se registraron como antecedentes, entre otros, un trastorno neurocognitivo mayor en fase avanzada, síntomas psiquiátricos como ansiedad, paranoia y aislamiento social desde la juventud, deterioro progresivo de memoria y comunicación, episodios de extravío, alucinaciones visuales, incontinencia y un diagnóstico de epilepsia con síntomas controlados. La entidad agregó que, a la fecha, no cuenta en sus registros con órdenes de cuidado o enfermería, y tampoco medicamentos o servicios médicos pendientes.
Gobernación del Valle del Cauca ⁵⁵	<p>La entidad adjuntó una base de datos con la información de los centros de atención públicos y privados para los adultos mayores en el Valle del Cauca⁵⁶. De la información aportada, se advierte que en el departamento operan 53 centros de atención, de los cuales 4 son de carácter público y se encuentran en Cali⁵⁷.</p> <p>Además, la gobernación explicó cuáles son los requisitos para acceder a los centros de naturaleza pública. Entre estos requisitos, está el de estar clasificado en los niveles A, B o C hasta C1 Sisbén, carecer de ingresos suficientes o ausencia de red familiar que garantice el cuidado y no presentar enfermedades infectocontagiosas activas ni “trastornos mentales [que] pongan en riesgo la convivencia” (entre otros).</p> <p>Por último, la entidad explicó que la Secretaría de la Mujer, Equidad de Género y Diversidad actualmente está implementando el sistema departamental de cuidados y apoyos “El Valle Cuida de Ti”. Se trata de una estrategia de articulación institucional público, privada y comunitaria para la atención integral y diferencial de las personas cuidadoras, redes de apoyo y sujetos que requieran cuidado en el departamento.</p>
EPS Sanitas ⁵⁸	La EPS remitió un listado de todas las autorizaciones emitidas a favor de la accionante dentro de los últimos 12 meses y su historia clínica actualizada. Asimismo, explicó que no cuenta en sus registros con prescripciones de cuidador o enfermería a favor de la demandante. Por último, señaló que la actora se encuentra afiliada en calidad de beneficiaria de su cónyuge, el señor <i>Luis</i> , quien está afiliado como titular. Ambos se encuentran vinculados al régimen contributivo desde febrero de 2022.

54 Expediente digital, archivo “[REQUERIMIENTO CORTE SUPREMA - Gladys.pdf](#)”.

55 Expediente digital, archivo “[CONTESTACION T-11.448.737 Luis.pdf](#)”.

56 Expediente digital, archivo “[INFORMACION DE CENTROS DE ATENCION 2025.xlsx](#)”.

57 Expediente digital, archivo “[INFORMACION DE CENTROS DE ATENCION 2025.xlsx](#)”.

58 Expediente digital, archivo “[requerimiento corte Gladys cc 38862223.pdf](#)”.

<p><i>Luis</i>⁵⁹</p>	<p>Sobre el núcleo familiar de la accionante</p> <p><i>Luis</i> sostuvo que la red familiar de su esposa está compuesta, además de él, por sus dos hijos: <i>Sebastián</i>, de 33 años, quien no tiene hijos y reside en Bogotá por el trabajo de su esposa; y <i>Lina</i>, de 28 años, quien vive en Cali en la misma vivienda que sus padres y tampoco tiene hijos. Además, indicó que <i>Sebastián</i> recibe en Bogotá el tratamiento para su diagnóstico de anticuerpos antifosfolípidos. También manifestó que no cuentan con amigos, familiares, vecinos o una red de apoyo cercana que colabore con el cuidado de la demandante.</p> <p>En cuanto a las labores de cuidado</p> <p>El señor <i>Luis</i> reiteró que su esposa es completamente dependiente para realizar todas sus actividades de la vida diaria. Relató que, entre semana, él se encarga de las labores de cuidado de la accionante entre las 7:00 a.m. y las 6:00 p.m. Estas labores incluyen su limpieza, cambio de pañal, alimentación, medicamentos y cambio de postura aproximadamente cada 2-3 horas. Sostuvo que Gladys requiere de supervisión constante debido a los movimientos involuntarios de su cuerpo, los cuales pueden generar que se lastime o que se caiga de la cama. Después de las 6:00 p.m. (y durante los fines de semana), su hija lo apoya en el cuidado. A partir de ese momento, ambos se encargan de bañar y cambiar de ropa a la actora, pues estas actividades no pueden ser realizadas por una sola persona.</p> <p>De igual forma, <i>Luis</i> explicó que el traslado de la accionante a citas médicas o para cualquier otro desplazamiento, también requiere necesariamente de dos personas. Esto, debido a las dificultades de movilidad de la accionante y por el alto riesgo que tiene de caerse. Incluso, por las dificultades mencionadas, la EPS Sanitas ha dispuesto el servicio de ambulancia en algunas ocasiones para realizar los desplazamientos de la demandante.</p> <p>Según indicó el agente en su respuesta, las labores de cuidado han tenido un impacto negativo en su salud física y mental. Por un lado, las dificultades de movilidad de su esposa lo obligan a realizar esfuerzos físicos significativos para levantarla, cambiarla de posición o desplazarla, y ello le genera dolores lumbares y de cadera. Además, su sueño se ha afectado, pues, aunque Gladys</p>
---------------------------------	--

59 Expediente digital, archivo "00. Respuesta *Luis* - *Gladys*.pdf".

	<p>suele dormir durante la noche, cuando ello no ocurre debe permanecer despierto para atenderla. Asimismo, indicó que los altos niveles de estrés en los que se encuentra podrían impactar negativamente su diagnóstico de hipertensión.</p> <p>Además, <i>Luis</i> sostuvo que, al tratarse de una labor de cuidado continua, no cuenta con tiempos de descanso, vacaciones ni espacios de esparcimiento. Incluso, indicó que requiere del apoyo de su hija para poder asistir a sus propias citas médicas o reclamar los medicamentos que necesita, pues no puede dejar a su esposa sola.</p> <p>De otro lado, respecto de su hijo <i>Sebastián</i>, el agente oficioso aclaró que viaja a Cali aproximadamente 6 fines de semana al año y, durante su estancia, apoya en las labores de cuidado que requiere la accionante. Adicionalmente, indicó que, a pesar de que no vive en el mismo hogar, le brinda apoyo económico a la familia.</p> <p>Sobre la situación de su hija <i>Lina</i>, el señor <i>Luis</i> manifestó que cuenta con un diagnóstico de depresión y ansiedad. En la historia clínica que aportó como prueba, se observa que tiene episodios de ansiedad, angustia y llanto relacionados con preocupaciones por “su futuro y por la salud de su madre”, así como por el estrés que le causa su trabajo. También se evidencia que suspendió su proceso de psicoterapia por “dificultades económicas” y que tiene una preocupación por su padre, al que ve “muy deteriorado” por su labor como principal cuidador.</p> <p>Sobre la capacidad económica de la familia de la accionante</p> <p>El agente oficioso manifestó que ni él ni su esposa tienen una fuente de ingresos. Explicó que, pesar de que se encuentra afiliado al programa Fondo de Solidaridad Pensional – Programa de Subsidio al Aporte en Pensión, recibe dicho subsidio como un descuento en el pago de la seguridad social y no como un ingreso monetario.</p> <p>En ese sentido, señaló que dependen del salario que recibe su hija <i>Lina</i> y de los aportes que ocasionalmente hace su hijo <i>Sebastián</i>. <i>Lina</i> labora como docente en un colegio y recibe un salario mensual de \$2.000.000. Sin embargo, por la naturaleza de su contrato, no recibe ningún ingreso en los meses de julio y agosto. Por su parte, <i>Sebastián</i> es independiente y presta servicios de</p>
--	--



	<p>creación y producción de sonido y música. Por esta razón, sus ingresos son variables y, según el certificado de ingresos que aportó el agente oficioso, rondan los \$3.395.000 al mes.</p> <p>Adicionalmente, <i>Luis</i> indicó que los gastos mensuales de su hogar son de \$2.850.000⁶⁰.</p> <p>Sobre los incumplimientos de la EPS Sanitas</p> <p>Además de lo anterior, el agente oficioso señaló que, en algunas ocasiones, la EPS Sanitas ha incurrido en incumplimientos y demoras en la entrega de medicamentos y pañales, así como en la autorización y asignación de citas médicas. Por tal motivo, entre julio de 2024 y noviembre de 2025, ha interpuesto 16 quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
--	---

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

15. Esta Sala es competente para revisar la sentencia que decidió la acción de tutela de la referencia, con fundamento en el inciso 3 del artículo 86 y el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Procedencia de la acción de tutela

16. Antes de abordar el análisis de fondo, la Corte verificará si la acción de tutela cumple con los requisitos de procedibilidad. Para ello, examinará si se acreditan: (i) la legitimación en la causa por activa y por pasiva; (ii) el requisito de inmediatez; y (iii) el principio de subsidiariedad.

17. En primer lugar, en cuanto al requisito de legitimación por activa⁶¹, cabe resaltar que *Luis*

60 Según el escrito que remitió el señor *Luis*, los costos del hogar (compuesto por el agente oficioso, su esposa y su hija *Lina*) están distribuidos de la siguiente manera: \$290.000 en servicios públicos, \$130.000 en internet y telefonía, \$1.200.000 en alimentación, \$180.000 en la seguridad social del señor *Luis*, \$300.000 en transporte, \$150.000 en insumos médicos, \$100.000 en gastos ocasionales y \$510.000 en el costo mensual de la universidad de *Lina*.

61 De conformidad con el inciso 1 del artículo 86 de la Constitución, concordante con los artículos 5 y 10 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela es un mecanismo judicial puesto a disposición de quien considera que sus derechos fundamentales se encuentran amenazados o vulnerados, con el objeto de reclamar, por sí mismo o por quien actúe a su nombre, que se cumpla el deber correlativo



solicitó el amparo de los derechos de la accionante en calidad de agente oficioso. Por ello, es necesario que la Sala verifique⁶²: (i) que el agente oficioso haya manifestado expresamente que actúa en esa calidad; y (ii) que la persona a cuyo nombre se interpone la acción se encuentre en una situación que le impida ejercer directamente la defensa de sus derechos⁶³.

18. En relación con el primer presupuesto para la procedencia de esta figura, el señor *Luis* manifestó expresamente en el escrito de tutela que actúa como agente oficioso de su esposa⁶⁴. En cuanto al segundo requisito, según los hechos de la demanda y la respuesta de *Luis* al auto de pruebas, Gladys se encuentra postrada en una cama y tiene una dependencia absoluta para realizar las actividades de su vida diaria, por lo que está “completamente inhabilitada para interponer la tutela a nombre propio”⁶⁵. Por ello, se cumple con el requisito de legitimación por activa en cabeza del agente oficioso.

19. En segundo lugar, el requisito de legitimación en la causa por pasiva también se encuentra acreditado frente a algunas de las entidades demandadas o vinculadas⁶⁶. Por un lado, el agente oficioso presentó la tutela contra la EPS Sanitas, la cual, en su calidad de encargada de garantizar la prestación del servicio público de salud a favor de la actora, está llamada a responder por la presunta vulneración o amenaza de sus derechos fundamentales. A su vez, la Secretaría de Salud Departamental, la cual fue vinculada en el trámite de instancia, se encuentra legitimada por pasiva dada su competencia para diseñar y ejecutar programas de cuidado, por lo que eventualmente podría ser destinataria de las órdenes que profiera la Corte en esta providencia.

20. Por el contrario, la ADRES y la Clínica de Occidente —entidades que también fueron vinculadas al trámite en sede de instancia— carecen de legitimación por pasiva. En efecto, las funciones de la ADRES se limitan a gestionar y administrar los recursos del sistema de salud, y

de protección, bien sea por una autoridad, una entidad pública o un particular, bajo las condiciones previstas por la Constitución y la ley.

62 La agencia oficiosa es un mecanismo procesal excepcional que permite a un tercero presentar una acción de tutela en nombre de otra persona, sin necesidad de contar con un poder. La jurisprudencia constitucional ha establecido dos requisitos para que esta figura sea procedente: (i) que el agente oficioso manifieste expresamente que actúa en esa calidad; y (ii) que la persona a cuyo nombre se interpone la acción se encuentre en una situación que le impida ejercer directamente la defensa de sus derechos (sentencias T-736 de 2017, T-382 de 2021 y SU-150 de 2021, entre otras).

63 Sentencias T-736 de 2017, T-382 de 2021 y SU-150 de 2021, entre otras.

64 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 1, 10.

65 Expediente digital, archivo “00.Respuesta Luis - Gladys.pdf”, p. 1.

66 Sentencias T-594 de 2016, T-235 de 2018, SU-508 de 2020 y T-155 de 2024. De manera general, según el artículo 86 de la Constitución y los artículos 5 y 13 del Decreto 2591 de 1991, la tutela procede contra las acciones u omisiones de las autoridades públicas. Asimismo, la acción puede interponerse contra particulares cuando estos están a cargo de la prestación de un servicio público, cuando su conducta afecta grave y directamente el interés colectivo o cuando el accionante se encuentra en situación de subordinación o indefensión. Además, según el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, la tutela procede frente a las acciones u omisiones de particulares encargados de la prestación del servicio público de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



no a prestar, asegurar o entregar servicios o insumos médicos, por lo que no le es atribuible la presunta vulneración alegada por la accionante. Además, como lo explicó la Corte en la Sentencia SU-466 de 2025, dado que el servicio de cuidador no se encuentra incluido en el plan de beneficios en salud (PBS), pero tampoco expresamente excluido del mismo, este se ha financiado mediante el mecanismo de presupuestos máximos. En consecuencia, una eventual orden de amparo no implicaría actuación alguna por parte de la ADRES, pues el servicio de cuidador se financia con cargo a los recursos de los presupuestos máximos, cuya administración corresponde a las EPS y no a dicha entidad.

21. Asimismo, si bien la Clínica de Occidente le ha prestado servicios de salud a la actora, en el expediente no reposan autorizaciones vigentes o pendientes dirigidas a dicha IPS. En consecuencia, no se advierte que la clínica esté obligada a responder por la presunta vulneración que alega el agente oficioso ni que pueda ser destinataria de alguna orden en esta providencia. Por ello, la Sala ordenará la desvinculación de ambas entidades del trámite.

22. En tercer lugar, la tutela también satisface el requisito de inmediatez, en la medida en que el agente oficioso interpuso la acción de tutela en un plazo razonable, contado desde la presunta vulneración de los derechos de su esposa. Según los hechos del escrito de tutela y las respuestas recibidas en sede de revisión, *Luis* elevó una reclamación ante la EPS Sanitas el 17 de marzo de 2025 y recibió una respuesta negativa por parte de la entidad el 28 de marzo de 2025. Así pues, dado que la acción de tutela fue interpuesta el 14 de julio de 2025, el agente oficioso promovió la demanda dentro de un lapso inferior a cuatro meses, lo cual se considera un término razonable.

23. Por último, el requisito de subsidiariedad también se cumple en este caso, dado que la accionante no cuenta con otro mecanismo judicial idóneo y eficaz para la protección de sus derechos fundamentales. Si bien es cierto que cuenta con la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para reclamar el acceso a los servicios que requiere⁶⁷, este mecanismo carece de idoneidad y eficacia en el caso concreto por las siguientes tres razones.

24. Primero, el mecanismo procede cuando la EPS exprese su “negativa” para prestar un servicio incluido en el plan de beneficios en salud (PBS). Sin embargo, dado que el cuidador no se

67 Según el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por la Ley 1949 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud es competente, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales para conocer de asuntos que involucren, por un lado, la cobertura de servicios tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS), ante la negativa de entidades promotoras de salud y otras similares, que ponga en riesgo o amenace la salud del usuario; y, por otro, de conflictos entre entidades administradoras de planes de beneficios o similares y sus usuarios, que tengan como fundamento la garantía de prestación de servicios y tecnologías no incluidas en el PBS.



encuentra expresamente incluido en dicho plan, este requisito no se cumple en el caso concreto. Segundo, la Corte ha señalado la ineficacia de este mecanismo cuando se acude a través de agente oficioso. Esto, en tanto el trámite se rige por las normas del Código General del Proceso⁶⁸ y, por lo tanto, impone cargas procesales adicionales a las de la acción de tutela para la procedencia de la agencia oficiosa, tales como la prestación de caución y la ratificación de la demanda por parte del agenciado⁶⁹.

25. Tercero, esta Corporación ha mencionado que este mecanismo no es eficaz cuando “(i) exista [un] riesgo a la vida, la salud o la integridad de las personas”; (ii) los peticionarios o afectados se encuentren en situación de vulnerabilidad, debilidad manifiesta o sean sujetos de especial protección constitucional, y (iii) se configure una situación de urgencia que haga indispensable la intervención del juez constitucional”⁷⁰. Así pues, dado que la accionante es un sujeto de especial protección que se encuentra en una situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, debido a su situación de discapacidad y a su diagnóstico de demencia, Alzheimer, esquizofrenia y epilepsia, el mecanismo ante la Superintendencia Nacional de Salud no resulta eficaz en el caso concreto.

26. Por lo expuesto, la acción de tutela es procedente para solicitar la protección de los derechos fundamentales a la vida, la salud, la integridad física y la seguridad social de *Gladys*.

3. Problema jurídico y metodología de la decisión

27. Una vez establecida la procedencia de la acción de tutela, le corresponde a la Sala analizar si la EPS Sanitas vulneró los derechos fundamentales de *Gladys* al negarle el reconocimiento del servicio de cuidador en su domicilio.

28. Ahora bien, cabe precisar que el agente oficioso invocó la protección de los derechos de su esposa a la vida, la salud, la integridad física y a la seguridad social. Sin embargo, en ejercicio

68 Código General del Proceso. Artículo 57. “Se podrá demandar o contestar la demanda a nombre de una persona de quien no se tenga poder, siempre que ella se encuentre ausente o impedida para hacerlo; bastará afirmar dicha circunstancia bajo juramento que se entenderá prestado por la presentación de la demanda o la contestación. **El agente oficioso del demandante deberá prestar caución dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que se haga a aquel del auto que admita la demanda. Si la parte no la ratifica, dentro de los treinta (30) días siguientes, se declarará terminado el proceso y se condenará al agente oficioso a pagar las costas y los perjuicios causados al demandado.** Si la ratificación se produce antes del vencimiento del término para prestar la caución, el agente oficioso quedará eximido de tal carga procesal (...)”. (Negrilla y subrayado fuera del texto original).

69 Sentencias T-061 de 2019, T-389 de 2022 y T-343 de 2025, entre otras.

70 Sentencia T-501 de 2025.



de su competencia para delimitar el problema jurídico⁷¹, la Corte limitará su pronunciamiento a la posible vulneración de los derechos a la vida, la salud y la integridad física de la accionante, puesto que, según los hechos de la acción de tutela y las pruebas que se recaudaron en sede de revisión, la controversia y las peticiones del agente oficioso están relacionadas con la garantía de estos derechos y no con el derecho a la seguridad social de la demandante. Adicionalmente, en aplicación de la facultad que tiene esta Corporación para proferir fallos extra y ultra petita⁷², la Corte estudiará si la EPS accionada vulneró el derecho al cuidado de la demandante.

29. Con fundamento en lo anterior, la Corte resolverá el siguiente problema jurídico: ¿vulnera una Entidad Prestadora de Salud los derechos a la vida, la salud, la integridad física y el cuidado de una mujer de 64 años en una situación de absoluta dependencia funcional al negarle el servicio de cuidador en su domicilio?

30. Para resolver el problema jurídico planteado, la Corte realizará unas consideraciones generales sobre: (i) el derecho fundamental a la salud de los adultos mayores y de las personas en situación de discapacidad; (ii) el tratamiento integral; (iii) el derecho fundamental al cuidado y los principios de corresponsabilidad y solidaridad; (iv) las reglas sobre el reconocimiento del servicio de cuidador; y (v) el servicio de enfermería y la diferencia con el servicio de cuidador. A partir de dichas consideraciones, este Tribunal decidirá el caso concreto.

4. El derecho fundamental a la salud de los adultos mayores y de las personas en situación de discapacidad. Reiteración de jurisprudencia⁷³

31. La Constitución⁷⁴, la ley⁷⁵ y la jurisprudencia constitucional⁷⁶ han definido la salud como un derecho fundamental autónomo que le impone al Estado la obligación de garantizar el acceso

71 Sobre la competencia para delimitar el objeto de la controversia, la jurisprudencia constitucional ha señalado que: (i) el juez de tutela debe definir de manera oficiosa y con base en las circunstancias concretas del caso cuáles son tanto el conflicto que se presenta como el objeto sobre el cual recae el debate y (ii) la Corte no tiene el deber de analizar, de forma integral y detallada, todos los asuntos planteados por el demandante en su solicitud de tutela, pues su función es la de unificar la jurisprudencia (A-101 de 2022, SU-245 de 2021, SU-150 de 2021, T-344 de 2020, A-186 de 2017, A-090 de 2017, T-125 de 2018, T-587 de 2015, T-515 de 2016, T-379 de 2013, A-031A de 2002 y SU-419 de 2024, providencias en las que la Corte usó o analizó la discrecionalidad con la que cuenta para delimitar o ampliar los temas que ameritan ser examinados en sede de revisión de tutelas).

72 Esta facultad, como se señaló en las sentencias T-199 y T-319 de 2025, le permite al juez de tutela “adoptar medidas que excedan lo que expresamente fue solicitado por la parte accionante, no tener que ceñirse a resolver las pretensiones tal como fueron formuladas en la demanda y referirse a derechos que no fueron explícitamente allí invocados”, siempre y cuando la decisión se fundamente en los hechos de la acción de tutela y las pruebas aportadas, recaudadas y valoradas (sentencias SU-150 de 2021 y T-498 de 2024).

73 Sentencias T-234 de 2024, T-015 de 2025, T-343 de 2025, T-319 de 2025, T-508 de 2025, T-456 de 2025, T-167 de 2025.

74 Artículo 49 de la Constitución Política; artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y artículo 10 del Protocolo Adicional de San Salvador.

75 Ley 1751 de 2015, “[p]or medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

76 Sentencias SU-239 de 2024, T-389 de 2022 y T-016 de 2025, entre otras.



efectivo, oportuno, continuo, integral y de calidad a los servicios y tecnologías en salud, sin ningún tipo de discriminación⁷⁷. Este derecho se encuentra estrechamente vinculado a la posibilidad de llevar una vida digna y cumple una función instrumental para el ejercicio de otros derechos fundamentales⁷⁸. En ese sentido, la salud es un derecho que tiene dos dimensiones: por una parte, es un derecho fundamental que debe garantizarse de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad; y, por otra, es un servicio público esencial a cargo del Estado, cuya prestación debe desarrollarse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad⁷⁹.

32. Además, de manera consistente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la protección del derecho fundamental a la salud de las personas adultas mayores⁸⁰ debe ser prevalente, en atención a su calidad de sujetos de especial protección constitucional⁸¹ y las mayores dificultades que enfrentan para acceder a los servicios de salud, en particular cuando presentan condiciones clínicas complejas⁸². Por ello, la Corte ha promovido la adopción de medidas diferenciadas, dirigidas a garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud que requieran los adultos mayores, con el propósito de asegurarles condiciones de vida dignas y seguras⁸³.

33. En particular, la garantía del derecho a la salud de las personas adultas mayores ha sido construida en relación con los principios de solidaridad e integralidad⁸⁴. Desde la perspectiva de la solidaridad, la atención que este grupo poblacional requiere no puede entenderse como una carga exclusiva del Estado, sino como una responsabilidad compartida que involucra a la familia

77 Sentencias T-343 de 2025 y T-319 de 2025.

78 Sentencias T-343 de 2025 y T-319 de 2025.

79 Sentencia T-234 de 2024.

80 La jurisprudencia constitucional distingue entre las categorías de adulto mayor y persona de la tercera edad. El primero comprende a quien tiene 60 años o más, o a quien, siendo mayor de 55 años, presenta condiciones de desgaste físico, vital o psicológico que así lo ameriten. La segunda categoría se refiere a una persona que haya superado la esperanza de vida en el país. Así, mientras que toda persona de la tercera edad es un adulto mayor, no todo adulto mayor es una persona de la tercera edad (sentencias T-013 de 2020, T-184 de 2024, T-016 de 2025 y T-319 de 2025, entre otras).

81 Sentencia C-395 de 2021, entre otras.

82 Sentencias T-015 de 2025, T-343 de 2025 y T-319 de 2025.

83 Sentencias T-343 de 2025 y T-319 de 2025.

84 La Corte ha identificado como principios orientadores que rigen el derecho a la salud los siguientes: (i) la oportunidad, que exige la prestación de los servicios y tecnologías en salud sin dilaciones; (ii) la continuidad, que impide la interrupción de los servicios por razones administrativas o económicas; (iii) la universalidad, que garantiza el acceso a este derecho a todos los residentes del país y durante todas las etapas de la vida; (iv) la solidaridad, que se basa en un mutuo apoyo entre personas, generaciones, sectores y regiones y, (v) la integralidad, que exige brindar atención completa, oportuna y eficiente para prevenir, tratar o disminuir las enfermedades de los usuarios, conforme con el diagnóstico y los servicios prescritos por el médico tratante. Adicionalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 definió los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, entre los cuales se destacan la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y la idoneidad del personal profesional (sentencias T-343 de 2025 y T-319 de 2025).

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



y a la sociedad⁸⁵. A su vez, el principio de integralidad implica una concepción amplia de la atención en salud, que va más allá de los tratamientos estrictamente curativos y comprende todos los servicios y tecnologías necesarios para preservar o mejorar la calidad de vida de los pacientes, aun cuando su recuperación no sea posible, en la medida en que ello les permita enfrentar la enfermedad con dignidad⁸⁶.

34. Asimismo, el derecho a la salud de las personas en situación de discapacidad goza de protección prevalente, en tanto se trata de sujetos de especial protección constitucional. La Corte ha reiterado que esta prevalencia se justifica en su situación de vulnerabilidad⁸⁷ y en las barreras de acceso que enfrentan para acceder a los servicios del sistema de salud⁸⁸, lo que exige la garantía de servicios completos, oportunos, eficaces y de calidad⁸⁹, sin restricciones administrativas o económicas⁹⁰.

35. Así pues, el Estado y las entidades del sistema de salud tienen un deber reforzado de protección en la garantía del derecho a la salud de las personas en situación de discapacidad, orientado a que puedan gozar del derecho a través de las medidas de accesibilidad e inclusión necesarias⁹¹. Como lo recogieron las sentencias T-485 de 2019 y T-167 de 2025, este estándar reforzado se fundamenta en los artículos 13, 47 y 49 de la Constitución Política⁹², en normas como la Ley 1618 de 2013 y la Ley 1751 de 2015⁹³, y también en los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, los cuales han sido reconocidos por esta Corporación como parámetros de interpretación del derecho a la salud de esta población⁹⁴.

85 Sentencia T-319 de 2025. Estos principios también se encuentran previstos en compromisos internacionales, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington el 15 de junio de 2015 y aprobada en Colombia por la Ley 2055 de 2020.

86 Sentencias T-319 de 2025 y T-184 de 2024.

87 Sentencia T-508 de 2025.

88 Sentencia T-456 de 2025.

89 Sentencia T-508 de 2025.

90 Sentencia T-167 de 2025.

91 Sentencia T-120 de 2017, reiterada en la sentencia T-167 de 2025.

92 Sentencia T-167 de 2025.

93 La Ley 1618 de 2013 estableció que todas las personas en situación de discapacidad tienen derecho a la salud y a que dicha garantía se otorgue con calidad y oportunidad, en particular respecto de los servicios de habilitación y rehabilitación integral. A su vez, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 indicó que dicho grupo goza de especial protección y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica (Sentencia T-167 de 2025).

94 La Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Observación General núm. 05 sobre Personas con Discapacidad proferida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, el Protocolo de San Salvador sobre derechos económicos, sociales y culturales, y las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, entre otros (Sentencia T-485 de 2019).

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



5. El tratamiento integral. Reiteración de jurisprudencia⁹⁵

36. En el marco del derecho fundamental a la salud, la figura del tratamiento integral es una orden que puede proferir el juez de tutela a las EPS para que garanticen una atención “ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad”⁹⁶ a la persona que lo requiera⁹⁷. En consecuencia, en estos casos, las EPS deben prestar el servicio de salud incluyendo todos los medicamentos, procedimientos e insumos prescritos por el médico tratante⁹⁸, para evitar que el usuario deba acudir de manera reiterada a la acción tutela para obtenerlos⁹⁹.

37. En este marco, la Corte ha establecido que la garantía del tratamiento integral procede cuando: (i) se evidencia negligencia por parte de la EPS, como conductas dilatorias, la imposición de barreras administrativas o la programación de los servicios por fuera de un término razonable; (ii) existen prescripciones médicas que identifican de manera específica el diagnóstico y los servicios o tecnologías requeridos; y (iii) la omisión de la EPS haya comprometido la salud o vida del paciente. Un criterio adicional que ha establecido esta Corporación y que refuerza la procedencia de la orden es que el demandante sea un sujeto de especial protección constitucional¹⁰⁰.

38. Por el contrario, la Corte ha negado la solicitud de tratamiento integral cuando no hay evidencia de que haya servicios de salud pendientes de ser tramitados, autorizados o prestados¹⁰¹. Esto, en tanto el juez de tutela no puede pronunciarse sobre situaciones futuras o inciertas respecto del estado de salud de la persona que requiere el tratamiento¹⁰².

39. En suma, el derecho a la salud adquiere una connotación especial cuando se trata de adultos mayores en situación de discapacidad, frente a quienes existe un deber de protección reforzada por parte del Estado y la sociedad. En algunos casos, para garantizar plenamente el derecho a la salud de estas personas, la orden de tratamiento integral puede resultar necesaria para garantizar una atención adecuada, continua y acorde con sus necesidades. No obstante, de

95 Sentencias T-387 de 2018, T-268 de 2023, T-377 de 2024 y T-319 de 2025, entre otras.

96 Sentencias T-387 de 2018 y T-268 de 2023, entre otras.

97 La figura del tratamiento integral se fundamenta en el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 y en los principios de integralidad y continuidad (Sentencia T-377 de 2024, entre otras).

98 Sentencias T-387 de 2018 y T-268 de 2023, entre otras.

99 Sentencia T-456 de 2025.

100 Sentencias T-394 de 2021, T-399 de 2023 y T-285, T-351 y T-377 de 2024; reiteradas en la Sentencia T-319 de 2025.

101 Sentencias T-394 de 2021; T-038 de 2022; T-399 de 2023; T-285, T-351 y T-377 de 2024; T-008, T-011 y T-199 de 2025; reiteradas en la Sentencia T-319 de 2025.

102 Sentencias T-394 de 2021; T-038 de 2022; T-399 de 2023; T-285, T-351 y T-377 de 2024; T-008, T-011 y T-199 de 2025; reiteradas en la Sentencia T-319 de 2025.



manera progresiva, las controversias relacionadas con la vulneración del derecho a la salud, en particular respecto de personas mayores en situación de discapacidad, no se limitan al acceso a servicios, medicamentos o insumos médicos, sino que incluyen pretensiones vinculadas con labores de acompañamiento y cuidado. Por esta razón, a continuación, la Sala hará referencia al desarrollo que ha hecho esta Corporación del derecho al cuidado.

6. El derecho fundamental al cuidado y los principios de corresponsabilidad y solidaridad. Reiteración de jurisprudencia¹⁰³

40. En los últimos años, Colombia ha avanzado de manera progresiva en la incorporación de la categoría del cuidado en el ordenamiento jurídico. Este proceso se ha impulsado tanto desde el plano normativo¹⁰⁴ como desde el plano jurisprudencial, en el que la Corte ha desempeñado un papel determinante en la consolidación del cuidado como un derecho fundamental autónomo¹⁰⁵.

41. Asimismo, en el ámbito internacional, se ha reconocido la existencia del derecho al cuidado tanto de forma implícita en algunos instrumentos¹⁰⁶, como de forma expresa y autónoma. Por ejemplo, en la Opinión Consultiva N° 31 de 2025, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció la existencia de un derecho autónomo al cuidado¹⁰⁷.

42. Cabe precisar que, según la jurisprudencia constitucional, los derechos fundamentales son aquellos derechos subjetivos que están dirigidos a materializar la dignidad humana¹⁰⁸. Así pues, son fundamentales los derechos que resultan necesarios para garantizar que sus titulares tengan la libertad de elegir un plan de vida concreto, así como la posibilidad de vivir en sociedad y desarrollar un papel activo en ella¹⁰⁹. Desde esta comprensión, la Corte ha determinado que el cuidado constituye un derecho fundamental, en tanto incide directamente en la posibilidad de que las personas cuenten con las condiciones materiales, emocionales y sociales para cuidar, ser

¹⁰³ Sentencias T-447 de 2023, T-011 de 2025, T-343 de 2025, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.

¹⁰⁴ Como lo resumió la Sentencia SU-466 de 2025, entre los avances normativos, se destacan: (i) la Ley 1413 de 2010, que incluyó la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales; (ii) la Ley 1996 de 2019 que reconoció la presunción de la capacidad legal de las personas en situación de discapacidad mayores de 18 años y desarrolló un esquema de apoyos; y (iii) la Ley 2281 de 2023, que creó el Ministerio de Igualdad y Equidad y definió el Sistema Nacional de Cuidado, que fue fortalecido por la Ley 2297 de 2023.

¹⁰⁵ Sentencias T-343 de 2025, C-400 de 2024, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.

¹⁰⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25); Convenciones sobre los Derechos del Niño, de las Personas en Condición de Discapacidad y de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; Convenio 156 de la OIT y Recomendación 165 de la OIT. Reiteración de la Sentencia SU-466 de 2025.

¹⁰⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025). Opinión Consultiva N° 31: *El contenido y alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*.

¹⁰⁸ Sentencia T-227 de 2003; T-372 de 2023.

¹⁰⁹ Sentencia T-227 de 2003; T-372 de 2023.



cuidadas y cuidarse sin que ello comprometa de manera desproporcionada su dignidad humana y la garantía de sus derechos fundamentales¹¹⁰.

43. Asimismo, el cuidado constituye una condición indispensable para sostener la vida humana en sociedad, pues todas las personas requerirán cuidado y asumirán labores de cuidado en algún momento de su vida¹¹¹. Su reconocimiento, además, contribuye a corregir desigualdades estructurales en la distribución de las cargas de cuidado —que han recaído históricamente de forma desproporcionada en las mujeres, especialmente bajo esquemas de cuidado no remunerado—¹¹². En esa medida, es claro para la Corte que el cuidado consiste en un derecho autónomo y exigible.

44. En línea con lo anterior, esta Corporación ha definido el cuidado como un derecho fundamental que cuenta con tres facetas interrelacionadas: (i) el derecho a ser cuidado, entendido como la posibilidad de recibir la atención requerida sin que esta dependa de manera exclusiva de vínculos afectivos, de las dinámicas del mercado o de la capacidad económica de las personas; (ii) el derecho a cuidar, que exige el reconocimiento de una responsabilidad compartida entre el Estado, la familia y los particulares de tal forma que las labores de cuidado no representen una carga desproporcionada para quien las asume¹¹³; y (iii) el derecho al autocuidado, que se refiere a la posibilidad de que cada persona cuente con el tiempo y las condiciones necesarias para procurar su bienestar¹¹⁴.

45. Desde esa perspectiva, esta Corporación ha insistido en que en el análisis y garantía del derecho al cuidado se debe tener en cuenta el impacto que las labores de cuidado tienen en la salud, el bienestar, el proyecto de vida y, en general, la vida en condiciones dignas de los cuidadores¹¹⁵. Estos impactos adquieren relevancia constitucional, toda vez que pueden afectar de manera significativa la garantía de los derechos fundamentales de los cuidadores. Por ejemplo, la Corte se ha pronunciado sobre el fenómeno que se ha identificado como el “síndrome del cuidador quemado”¹¹⁶, que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal, derivado de la exposición

110 Esta Corporación ha reconocido el carácter fundamental del derecho al cuidado en las sentencias C-400 de 2024 (Fj. 121-146), T-498 de 2024 (Fj. 186-191); SU-466 de 2025 (Fj. 137), entre otras.

111 Sentencia T-498 de 2024.

112 Sentencias T-583 de 2023, T-011 de 2025, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.

113 Sentencia T-319 de 2025.

114 Sentencias T-343 de 2025, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.

115 Sentencias T-011 de 2025 y T-124 de 2025.

116 Sentencia T-011 de 2025



prolongada a las demandas del cuidado¹¹⁷, especialmente en contextos en que hay una alta dependencia funcional¹¹⁸. Estos efectos se amplifican, además, en un contexto social en el que las cargas de cuidado están distribuidas de forma inequitativa y recaen principalmente en las mujeres.

46. Así pues, para este Tribunal, es clara la necesidad de valorar la situación de los cuidadores como un aspecto central del derecho al cuidado y, al hacerlo, aplicar el enfoque de género para visibilizar y reducir las cargas diferenciadas que deben asumir ciertas personas, en particular, las mujeres.

47. Bajo este marco, la Corte ha promovido de manera reiterada una discusión de política pública orientada a la consolidación del cuidado como un derecho fundamental efectivo¹¹⁹. En este contexto, ha resaltado la necesidad de avanzar hacia la construcción de un sistema integral de cuidado que proteja los derechos de quienes requieren cuidado sin imponer cargas desproporcionadas a quienes cuidan¹²⁰, y cuyo diseño financiero sea sostenible en el tiempo¹²¹.

48. En concordancia con lo anterior, esta Corporación ha señalado que el derecho al cuidado se estructura a partir de los principios de corresponsabilidad y solidaridad, los cuales deben entenderse de manera complementaria¹²². Por una parte, en virtud del principio de corresponsabilidad, el cuidado no puede entenderse de forma que recargue exclusivamente a las familias, sino que se trata de una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y la familia¹²³. Esto, en tanto el derecho al cuidado también comprende la faceta del derecho a cuidar sin que ello le implique una afectación desproporcionada a quien asume dicha labor, así como la faceta del autocuidado.

49. Sin embargo, de otra parte, el deber de solidaridad implica que los primeros llamados a asumir las labores de cuidado son los integrantes del núcleo familiar de la persona que las requiere¹²⁴. En este marco, el Estado no puede asumir el papel de garante único en dichas labores, sino que las redes familiares tienen la responsabilidad de asumirlas de manera

117 Pierre Gérain y Emmanuelle Zech, Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving, National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31428015/> (referenciado en la Sentencia T-447 de 2023).

118 Sentencia SU-466 de 2025.

119 Sentencia SU-466 de 2025.

120 Sentencia T-011 de 2025.

121 Sentencia SU-466 de 2025.

122 Sentencia SU-466 de 2025.

123 Sentencias T-343 de 2025, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.

124 Sentencias T-124 de 2025 y SU-466 de 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



compartida¹²⁵. Esta exigencia tiene una relevancia particular en el contexto colombiano, en donde la familia sigue siendo el espacio primario de apoyo y protección para las personas que requieren de cuidado¹²⁶.

50. En efecto, como lo desarrolló la Corte en la Sentencia SU-466 de 2025, en Colombia la familia es reconocida como el núcleo esencial de la sociedad y la forma predominante de organización social. Dentro de la familia, la solidaridad ocupa un lugar central. Esto se hace evidente, por ejemplo, en el deber que tienen los hijos en Colombia de apoyar económicamente a sus padres, que se extiende incluso entre hermanos (Código Civil, art. 411); en el régimen sucesoral, que privilegia los vínculos familiares sobre la voluntad individual del testador (Código Civil, art. 1045 y ss.); y en la tipificación penal de la inasistencia alimentaria respecto de ascendientes y descendientes (Código Penal, art. 233)¹²⁷. Este lugar central de la solidaridad familiar no es generalizado, pues en algunos ordenamientos, como el sueco, no existe una obligación legal en cabeza de los hijos de atender a sus padres¹²⁸.

51. En este orden de ideas, la incorporación de los principios de solidaridad y corresponsabilidad en la definición jurisprudencial del derecho al cuidado implica reconocer que, si bien existe un deber de solidaridad familiar en materia de cuidado, este no es ilimitado. En efecto, cuando las exigencias del cuidado en un caso concreto desbordan dicho deber y comprometen de manera desproporcionada la dignidad, la autonomía o el proyecto de vida de quienes cuidan, deben concurrir el Estado y los particulares para brindar los apoyos necesarios tanto a la persona que requiere cuidado como a quienes ejercen dichas labores. En todo caso, el deber de solidaridad no releva al Estado de su obligación de diseñar e implementar políticas públicas de cuidado, fortalecer los apoyos institucionales y promover arreglos estructurales que permitan distribuir de manera equitativa las cargas asociadas a esta labor, en articulación con la sociedad y las familias¹²⁹.

52. Así pues, en el marco de los principios mencionados, el desarrollo del derecho ha ido de la mano con el desarrollo jurisprudencial sobre el reconocimiento del servicio de cuidador a cargo de las EPS, cuyas solicitudes a través de la acción de tutela han venido aumentando de forma significativa. A continuación, la Sala hará referencia a los criterios existentes que se deben aplicar

125 Sentencia SU-466 de 2025.

126 Sentencia SU-466 de 2025.

127 Sentencia SU-466 de 2025.

128 Daza Coronado, S. M., & Salvador Morales Ferrer, S. (2019). *El derecho al cuidado: Un estudio comparado del modelo español y europeo*. Universidad Católica de Colombia, p. 32 (citado en la Sentencia SU-466 de 2025).

129 Sentencia SU-466 de 2025.



para resolver los casos en los que se solicitan este tipo de servicios, y ahondará en las diferencias que existen con el servicio de enfermería, que también suele asociarse al derecho al cuidado.

7. Las reglas sobre el reconocimiento del servicio de cuidador. Reiteración de jurisprudencia¹³⁰

53. El servicio de cuidador es una prestación social dirigida a garantizar apoyos físicos, emocionales y cotidianos a las personas que requieren altos niveles de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria, y no cuentan con una red familiar cercana que pueda prestar ese apoyo sin que ello implique asumir una carga desproporcionada¹³¹. Así pues, el cuidador desempeña un rol complementario esencial dentro de la atención social y en salud, pues garantiza que la persona que requiere apoyo reciba un acompañamiento permanente, mantenga su bienestar físico y emocional, y conserve, en la medida de lo posible, su autonomía personal¹³².

54. Ahora bien, para esta Corporación es claro que el cuidado es un fenómeno multidimensional que, si bien se relaciona estrechamente con la esfera de la salud, en la práctica trasciende este ámbito y abarca dimensiones sociales, familiares y comunitarias. Por esta razón, el derecho al cuidado no se agota ni se subsume en el derecho a la salud. Sin embargo, cabe resaltar que, en el contexto normativo y jurisprudencial colombiano, la garantía de este derecho ha sido entendida principalmente dentro del marco del derecho a la salud, en la medida en que su exigibilidad y financiación se han canalizado a través del sistema de salud.

55. En efecto, cuando el servicio de cuidador se encuentra a cargo de las EPS, su financiación se realiza a través del mecanismo de los presupuestos máximos, esto es, el instrumento mediante el cual se financian servicios y tecnologías en salud que, aunque no se encuentran en el plan de beneficios en salud (PBS), no se encuentran expresamente excluidos del mismo. Este mecanismo comprende, entre otros, servicios sociales complementarios, y se encuentra regulado por la Resolución 067 de 2025. Así, aunque la Corte ha reconocido la necesidad de que la financiación del derecho al cuidado abarque otras fuentes de financiación en el futuro, lo cierto es que, a la fecha, esta recae en los recursos del sistema de salud¹³³.

¹³⁰ Sentencia SU-466 de 2025.

¹³¹ Sentencias SU-508 de 2020 y SU-466 de 2025.

¹³² Sentencia SU-466 de 2025.

¹³³ En la Sentencia SU-466 de 2025, la Corte advirtió la necesidad de definir una fuente adecuada y sostenible en el tiempo para la financiación del servicio de cuidador. En consecuencia, exhortó a las autoridades competentes a revisar y determinar las fuentes más idóneas para garantizar el derecho fundamental al cuidado en sus distintas facetas. No obstante, por el momento, reconoció que resulta razonable la financiación del servicio de cuidador con cargo los recursos que provienen de los presupuestos máximos.



56. En este marco, en la Sentencia SU-466 de 2025, la Corte Constitucional unificó las reglas aplicables al reconocimiento del servicio de cuidador en sede de tutela y definió una secuencia de criterios que debe verificar el juez constitucional para determinar si, en un caso concreto, procede ordenar su prestación a cargo de las EPS. La tabla a continuación expone la manera en la que el juez debe hacer el análisis de cada uno de estos presupuestos.

Tabla 3. Reglas aplicables al reconocimiento del servicio de cuidador.

Criterio	Subreglas
Necesidad evidente del servicio de cuidador	<p>Para verificar la necesidad evidente del servicio de cuidador, el juez constitucional debe establecer, a partir de las reglas de la sana crítica, la existencia de indicios razonables que demuestren que la ausencia de un cuidador expone al paciente a un riesgo cierto y desproporcionado de afectación sobre su salud y su vida en condiciones dignas.</p> <p>En ese sentido, el análisis no debe centrarse en verificar si hay o no una orden médica del servicio, sino que debe tener en cuenta elementos como la historia clínica y los diagnósticos allí consignados. De este modo, el juez de tutela podrá considerar hechos notorios, indicios razonables o pruebas indirectas que permitan inferir que la persona depende del apoyo de un tercero para realizar las actividades esenciales de su vida diaria.</p>
Red familiar de la persona que requiere el servicio	<p>Con el objeto de identificar la red familiar de la persona que requiere el servicio, el juez debe verificar, en un primer momento, la existencia de un núcleo familiar que: (i) conviva en el mismo hogar con la persona que requiere el apoyo; (ii) mantenga vínculos de parentesco con esta; y (iii) comparta lazos efectivos de afecto, solidaridad y responsabilidad. Este primer círculo constituye el principal ámbito de corresponsabilidad en las labores de cuidado.</p> <p>De no existir dicho núcleo familiar, o cuando este resulte insuficiente, el juez debe examinar si la persona cuenta con parientes con quienes mantenga una relación de cercanía afectiva. Se trata de personas que, aun sin convivir en el mismo hogar, hayan asumido funciones de apoyo, protección o acompañamiento por razones de hecho o de derecho. La responsabilidad de este grupo se activa a partir de vínculos efectivos de afecto y solidaridad que permiten considerarlo una red de apoyo familiar real.</p> <p>En ausencia de los grupos anteriores, el juez debe verificar si la persona cuenta con parientes que no conviven con ella ni mantienen lazos de cercanía afectiva,</p>



	<p>pero que comparten un vínculo de consanguinidad o afinidad. Estas personas pueden ostentar una responsabilidad subsidiaria y atenuada en las labores de cuidado. En estos casos, el apoyo puede materializarse, entre otras formas, a través de contribuciones económicas, la gestión de trámites en salud o el acompañamiento periódico.</p> <p>Excepcionalmente, el juez puede constatar que la persona que requiere de cuidado no cuenta con ninguno de estos niveles de apoyo. En tales eventos, deberá determinar la red de cuidado conforme a las particularidades del expediente y a las reglas de la sana crítica para la valoración probatoria. De no identificarse ninguna red de apoyo, el juez evaluará la posible configuración de una situación de abandono social¹³⁴.</p>
Capacidad económica suficiente para contratar el servicio	<p>Para analizar si la persona que requiere de cuidado y su familia cuentan con la capacidad económica suficiente para contratar dicho servicio, el juez debe establecer el impacto que tendría dicha contratación en las finanzas del hogar, a partir de una valoración de los ingresos y los gastos con los que cuenta. Con base en esta valoración, el juez determinará si la red familiar puede asumir total o parcialmente el costo del servicio, para lo cual podrá apoyarse, entre otros elementos, en información suministrada por la EPS sobre el valor del servicio o en fuentes actualizadas que permitan estimarlo¹³⁵.</p> <p>La valoración probatoria de la capacidad económica debe regirse por los principios de libertad probatoria y sana crítica, de modo que el juez pueda apreciar de manera conjunta todos los elementos de prueba disponibles. En este marco, el juez podrá considerar como indicios de insuficiencia económica, entre otros: (i) la pertenencia de la persona o de su núcleo familiar a los grupos A o B del Sisbén; (ii) la afiliación al régimen subsidiado de salud; (iii) que el cuidador sea la única persona que provee ingresos para sí mismo, para la persona que requiere cuidado y para otros integrantes del hogar; o (iv) la pertenencia al mecanismo de contribución solidaria, cuando se constate que los ingresos no resultan suficientes para financiar el servicio¹³⁶.</p>
Afectación desproporcionada	<p>Por último, cuando el juez concluya que los recursos de la familia resultan insuficientes para costear el servicio de cuidador, deberá evaluar si la asunción directa de las labores de cuidado configura una carga desproporcionada para la</p>

134 En casos de abandono social, resultan aplicables las subreglas jurisprudenciales previstas en la Sentencia SU-367 de 2025.

135 La Sentencia SU-466 cuenta con un estudio sobre el promedio de costos del servicio de cuidador para el 2024.

136 En este último supuesto, el juez deberá valorar la situación conforme al principio de asequibilidad económica (autos 496 de 2022 y 778 de 2024) y los conceptos de gastos sanitarios catastróficos y gastos empobrecedores, en la medida en que sean útiles para determinar si el pago del servicio de cuidador comprometería el mínimo vital del hogar.

sobre el núcleo familiar	<p>red familiar, en términos de afectación a la salud física y emocional de quienes cuidan, a su proyecto de vida y a su sostenibilidad económica. Para este análisis, y de acuerdo con las particularidades de cada caso, el juez constitucional podrá considerar, entre otros aspectos: (i) el tiempo que demanda la necesidad de cuidado; (ii) el estado de salud de los familiares que podrían ejercer labores de cuidado; (iii) el derecho a la educación y al trabajo de los familiares que están llamados a ejercer labores de cuidado; y (iv) el compromiso de los familiares con otras personas a cargo (niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad).</p> <p>Asimismo, dado que las labores de cuidado recaen de manera predominante sobre las mujeres, el análisis judicial debe incorporar un enfoque de género, con el objetivo de evitar la reproducción de patrones de discriminación y la profundización de brechas laborales y económicas. En este sentido, en la aplicación del principio de corresponsabilidad familiar, el juez debe verificar que exista una distribución equilibrada de las labores de cuidado al interior de la familia, en la que exista también una asignación de las tareas de cuidado a los hombres que hagan parte del hogar.</p>
---------------------------------	--

Fuente: elaboración propia. Reiteración de la Sentencia SU-466 de 2025

57. Así pues, a partir de las reglas mencionadas, el juez constitucional cuenta con unos parámetros claros para analizar las acciones de tutela en las que se solicita el reconocimiento del servicio de cuidador. No obstante, cabe resaltar que esto no significa que el derecho a este servicio dependa de una orden judicial, ni que quienes lo requieran deban acudir a la acción de tutela para obtener su reconocimiento. Por el contrario, dado que se trata de un derecho estrechamente vinculado a la dignidad humana y a la salud, su reconocimiento debe procurarse de manera oportuna en sede administrativa.

58. Precisado lo anterior, la Corte se referirá a la distinción entre el servicio de cuidador y el servicio de enfermería. Si bien se trata de prestaciones diferentes en cuanto a su naturaleza y alcance, ambas pueden concurrir en un mismo caso y responden a la necesidad de garantizar una atención integral en salud.

8. El servicio de enfermería y la diferencia con el servicio de cuidador. Reiteración de jurisprudencia¹³⁷

¹³⁷ Sentencias T-012 de 2024, T-406 de 2024, T-319 de 2025 y SU-466 de 2025.



59. El servicio de enfermería se define como una modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria, orientada a tratar los problemas de salud de los pacientes en su domicilio y a garantizar la continuidad de un tratamiento médico. Así pues, a diferencia del servicio de cuidador, se trata de un servicio que pertenece exclusivamente al ámbito de la de salud, está incluido dentro del plan de beneficios en salud (PBS) y debe ser prestado por profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud que estén debidamente habilitados¹³⁸. Por esta razón, la jurisprudencia ha señalado que el reconocimiento del servicio de enfermería requiere: (i) la existencia de una orden médica emitida por el profesional tratante, con fundamento en la situación clínica del paciente; y (ii) que las actividades para las que se requiere el servicio no se limiten al apoyo en cuidados básicos o labores diarias de vigilancia, sino que se relacionen directamente con el tratamiento del diagnóstico médico¹³⁹.

60. La diferencia entre los servicios de cuidador y enfermería se resume en la tabla a continuación:

Tabla 4. Diferencias entre el servicio de cuidador y enfermería.

	Servicio de cuidado	Servicio de enfermería
Naturaleza de la labor	Brinda apoyo físico y emocional a pacientes que dependen de otra persona para realizar actividades básicas.	Asegura las condiciones necesarias para la atención médica especializada de un paciente en su domicilio.
Responsabilidad sobre la prestación	Le corresponde a la familia del paciente, y subsidiaria y excepcionalmente a las EPS, en virtud del principio de solidaridad.	Es prestado por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud adscritos a las EPS.
Clasificación como servicio de salud	Es un servicio complementario a la salud ¹⁴⁰ .	Es un servicio de salud que hace parte de los servicios de atención domiciliaria.
Inclusión dentro del Plan de Beneficios en	No hace parte del Plan de Beneficios en Salud financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBS-UPC), pero	Hace parte del Plan de Beneficios en Salud financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBS-UPC), como servicio de atención domiciliaria.

138 Sentencias T-319 de 2025, T-011 de 2025 y SU-466 de 2025.

139 Sentencias T-124 de 2025 y SU-466 de 2025.

140 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1885 del 2018 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”. Artículo 3: “Definiciones. [...] Servicios complementarios: servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad”.



Salud	tampoco está excluido de financiación con recursos públicos de la salud.	
Criterio médico	Requiere que exista certeza médica sobre la necesidad de recibir el servicio (no necesariamente una orden médica).	Requiere orden médica.

Fuente: Sentencia SU-466 de 2025.

61. Como se evidencia en la tabla, a diferencia del servicio de cuidador, uno de los requisitos que ha decantado la jurisprudencia para ordenar el servicio de enfermería es que exista una orden médica que lo prescriba. Sin embargo, en aquellos casos en los que no existe tal orden pero hay un indicio razonable de afectación del derecho a la salud, el juez puede ampararlo en su faceta de diagnóstico. Así, puede ordenarle a la EPS que adopte las medidas necesarias para que su personal médico evalúe el caso concreto y emita un concepto que determine la necesidad de proveer el servicio¹⁴¹.

62. Por último, cabe resaltar que la distinción entre el servicio de cuidador y el servicio de enfermería no se fundamenta exclusivamente en la profesionalización de este último, ni en la ausencia de formación del primero. Si bien el cuidado tiene un origen familiar y social y conserva un carácter complementario, la Corte ha advertido una progresiva profesionalización de esta labor, en la medida en que su adecuada prestación exige el cumplimiento de estándares técnicos mínimos de calidad y seguridad. Esta tendencia se refleja, además, en la creciente oferta de programas de formación para cuidadores y en la presencia de empresas que prestan servicios de apoyo mediante personal capacitado o certificado para la atención de personas que dependen de terceros.

63. En este marco, en decisiones recientes como las sentencias T-150 de 2024, T-498 de 2024, T-319 de 2025, T-124 de 2025 y T-199 de 2025, la Corte ha reconocido que la garantía efectiva del derecho al cuidado puede requerir la capacitación de quienes ejercen esta labor, ya sean familiares o terceros designados, con el fin de asegurar un cuidado idóneo, seguro y respetuoso de los derechos de la persona que lo recibe. En dichas providencias, este Tribunal le ordenó a las EPS brindar entrenamiento a quienes ejercen las labores de cuidado¹⁴², sin que ello implique equiparar el cuidado con la enfermería ni exigir los conocimientos especializados de la profesión.

141 Sentencias T-012 de 2024, T-406 de 2024 y T-319 de 2025, entre otras.

142 Sentencias T-150 de 2024, T-124 de 2025 y T-319 de 2025.



Además, en una de estas decisiones y con el objetivo de mejorar la distribución equitativa de las cargas de cuidado, la Corte dispuso que la EPS accionada concertara con los familiares la distribución de las labores de cuidado, en atención a los principios de corresponsabilidad y solidaridad¹⁴³.

64. A modo de conclusión, el cuidado es una necesidad humana y una garantía fundamental para vivir una vida digna y garantizar otros derechos, entre ellos, el derecho a la salud. Su configuración como derecho se fundamenta principalmente en los principios de solidaridad y corresponsabilidad, que buscan que haya una distribución justa y equitativa entre el Estado, la sociedad y las familias. Si bien el derecho al cuidado suele asociarse con cuestiones de salud y, en el marco normativo actual, se financia principalmente a través de los recursos del sistema de salud, no todas las necesidades de cuidado se derivan de cuestiones relacionadas con el derecho a la salud. De ahí la necesidad de diferenciar con claridad el servicio de cuidador del servicio de enfermería, atendiendo a sus finalidades, contenidos y niveles de especialización. Estas consideraciones delimitan el alcance del derecho al cuidado y sirven de marco para el examen del caso concreto.

III. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

65. Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, la Sala pasará a analizar el caso concreto. Para ello, en primer lugar, evaluará si la EPS accionada vulneró los derechos fundamentales al cuidado, a la vida y la integridad física de la accionante. Asimismo, teniendo en cuenta que el análisis del derecho al cuidado exige valorar los impactos que las labores de cuidado generan en la salud, el bienestar, el proyecto de vida y la vida en condiciones dignas de quienes las asumen, la Corte examinará si la EPS consideró tales efectos respecto de los cuidadores de la accionante.

66. En segundo lugar, de encontrar que hubo una vulneración del derecho al cuidado de la accionante, la Corte utilizará la metodología desarrollada en la Sentencia SU-466 de 2025 para determinar si es procedente ordenar, a través de la sentencia de tutela, que la EPS preste el servicio de cuidador a su favor. Después, esta Corporación evaluará las peticiones relacionadas con el derecho a la salud de la demandante y determinará si proceden las solicitudes de enfermería y de tratamiento integral que presentó el agente oficioso.

1. La EPS Sanitas vulneró el derecho fundamental al cuidado de la accionante en su

¹⁴³ Sentencia T-498 de 2024.



faceta del derecho a ser cuidada y sus derechos a la vida y la integridad física

67. La Sala considera que la actuación de la EPS Sanitas vulneró el derecho al cuidado de la accionante, en su faceta del derecho a “ser cuidada”, así como sus derechos a la vida y la integridad física, los cuales, dada la alta dependencia de la accionante para las funciones básicas de su vida diaria, se encuentran estrechamente relacionados con el derecho al cuidado. En efecto, la EPS Sanitas negó la solicitud del servicio de cuidador que presentó el esposo de la accionante únicamente con fundamento en la ausencia de una orden médica que prescribiera dicho servicio y porque, presuntamente, este sólo se otorgaba en cumplimiento de un fallo de tutela o cuando exista una prescripción en la herramienta Mipres¹⁴⁴.

68. Al respecto, como se expuso en las consideraciones de esta providencia, la jurisprudencia constitucional ha sido reiterada y pacífica al señalar que la existencia de una orden médica no constituye un requisito indispensable para la procedencia del servicio de cuidador a cargo de las EPS, en particular cuando existe un riesgo cierto para la salud, la integridad o la vida en condiciones dignas de la persona que lo requiere¹⁴⁵. En el mismo sentido, resulta equivocado el argumento de que el servicio de cuidador sólo se otorga cuando existe un fallo de tutela que lo ordene o cuando exista una prescripción en la herramienta Mipres.

69. En el caso concreto, la situación de dependencia funcional de la accionante se encontraba acreditada tanto en su historia clínica como en el informe del equipo de trabajo social de la EPS Sanitas. Asimismo, en el expediente se evidencia que la accionante no puede realizar las actividades de su vida diaria sin apoyo, por lo que la ausencia de un cuidador la expone a un riesgo de caerse o lesionarse y, por lo tanto, puede comprometer directamente sus derechos a la vida y la integridad. Esto implica que, ante la solicitud del servicio de cuidador elevada por el señor *Luis*, existía un deber a cargo de la EPS de adelantar una valoración integral de la situación de la accionante y de su núcleo familiar para determinar sus necesidades puntuales de cuidado, los riesgos a los que se encontraba expuesta ante la falta de un cuidador externo, las posibilidades reales de la familia para suplir las labores y, con ello, la procedencia del servicio de

144 Expediente digital, archivos “002EscritoTutela.pdf”, p. 2, y “4. RESPUESTA DEL DERECHO DE PETICION. 120259300405824762_00008.pdf”, p. 1. A pesar de que en el expediente no obra prueba documental que acredite que la EPS Sanitas le otorgó esta respuesta al agente oficioso, la entidad guardó silencio frente a esta afirmación y no la controvertió durante el trámite de instancia ni en sede de revisión. Así pues, en aplicación del principio de veracidad (artículo 20 del Decreto Ley 2591 de 1991; Sentencia T-548 de 2023, Fj. 76-79), la Corte tomará como cierta la afirmación del señor *Luis*. En todo caso, en la respuesta de la EPS al derecho de petición que elevó el agente oficioso, con fecha del 28 de marzo del 2025, la entidad mencionó que “entabl[ó] comunicación” con el esposo de la accionante. Por esta razón, es razonable inferir que la afirmación del agente oficioso proviene de esa conversación con la EPS Sanitas.

145 Sentencias T-150 de 2024, T-243 de 2024, T-011 de 2025 y T-319 de 2025, entre otras.



cuidador. A esto se suma que, en el informe mencionado, el equipo de trabajo social advirtió que, a pesar del compromiso y diligencia de la familia de la actora, su apoyo no era suficiente para garantizar las necesidades de cuidado que exige el diagnóstico de la accionante.

70. Así pues, ante estos indicios de la necesidad del cuidador, si la EPS consideraba que la información disponible era insuficiente para otorgar el servicio, tenía el deber de desplegar las actuaciones necesarias para obtenerla a través de valoraciones médicas adicionales o de un concepto complementario de su equipo interdisciplinario. En todo caso, la entidad no podía trasladar la totalidad de la carga del cuidado a la red familiar a partir de los argumentos que le otorgó al agente oficioso —la inexistencia de una orden médica y la exigencia de un fallo de tutela—. Todo ello, sin haber realizado previamente una valoración exhaustiva de la situación de Gladys y de las posibilidades de su núcleo familiar para contratar un cuidador o ejercer directamente las labores de cuidado. En consecuencia, la Sala le hará un llamado de atención a la EPS para que, en lo sucesivo, realice el análisis de las solicitudes de cuidador a la luz de los estándares constitucionales vigentes.

71. Las actuaciones de la EPS Sanitas, además, son particularmente reprochables teniendo en cuenta que la accionante es una adulta mayor que, por su diagnóstico, se encuentra en situación de discapacidad. Por ello, la entidad debió tener en cuenta la calidad de sujeto de especial protección constitucional de la actora y el escenario de especial vulnerabilidad en el que se encuentra.

2. La EPS Sanitas omitió analizar la situación de sobrecarga del núcleo familiar de la accionante

72. Además de lo anterior, la Sala considera que la actuación de la EPS Sanitas tampoco tuvo en cuenta el impacto que las cargas de cuidado han tenido sobre el núcleo familiar de la accionante. Este examen resulta necesario, pues, como se ha indicado a lo largo de esta providencia, la protección del derecho al cuidado no se agota en la protección de quien requiere el cuidado. Por el contrario, exige considerar las condiciones en las que el cuidado se presta y los efectos que generan las labores de cuidado en los derechos de quienes las asumen.

73. Tal como se explicó en el acápite anterior, la EPS Sanitas negó la provisión del servicio de cuidador sin un análisis de las posibilidades del núcleo familiar para realizar las labores de cuidado sin que ello implicara una afectación desproporcionada de sus propias necesidades de autocuidado, su proyecto de vida y su salud tanto física como mental. Esto, a pesar de que el equipo de trabajo social evidenció una afectación en la familia por los cuidados de la demandante

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



y una amenaza para su sustento, pues tanto ella como su esposo dependen económicamente de sus hijos.

74. Sobre este punto, para la Corte resulta fundamental resaltar que el derecho al cuidado no se agota en la protección de quien requiere ser cuidado, sino que comprende también la garantía de condiciones compatibles con la dignidad, la salud y el proyecto de vida de quienes asumen dicha labor. Cuidar no puede implicar la renuncia forzada al propio proyecto de vida de quienes cuidan ni la afectación grave de la salud física o mental de quienes, desde una posición de afecto y solidaridad, asumen de manera continua dichas labores. En ese sentido, la negativa injustificada por parte de una EPS para autorizar el servicio de cuidador, ya sea de forma total o parcial, y especialmente cuando se adopta sin un análisis integral de la situación de quien requiere el cuidado y de quienes lo brindan, no solo constituye una vulneración del derecho al cuidado de la persona que lo requiere, sino que impacta también la situación y la garantía de los derechos de quienes asumen dichas labores.

75. Adicionalmente, este caso permite advertir que las cargas asociadas al cuidado no producen los mismos efectos en quienes lo asumen. Por el contrario, el ejercicio del cuidado impacta de manera diversa, aunque igualmente significativa, los proyectos de vida y las posibilidades de autocuidado de las personas según la etapa de la vida en la que se encuentran y el rol que ocupan dentro del núcleo familiar. En el caso concreto, dichas cargas se manifiestan, respecto del adulto que actúa como cuidador principal de su esposa, en afectaciones a su salud física y la eliminación de todas sus posibilidades de descanso y esparcimiento. A su vez, en relación con la hija de la accionante, estas cargas se expresan en afectaciones a su salud mental, derivadas de la preocupación constante por el estado de salud de su madre, por el impacto de las cargas de cuidado en su padre y por la incertidumbre que esta situación genera respecto de su propio proyecto de vida personal y laboral.

76. Esto refleja la necesidad, no solo desde una perspectiva jurisprudencial sino también de política pública, de que las medidas que se adopten con el objetivo de proteger a quienes ejercen las labores de cuidado reconozcan la diversidad de impactos que dichas tareas generan en quienes las asumen. En ese sentido, las medidas de apoyo al cuidador deben diseñarse teniendo en cuenta las afectaciones diferenciadas que recaen sobre las personas según su edad, su situación de salud, su género y el rol que ocupan dentro del núcleo familiar, con el propósito de prevenir cargas desproporcionadas, garantizar su derecho al autocuidado y proteger el desarrollo de sus propios proyectos de vida.

77. En suma, la Sala concluye que la vulneración del derecho al cuidado en el caso concreto no

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



solo afectó a la accionante, sino también a su núcleo familiar, pues la EPS negó la solicitud del servicio de cuidador sin hacer un análisis integral y riguroso sobre la necesidad de la actora y las implicaciones que las cargas de cuidado han tenido sobre su núcleo familiar. En esa medida, tras constatar dicha vulneración, la Sala estudiará si, en el caso concreto, se acreditan los requisitos fijados por la jurisprudencia y recogidos en la sentencia de unificación SU-466 de 2025 para reconocer en sede de tutela el servicio de cuidador a favor de *Gladys*.

3. Sobre la procedencia del servicio de cuidador para *Gladys* por parte de la EPS

78. A continuación, la Corte procede a estudiar cada uno de los criterios establecidos en la Sentencia SU-466 de 2025 para determinar si, en el caso concreto, procede la provisión de un cuidador para la accionante por parte de la EPS Sanitas y bajo qué condiciones.

79. **Necesidad evidente del servicio de cuidador.** A partir de la historia clínica y de los documentos médicos que allegaron el agente oficioso, la EPS Sanitas y la Clínica de Occidente, la Corte encuentra acreditada la necesidad de un cuidador en el caso concreto. En efecto, la accionante tiene un diagnóstico de Alzheimer, demencia, epilepsia y esquizofrenia en estadio severo¹⁴⁶, por lo que se encuentra postrada a una silla-cama¹⁴⁷. Según el especialista, se trata de un diagnóstico crónico, neurodegenerativo, incurable y de curso progresivo¹⁴⁸, que le impide caminar, la expone a un riesgo de caídas y la hace dependiente de terceros para realizar todas las actividades de su vida diaria¹⁴⁹.

80. Así pues, la accionante se encuentra en un estado de absoluta dependencia funcional, por lo que requiere un acompañamiento permanente y constante, incluso cuando permanece sentada o acostada. Además, para algunas actividades como bañarse o trasladarse de un lugar a otro, la actora requiere del apoyo simultáneo de dos personas. Con esto, para la Corte existe evidencia suficiente de que la ausencia de cuidador expone a la demandante a un riesgo desproporcionado de afectación sobre su salud y su vida en condiciones dignas.

81. **Red familiar de la persona que requiere el servicio.** *Gladys* cuenta con una red familiar que convive con ella en el mismo hogar y comparte lazos de parentesco, afecto, solidaridad y responsabilidad. Dicha red está conformada por su esposo, el señor *Luis*, quien tiene 63 años, y

146 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 7 (concepto médico de un especialista en neurología de la IPS Neuroclínica Integral S.A.S.).

147 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 7 y p. 12 (historia clínica electrónica).

148 Expediente digital, archivo “002EscritoTutela.pdf”, p. 7.

149 Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 12.



su hija, la señora *Lina*, de 28 años.

82. El hijo de la accionante, el señor *Sebastián*, de 33 años, también hace parte de su red familiar. Aunque reside en la ciudad de Bogotá, el señor *Sebastián* colabora en las labores de cuidado cuando se traslada a Cali —aproximadamente seis fines de semana al año— y contribuye económicamente al sostenimiento de sus padres.

83. Adicionalmente, según las pruebas recaudadas en sede de revisión, el núcleo familiar de *Gladys* no cuenta con amigos, parientes, vecinos o una red de apoyo cercana que haya asumido funciones de apoyo, protección o acompañamiento de la demandante, ni siquiera de forma ocasional¹⁵⁰.

84. **Capacidad económica suficiente para contratar el servicio.** Según lo explicó *Luis*, ni él ni su esposa cuentan con ingresos propios, por lo que dependen económicamente del salario de sus hijos¹⁵¹.

85. Por su parte, *Lina* percibe un ingreso mensual de \$2.000.000 y, dado que trabaja como docente, no recibe remuneración durante julio y agosto. *Sebastián* trabaja como independiente y su ingreso mensual es de aproximadamente \$3.395.000. A pesar de ello, los gastos mensuales aproximados del hogar, el cual incluye además de la accionante a su esposo y a su hija *Lina*, ascienden a \$2.850.000.

86. Además, si bien en sede de revisión se le solicitó a la EPS Sanitas que informara el costo aproximado por hora del servicio de cuidador en la ciudad de Cali, la entidad no se pronunció sobre dicho requerimiento. No obstante, en la Sentencia SU-466 de 2025, la Sala Plena tomó como referencia un valor mensual aproximado del servicio de cuidador de \$3.763.316,52 para personas que pertenezcan al grupo etario de 60 a 64 años.

87. Así pues, es claro que la accionante y su familia no cuentan con la capacidad económica para contratar el servicio de cuidador, ya sea total o parcialmente. Los ingresos de *Lina* y los

150 Expediente digital, archivo “00_Respuesta Luis - Gladys.pdf”, p. 8.

151 Según la consulta en el Registro Único de Afiliados (RUAF), la señora *Gladys* tiene una afiliación activa a cesantías. Por su parte, *Luis* se encuentra afiliado al régimen contributivo de salud y al programa Fondo de Solidaridad Pensional – Programa de Subsidio al Aporte en Pensión. No obstante, ninguna de estas circunstancias desvirtúan la afirmación del agente oficioso de que ni él ni su esposa cuentan con ingresos propios. Por un lado, la afiliación a cesantías de la agenciada y la afiliación al régimen contributivo del señor *Luis* no implican necesariamente disponibilidad actual de recursos. Por otro, como lo explicó el agente oficioso, el subsidio pensional no constituye ingreso. Por el contrario, se trata de un apoyo del Estado para el pago de planilla de seguridad social, con la finalidad de que el beneficiario siga cotizando y alcance la densidad pensional para acceder a la pensión de vejez.



aportes de *Sebastián* al sostenimiento del hogar de la actora son apenas suficientes para cubrir los gastos actuales y, por lo tanto, no permiten asumir un gasto adicional para contratar el servicio de cuidador para *Gladys*.

88. **Afectación desproporcionada sobre el núcleo familiar.** Dado que los recursos de la familia son insuficientes para costear el servicio de cuidador, le corresponde a la Corte evaluar si la asunción directa de la totalidad de las labores de cuidado configura una carga desproporcionada para la red familiar de *Gladys*.

89. En el caso concreto, a partir de las pruebas que aportó el agente oficioso y de lo consignado por el equipo de trabajo social de la EPS Sanitas, la Sala constata que el núcleo familiar de la accionante está comprometido con su cuidado. En particular, se evidencia la dedicación permanente del señor *Luis* y de su hija *Lina* en las labores de la vida diaria de la accionante, así como el apoyo económico que brindan ambos hijos para el sostenimiento del hogar. No obstante, este Tribunal identifica indicios suficientes de que dichas labores configuran una carga desproporcionada para los familiares de la accionante, en particular, teniendo en cuenta que su situación de absoluta dependencia funcional exige un cuidado permanente e ininterrumpido.

90. En primer lugar, se observa una afectación desproporcionada respecto del señor *Luis*, quien ejerce el rol de cuidador principal de su esposa. De acuerdo con lo que explicó en los trámites de instancia y en sede de revisión, el agente oficioso asume de manera directa las labores de cuidado de su esposa entre semana, en el horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 6:00 p.m. Durante las noches y los fines de semana, distribuye las labores de cuidado con su hija *Lina*. En la práctica, ello implica que *Luis* no cuenta con espacios reales de descanso, vacaciones o esparcimiento, ni con la posibilidad de relevarse de sus responsabilidades como cuidador principal. Asimismo, según el reporte del equipo de trabajo social de la EPS, el agente oficioso y su hija *Lina* se encargan de los trámites administrativos de salud que requiere la accionante; incluidas la autorización de órdenes médicas, la solicitud de citas y la reclamación de insumos o medicamentos¹⁵².

91. Esta situación ha tenido un impacto directo sobre la salud física y mental del señor *Luis*. En efecto, el agente oficioso, quien tiene 63 años, dice tener dolores lumbares asociados a las exigencias físicas del acompañamiento permanente de su esposa, así como altos niveles de estrés que inciden negativamente en su diagnóstico de hipertensión. Además, señaló que tiene dificultades para asistir a sus propias citas médicas o para reclamar los medicamentos que

¹⁵² Expediente digital, archivo “003Anexos.pdf”, p. 17.



requieren tanto él como la accionante, pues debe cuidarla de forma permanente. Incluso, relató que en algunas ocasiones sus labores de cuidado se extienden durante la noche, cuando su esposa no logra conciliar el sueño. Estas afirmaciones encuentran respaldo en el informe del equipo de trabajo social de la EPS Sanitas, en el que se consignó la existencia de una afectación familiar importante y signos de sobrecarga del cuidador principal. En este contexto, aun cuando *Luis* cuenta con el apoyo de su hija, es evidente que las labores de cuidado han afectado de manera desproporcionada su proyecto de vida, sus posibilidades de autocuidado y su salud integral.

92. En segundo lugar, la Corte también advierte una afectación desproporcionada de las labores de cuidado sobre la hija de la accionante, *Lina*. Como se expuso en los antecedentes de esta providencia, ella apoya las labores de cuidado en los tiempos en los que no se encuentra trabajando, esto es, durante las noches entre semana y los fines de semana. Incluso, según lo informó el agente oficioso en sede de revisión, trabaja también un sábado al mes¹⁵³. *Lina* cumple entonces una doble jornada que le impide tener tiempo para cuidarse, distraerse y descansar. Esto, según la historia clínica, la ha llevado a desarrollar un diagnóstico de depresión y ansiedad, con episodios de angustia y llanto asociados a preocupaciones por su futuro, por la salud de su madre, y por el estrés derivado de sus responsabilidades laborales.

93. Asimismo, *Lina* tuvo que suspender su proceso de psicoterapia por dificultades económicas, pues su sueldo es casi el único ingreso familia. Además de las preocupaciones económicas, la hija siente angustia constante por el deterioro físico y emocional de su padre, que percibe gravemente afectado por las labores de cuidado que le ha tocado asumir. En este escenario, es claro que las labores de cuidado han impactado de manera significativa su proyecto de vida y su derecho al autocuidado pues no solo es el sostén económico de su familia, sino que dedica el poco tiempo que tiene libre a apoyar a su padre en el cuidado de la accionante.

94. Como se expuso, *Luis* y su hija han tenido que asumir la totalidad de labores de cuidado de la accionante. Si bien cuentan con el apoyo económico y, en ocasiones, físico del hijo, son ellos quienes deben lidiar en el día a día con las múltiples labores que implica cuidar a una persona mayor con una discapacidad significativa, que la hace totalmente dependiente de sus cuidadores. Por la gravedad de diagnóstico y la cantidad de apoyos que la accionante requiere, la Sala considera que no existe una manera razonable de redistribuir las labores de cuidado entre los familiares, sin ello afecte de manera desproporcionada su proyecto de vida. En particular, exigir una mayor asunción de dichas labores por parte del señor *Luis* resultaría incompatible con su

153 Expediente digital, archivo "00. Respuesta *Luis - Gladys*.pdf", p. 7.



estado de salud y con los signos de sobrecarga del cuidador. De igual forma, trasladar una mayor carga de cuidado directo a *Lina* resulta imposible teniendo en cuenta sus horarios de trabajo, de los cuales depende el sostenimiento económico del hogar, e implicaría una profundización de las afectaciones existentes sobre su salud mental.

95. Además, muchas de las labores de cuidado de la accionante, como el baño o el traslado a citas médicas, requieren de la presencia simultánea de dos personas. Así, cuando *Lina* regresa de su jornada laboral, no puede relevar del todo a su padre en el cuidado de la actora, lo que dificulta la posibilidad de redistribuir dichas tareas. Esto impide que tanto ella como el agente oficioso puedan tener momentos de descanso o esparcimiento, pues no es viable que *Luis* se encargue del cuidado en la mañana y la tarde, y su hija *Lina* durante las noches.

96. Por otra parte, cabe resaltar que en el expediente no se observa una afectación desproporcionada de las cargas de cuidado sobre el hijo de la accionante. En ese sentido, su apoyo podría contribuir a aliviar las cargas de cuidado. Sin embargo, para la Sala, no resulta admisible exigirle que asuma dichas labores mediante un traslado permanente desde la ciudad de Bogotá a Cali. Esto, debido a que una exigencia de este tipo implicaría una afectación desproporcionada de su proyecto de vida personal, familiar y laboral, pues reside en Bogotá junto con su esposa y allí ha estructurado su vida afectiva y profesional. Debe reiterarse que el cuidado no puede convertirse en una responsabilidad que anule las diferentes esferas de la vida de los cuidadores.

97. Adicionalmente, *Sebastián* cuenta con un diagnóstico de “Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos” y recibe tratamiento médico para su situación de salud en Bogotá¹⁵⁴. Esta circunstancia refuerza la razonabilidad de no imponerle una carga mayor de cuidado presencial. En todo caso, en las pruebas se observa que *Sebastián* no se ha desentendido de las labores de cuidado de la accionante, en tanto contribuye al sostenimiento económico de sus padres y, además, apoya en el cuidado diario de su madre cuando viaja a Cali.

98. Por todo lo anterior, para esta Corporación es claro que la asunción directa de la totalidad de las labores de cuidado ha generado una carga desproporcionada sobre el núcleo familiar de la accionante. Esto, pues no existe una alternativa de redistribución dentro de la red de apoyo de *Gladys* que permita aliviar dicha carga sin sacrificar los derechos fundamentales de quienes integran su núcleo familiar.

¹⁵⁴ Expediente digital, archivo “00. Respuesta *Luis - Gladys*.pdf”, p. 8.



99. En suma, en el caso concreto se encuentra acreditada: (i) la necesidad evidente de cuidador para *Gladys*; (ii) la incapacidad económica de su núcleo familiar para contratar dicho servicio; y (iii) la afectación desproporcionada que las labores de cuidado han generado sobre su red de apoyo. Siendo así, y de conformidad con las reglas que definió la Sala Plena en la Sentencia SU-466 de 2025, procede el reconocimiento de un cuidador a favor de la accionante a cargo de la EPS Sanitas.

100. Sin embargo, el reconocimiento del servicio de cuidador que procede para la accionante es de carácter parcial. Ello obedece a que, como se explicó en las consideraciones de esta providencia, el derecho al cuidado se estructura a partir de los principios de corresponsabilidad y solidaridad familiar, en virtud de los cuales los integrantes del núcleo familiar son los primeros llamados a asumir las labores de cuidado de manera compartida. En este sentido, el Estado —y, en este caso, la EPS— no desplaza por completo el deber de solidaridad familiar, sino que debe concurrir para brindar apoyos institucionales cuando las exigencias del cuidado desbordan razonablemente la capacidad de la familia para asumirlas. En este caso, el hecho de que la familia de la accionante tenga que asumir *la totalidad* de las cargas de cuidado es lo que genera la afectación desproporcionada sobre su salud física y mental y sobre sus proyectos de vida. En esa medida, lo que se requiere es reducir y redistribuir esa carga; y ello se logra con la asignación de un cuidador de tiempo parcial, pues, en todo caso, sus familiares están en capacidad de ejercer labores de cuidado de forma parcial.

101. No obstante, la Sala reconoce que, por un lado, son la accionante y su familia quienes mejor conocen las rutinas y necesidades de la accionante, las labores que se requieren para su cuidado y los momentos y actividades en las que se requiere más apoyo, y, por el otro, la EPS tiene mayor claridad sobre las funciones y apoyos en las que podría asistir un cuidador. Por ello, no le corresponde a esta Sala definir el horario o las condiciones exactas en la que se deberá prestar el servicio. En consecuencia, se le ordenará a la EPS que, antes de iniciar la prestación del servicio de cuidador, se reúna con la accionante y su familia y realice una valoración interdisciplinaria e integral de la situación de salud de *Gladys* y de sus necesidades de cuidado para determinar, de manera conjunta, los horarios, la intensidad y las condiciones específicas del servicio que deberá prestar el cuidador externo. Dicho servicio, además de garantizar el cuidado de la accionante, también tiene el objetivo de aliviar en la mayor medida posible las cargas de cuidado existentes para su núcleo familiar. En particular, el servicio debe permitirle a *Lina* desarrollar su actividad laboral sin sobrecargas adicionales y que tanto ella como el agente oficioso puedan tener espacios para su cuidado personal, descanso y esparcimiento, sin que ello los releve de forma absoluta del cuidado que deben prestar a la agenciada —y que vienen



prestando de forma diligente y responsable— en virtud del principio de solidaridad familiar.

102. En todo caso, la intensidad del servicio de cuidador externo no podrá ser inferior a ocho (8) horas diarias. Para la Corte, esta intensidad constituye un mínimo razonable, en tanto permite que los cuidadores familiares de *Gladys* descansen, tengan momentos de esparcimiento, atiendan sus responsabilidades laborales y personales, y distribuyan de manera sostenible las labores de cuidado. No obstante, si tras reunirse con la familia y evaluar la situación, teniendo en cuenta los horarios y actividades en las que se requiere mayor apoyo, se determina que se requiere de un cuidador en un horario más extendido, la EPS lo deberá garantizar.

103. Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala precisa que, aunque esta orden le otorga a la EPS Sanitas un margen para definir, en conjunto con la accionante y su familia, las condiciones concretas del servicio de cuidador con base en la necesidad de la accionante y su familia, la entidad no podrá, bajo ninguna circunstancia, negar su reconocimiento o prestación. Asimismo, la EPS deberá adoptar sus decisiones con base en el bienestar integral de la accionante y la protección efectiva de su núcleo familiar.

104. Adicionalmente, si bien es cierto que la reducción y la redistribución de las cargas de cuidado en cabeza del señor *Luis* y de la hija de la accionante se garantiza mediante la asignación de un cuidador para la agenciada a cargo de la EPS Sanitas, la Corte considera necesario adoptar remedios adicionales encaminados a reducir las afectaciones que ha generado la sobrecarga de cuidado en cabeza de la familia y, de esta forma, garantizar que puedan cuidar a la accionante desde una posición que garantice y tenga en cuenta también su bienestar como cuidadores¹⁵⁵.

105. En primer lugar, para atender las posibles afectaciones en salud mental que puedan enfrentar los familiares de *Gladys* en su calidad de cuidadores, derivadas tanto de las labores de cuidado como de la situación de salud de la accionante, la Corte le ordenará a la EPS Sanitas que, si los integrantes del núcleo familiar así lo desean, realice una valoración psicológica individual de cada uno de ellos, con el fin de establecer la existencia de afectaciones asociadas a la sobrecarga de cuidado. De evidenciarse tales afectaciones, la entidad deberá garantizar el acceso oportuno a la atención y acompañamiento que corresponda. Lo anterior, en concordancia con las consideraciones desarrolladas en esta providencia sobre los impactos en salud mental derivados de las cargas intensas y prolongadas de cuidado, y los indicios del *síndrome de cuidador quemado* que obran en el expediente sobre el agente oficioso y la hija de la accionante.

155 La Sala Plena de esta Corporación adoptó medidas similares en la Sentencia SU-466 de 2025 a favor de la cuidadora del agenciado, en el marco del expediente T-10.917.453.



106. Asimismo, la Sala advierte la diligencia y la solidaridad del núcleo familiar de *Gladys* en su cuidado. En todo caso, en atención a la progresiva profesionalización del servicio de cuidador que ha reconocido esta Corporación, la Corte le ordenará a la EPS Sanitas que, si la familia así lo desea, dentro del término de un (1) mes, diseñe y ejecute un plan de capacitación dirigido al núcleo familiar, orientado a fortalecer sus capacidades para el ejercicio de las labores de cuidado.

107. Por último, con el propósito de facilitar que el agente oficioso cuente con espacios de apoyo y esparcimiento, especialmente en aquellos momentos en los que el cuidado de su esposa se encuentre cubierto por el servicio de cuidador otorgado por la EPS o por los otros miembros de su núcleo familiar, esta Corporación le ordenará a la Gobernación del Valle del Cauca y a la Alcaldía de Cali que le remitan a *Luis* la información completa y actualizada sobre los cuatro centros vida-día¹⁵⁶ de carácter público con los que cuenta la ciudad de Cali, incluyendo los requisitos de acceso y los servicios que se ofrecen. Adicionalmente dicha entidad deberá brindarle orientación y asesoría sobre los servicios y programas institucionales a los que puede acceder en su calidad de cuidador.

108. Adicionalmente, si bien la autoridad judicial de primera instancia no conocía los criterios unificados fijados en la Sentencia SU-466 de 2025, lo cierto es que, incluso con anterioridad a dicho pronunciamiento, la jurisprudencia constitucional ya había desarrollado reglas sobre la procedencia del servicio de cuidador. En el caso concreto, resultaban evidentes los diagnósticos de la agenciada y su dependencia funcional absoluta, aun sin la existencia de una orden médica que prescribiera el servicio de cuidador. Asimismo, estaba acreditada la situación de su núcleo familiar: un esposo que no cuenta con ingresos propios, una hija cuyo ingreso apenas cubre los gastos del hogar, y una distribución de labores que ha generado impactos significativos en el bienestar y las posibilidades de autocuidado de sus integrantes. A ello se suman las conclusiones del equipo de trabajo social, que daban cuenta de la sobrecarga familiar. Estas circunstancias, debidamente acreditadas en el expediente, ameritaban una valoración diligente e integral por parte del Juzgado 031 Civil Municipal de Cali, que contaba con la facultad de decretar pruebas de oficio para esclarecer las condiciones particulares del caso y adoptar medidas orientadas a la protección efectiva de los derechos invocados.

109. Por esta razón, la Corte estima necesario exhortar a los jueces de tutela para que, en los

¹⁵⁶ Los centros vida-día son espacios orientados a brindar una atención integral a los adultos mayores, durante el día, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su bienestar (ver: <https://www.valledelcauca.gov.co/development/publicaciones/38815/centros-vida-daa-un-lugar-ideal-para-nuestros-adultos-mayores/>).



asuntos relacionados con el derecho fundamental al cuidado, tengan en cuenta las reglas establecidas por la jurisprudencia de esta Corporación y ejerzan de manera activa sus facultades probatorias y de dirección del proceso con el fin de garantizar su protección efectiva.

110. Ahora bien, en el siguiente acápite, la Sala se pronunciará sobre las pretensiones relacionadas con el servicio de enfermería y la atención integral. Cabe aclarar que, en la acción de tutela, el agente oficioso solicitó el servicio de “cuidador domiciliario o auxiliar de enfermería” a favor de su esposa. Es decir, formuló sus pretensiones en términos alternativos y no acumulativos. No obstante, atendiendo al estado de salud de la accionante que se encuentra acreditado en el expediente, la Corte considera necesario estudiar, además de la procedencia del cuidador y teniendo en cuenta que se trata de servicios con finalidades distintas, la solicitud relacionada con el servicio de enfermería.

4. Sobre el servicio de enfermería y la atención integral en el caso concreto

111. En las pretensiones de la acción de tutela, el agente oficioso también solicitó la provisión del servicio de enfermería domiciliaria por parte de la EPS Sanitas, así como el reconocimiento de tratamiento integral para su esposa. En consecuencia, verificada la procedencia del servicio de cuidador, la Corte procederá a analizar si, en el caso concreto, resulta procedente acceder a estas solicitudes.

112. En primer lugar, en relación con la solicitud de enfermería, la Sala no evidencia que se configuren los supuestos que habilitan la adopción de una orden directa en ese sentido, en la medida en que en el expediente no se acredita: (i) la existencia de una orden emitida por los médicos tratantes de la accionante que prescriba dicho servicio; ni (ii) que las actividades para las cuales se requiere el servicio se encuentren orientadas al tratamiento del diagnóstico de *Gladys*, más allá del apoyo en cuidados básicos o labores diarias de vigilancia. Además, la Corte constata que, en el derecho de petición que presentó el agente oficioso ante la EPS con anterioridad a la acción de tutela, únicamente solicitó el servicio de cuidador para su esposa y no el servicio de enfermería.

113. No obstante, dado que el agente oficioso solicitó este servicio en la acción de tutela y teniendo en cuenta el estado de salud de la actora y la protección reforzada de la que es sujeto, esta Corporación estima procedente amparar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico. En virtud de ello, le ordenará a la EPS Sanitas que realice una valoración integral de la situación de la accionante, con el fin de determinar si, además del servicio parcial de cuidado domiciliario, se requiere también del servicio de enfermería.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



114. Ahora, en cuanto a la solicitud de tratamiento integral, cabe resaltar que, en sede de revisión, el agente oficioso manifestó haber presentado 16 quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud entre julio de 2024 y noviembre de 2025. Según lo explicó *Luis*, dichas quejas se relacionaron con incumplimientos y demoras en la entrega de medicamentos y pañales, así como en la autorización y asignación de citas médicas. A partir de ello, la Corte advierte que hay indicios de una actuación negligente por parte de la EPS accionada, por haber incurrido en conductas dilatorias, haber impuesto barreras administrativas para otorgar los servicios de salud que le prescribieron a la demandante y haber programado los servicios por fuera de un término razonable. Esta circunstancia adquiere especial relevancia teniendo en cuenta que la accionante es un sujeto de especial protección constitucional.

115. Pese a ello, dado que en la historia clínica que obra en el expediente y en las demás pruebas recaudadas no se identifican órdenes médicas pendientes de trámite, autorización o prestación, la Corte no puede ordenar de manera directa el reconocimiento de tratamiento integral, pues el juez constitucional no está habilitado para pronunciarse sobre necesidades futuras o inciertas respecto del estado de salud de la accionante. Sin perjuicio de lo anterior, en atención a la delicada situación clínica de la actora y los indicios de una actuación negligente por parte de la EPS accionada, se dispondrá que la entidad realice una valoración integral de su situación para determinar la procedencia de la solicitud de tratamiento integral, en caso de que este no haya sido otorgado previamente, como manifestación del amparo del derecho fundamental a la salud en su faceta de diagnóstico.

116. En consecuencia, la Sala amparará el derecho fundamental a la salud de la accionante en su faceta de diagnóstico, en relación con las solicitudes de enfermería y de tratamiento integral. En ese sentido, la Corte le ordenará a la EPS Sanitas que realice una valoración interdisciplinaria e integral de la situación de salud de *Gladys*, con la finalidad de: (i) establecer si requiere el servicio de enfermería; y (ii) evaluar la necesidad de otorgarle la atención integral en salud, si no lo ha hecho aún. En caso de que la evaluación determine la necesidad de otorgarle a la accionante el servicio de enfermería y/o tratamiento integral, la EPS deberá garantizar su prestación y adelantar las gestiones que sean necesarias para ello. Sobre este punto, la Corte le advierte a la entidad que la decisión de no otorgarle dichas prestaciones a la demandante deberá estar suficientemente motivada en razones técnicas y científicas.

117. A manera de recuento y teniendo en cuenta lo expuesto en los capítulos anteriores, la Corte le ordenará directamente a la EPS Sanitas el reconocimiento y la garantía del servicio de cuidador en la modalidad parcial a favor de *Gladys*, con un mínimo de ocho (8) horas diarias. La

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



valoración que adelante la EPS tendrá como único propósito definir, teniendo en cuenta las necesidades de la accionante y su familia, los horarios y actividades en los que la prestación del cuidado externo represente un mayor alivio de las cargas que asume actualmente la familia de la actora. Además, en dicha valoración, la entidad podrá determinar que, en atención a la situación de salud de *Gladys* y las cargas de cuidado que esta supone para su familia, resulta procedente una intensidad horaria mayor.

118. De otra parte, en cuanto al tratamiento integral y el servicio de enfermería, esta Corporación reconoce su procedencia en la faceta de diagnóstico. En consecuencia, su prestación quedará supeditada a la valoración posterior que realice la EPS Sanitas, en cumplimiento de las órdenes proferidas por este Tribunal.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Primera de Revisión, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

Primero. REVOCAR el fallo de tutela proferido en primera instancia por el Juzgado 031 Civil Municipal de Cali. En su lugar, **AMPARAR** los derechos a la vida, la integridad física y el cuidado de *Gladys*, así como su derecho a la salud en la faceta de diagnóstico.

Segundo. ORDENAR a la EPS Sanitas que, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, se reúna con la accionante y su familia y realice una valoración interdisciplinaria e integral de la situación de salud de *Gladys* y de sus necesidades de cuidado. Tanto la reunión como la valoración tendrán como objetivo determinar conjuntamente y de acuerdo con las necesidades de la accionante y su familia, los horarios, la intensidad y las condiciones específicas del servicio que deberá prestar el cuidador externo, con el objetivo de aliviar en la mayor medida posible las cargas de cuidado existentes para el núcleo familiar de la actora y garantizar su cuidado integral. En particular, el servicio debe permitirle a *Lina* desarrollar su actividad laboral sin sobrecargas adicionales y que tanto ella como el agente oficioso puedan tener espacios de descanso y esparcimiento.

En esa reunión, la EPS Sanitas también deberá brindar a los integrantes del núcleo familiar de *Gladys* la posibilidad de manifestar si desean que la entidad realice una valoración psicológica individual de cada uno de ellos, con el fin de establecer la existencia de afectaciones asociadas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



a la sobrecarga de cuidado. En caso afirmativo, la entidad deberá realizar dicha valoración dentro de los ocho (8) días siguientes y, en caso de que evidencie afectaciones asociadas a la sobrecarga de cuidado, deberá garantizar el acceso oportuno a la atención y el acompañamiento correspondientes.

Tercero. ORDENAR a la EPS Sanitas que, dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de esta providencia y teniendo en cuenta el resultado de la reunión con la familia y la valoración realizada en virtud del numeral segundo de la parte resolutive de esta providencia, reconozca y garantice el servicio de cuidador en la modalidad parcial a favor de *Gladys*. La intensidad del servicio de cuidador externo no podrá ser inferior a ocho (8) horas diarias.

Cuarto. ORDENAR a la EPS Sanitas que, si así lo desea la familia de la accionante, en el término de un (1) mes a partir de la notificación de esta providencia, diseñe y ejecute un plan de capacitación dirigido al núcleo familiar, orientado a fortalecer sus capacidades para el ejercicio de las labores de cuidado.

Quinto. ORDENAR a la EPS Sanitas que, en el término de cinco (5) días a partir de la notificación de esta providencia, realice una valoración integral de la situación de salud de *Gladys*, con la finalidad de: (i) establecer si, además del servicio de cuidador, requiere el servicio de enfermería; y (ii) evaluar la necesidad de otorgarle la atención integral en salud, si no lo ha hecho aún. En caso de que la evaluación determine la necesidad de otorgarle a la accionante el servicio de enfermería y/o tratamiento integral, la EPS deberá garantizar su prestación y adelantar las gestiones que sean necesarias para ello. Además, **ADVERTIR** a la EPS accionada que la decisión de no otorgarle dichas prestaciones a la demandante deberá estar suficientemente motivada en razones técnicas y científicas.

Sexto. ORDENAR a la Gobernación del Valle del Cauca y a la Alcaldía de Cali que le remitan a *Luis* la información completa y actualizada sobre los cuatro centros vida-día de carácter público con los que cuenta la ciudad de Cali, incluyendo los requisitos de acceso y los servicios que se ofrecen. Adicionalmente, la entidad deberá brindarle orientación y asesoría al señor *Luis* sobre los servicios y programas institucionales a los que puede acceder en su calidad de cuidador.

Séptimo. EXHORTAR a los jueces de tutela para que, en los asuntos relacionados con el derecho fundamental al cuidado, tengan en cuenta las reglas establecidas por la jurisprudencia de esta Corporación y ejerzan de manera activa sus facultades probatorias y de dirección del proceso con el fin de garantizar su goce efectivo.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Octavo. ADVERTIR a la EPS Sanitas que, en lo sucesivo, para resolver las solicitudes de cuidador, deberá tener en cuenta las reglas establecidas por la jurisprudencia constitucional.

Noveno. DESVINCULAR del trámite a la Clínica de Occidente y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Décimo. Por Secretaría General de la Corte Constitucional, **LÍBRESE** la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.



2.NORMATIVA



2.1.RESOLUCIONES



2.1.1. Resolución 1057 de 2026

Por medio de la cual se realiza una asignación y distribución especial de vacunas Moderna (ARNm Variante LP.8.1) contra la COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, especialmente de las conferidas por el numeral 42.13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2011, el artículo 4 de la Resolución 1627 de 2021 modificado por la Resolución 1805 de 2021 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, debiendo garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiéndole además el organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que, en el numeral 2 de la cláusula segunda del Convenio de Cooperación 275 de 2011, celebrado entre Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere. *“Las vacunas, jeringas y demás insumos asociados deberán contar, preferiblemente, con registro sanitario vigente otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En caso de que dichos insumos no dispongan de este registro, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá aceptarlos, siempre que se encuentren debidamente registrados ante la autoridad sanitaria competente equivalente en el país de fabricación o de origen”.*

Que el artículo 2o de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, reconoce que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Así mismo, determina que este comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, e igualmente, que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Que, el Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404, 466, 630, 744 y 1671 de 2021 y el Decreto 416 de 2022, adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID - 19, en el que se establecieron las fases y las etapas para la aplicación de la mencionada vacuna, así como la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



población que se prioriza en cada una de ellas.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 4o de la Resolución 1627 de 2021, modificado por la Resolución 1805 de 2021, puede realizar la distribución y asignación especial de vacunas a las entidades territoriales (ET) que las requieran, para atender estrategias poblacionales como vacunación a población indígena, jornada extramural en zonas de alta ruralidad u otra particularidad, previa evaluación de: i) velocidad del avance de la vacunación, ii) saldos de vacunas contra la COVID-19 disponibles en el territorio y iii) justificación de la necesidad, para lo cual, la entidad territorial remitirá a la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención, solicitud en la que se justifique la necesidad de una asignación especial, especificando las estrategias, población objeto y el tiempo requerido para la aplicación de las vacunas solicitadas.

Que, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1 y 3 de la Resolución 1141 de 2022, se ha definido la metodología para establecer la reserva estratégica de vacunas contra el COVID-19 en el Ministerio de Salud y Protección Social, para asegurar la disponibilidad de este biológico en cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación establecido en el Decreto 109 de 2021; así mismo, las entidades territoriales tienen la obligación de asegurar que las IPS vacunadoras de su jurisdicción, dispongan de las vacunas necesarias contra el COVID-19, garantizando así el acceso de la población a la vacunación.

Que, en los anexos 1 y 2 de la Resolución 986 de 2023, modificados por la Resolución 118 de 2026 se definen los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19 en el territorio nacional, así como el documento de consentimiento informado para la aplicación de la vacuna.

Que, el Grupo Técnico Asesor sobre la composición de la vacuna COVID-19, de la QMS -TAG-CO-VAC, por sus siglas en inglés, en declaración del 15 de mayo de 2025, consideró la vacuna monovalente LP.8.1 como un antígeno adecuado. La actualización de la composición antigénica de las vacunas contra Covid-19, es crucial para mejorar las respuestas inmunitarias frente a las variantes circulantes, los estudios no clínicos han demostrado que las vacunas disponibles mRNA y proteicas, adaptada a LP.8.1, producen respuestas neutralizantes adecuadas y mejoradas contra las variantes actualmente dominantes y emergentes, en comparación con las vacunas adaptadas a KP.2 y JN.1

Que, en consonancia, el grupo de trabajo de Emergencia de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), ha recomendado actualizar las vacunas contra la COVID-19, para dirigirse a la variante LP.8.1, con el fin de aplicarse en la campaña de vacunación 2025/2026. La EMA ha indicado que LP.8.1 ha superado a JN.1, como la variante más circulante a nivel mundial y que,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



el objetivo de esta actualización es mantener la efectividad de las vacunas a medida que el virus evoluciona. Por su parte, la Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), el 26 de junio de 2025, también recomendó una fórmula de vacuna monovalente del linaje JN.1, para el uso en Estados Unidos a partir del otoño de 2025, con una preferencia por la subvariante LP.8.1.

Que, el SARS-CoV-2 continuó evolucionando, y entre enero y mayo de 2025, se produjeron cambios en la dinámica global de las variantes del SARS-CoV-2. A principios de 2025, la variante más prevalente rastreada por la QMS a nivel mundial fue la XEC, seguida de la KP.3.1.1. En febrero de 2025, la circulación de la variante XEC comenzó a disminuir, mientras que la de la variante LP.8.1 aumentó, convirtiéndose esta última en la variante más detectada a mediados de marzo de 2025, a medida que aumenta la detección de la NB. 1.8.1.

Que, los países de la Región de África, la Región de Europa y la Región de las Américas informan actualmente de bajos niveles de actividad del SARS-CoV-2, con un porcentaje de positividad en centros de vigilancia virológica centinela o sistemática que oscila entre el 2 % y el 3 %. Sin embargo, algunas zonas, en particular las subregiones del Caribe y la Región Andina de la Región de las Américas, mostraron tendencias crecientes de positividad en las pruebas de detección del SARS-CoV-2 al 11 de mayo de 2025. Los datos de monitoreo de aguas residuales disponibles públicamente de los países de la Región de Europa y la subregión de América del Norte siguen siendo bajos y, por el momento, no indican una tendencia al alza en la actividad del SARS-CoV-2 al 11 de mayo de 2025.

Que, la Coordinadora del Grupo de Gestión de Almacén e Inventarios de este Ministerio, a través de memorando con radicado No. 2026411000167553 del 8 de abril del 2026, certificó la existencia en la bodega del Almacén General del Ministerio de Salud y Protección Social, de 30.000 dosis del biológico de la vacuna contra la COVID-19 de laboratorio Moderna (ARNm Variante LP.8.1), del Lote 3058112, con fecha de vencimiento 31/10/2026.

Que, según datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el 2026 con corte al 28 de marzo, de acuerdo con el Boletín Epidemiológico Semanal (BES) 12, se han notificado un total de 475 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En el mes de marzo de 2026, se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100.000 habitantes, con afectación en veintidós (22) entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en cuarenta y ocho (48) municipios; a la fecha se han notificado tres (3) fallecimientos asociados a COVID-19 con procedencia nacional.

Que, treinta y ocho (38) entidades territoriales del orden departamental y distrital, en cumplimiento de la precitada resolución, solicitaron a este Ministerio la asignación especial de vacunas contra

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



la COVID-19, en el marco del desarrollo de estrategias poblacionales, que permitan continuar el cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación, en el sentido de garantizar la disponibilidad de biológico para población priorizada para dosis adicional, así:

No	Entidad territorial	No. Radicado MSPS	Dosis de 0.25 ml de Moderna LP.8.1 solicitadas
1	Amazonas	202642400749532	300
2	Antioquia	202642400749652	6.840
3	Arauca	202642400676342	360
4	Atlántico	2026423000882232	1.440
5	Barranquilla	202642400750492	1.440
6	Bogotá, D.C.	2026423000884102	8.340
7	Bolívar	202642400681912	1.080
8	Boyacá	202642400682152	1.080
9	Buenaventura	2026423000884152	720
10	Caldas	2026423000884182	2.880
11	Cali	2026423000884222	1.000
12	Caquetá	2026423000884282	1.000
13	Cartagena	2026423000884302	1.080
14	Casanare	2026423000884332	360
15	Cauca	202642400683942	3.240
16	Cesar	2026423000884372	1.080
17	Chocó	2026423000884392	1.440
18	Córdoba	2026423000884472	4.680

No	Entidad territorial	No. Radicado MSPS	Dosis de 0.25 ml de Moderna LP.8.1 solicitadas
19	Cundinamarca	2026423000884502	3.240
20	Guainía	2026423000884662	360
21	Guaviare	2026423000884692	360
22	Huila	2026423000884752	1.080
23	La Guajira	2026423000884822	720
24	Magdalena	2026423000884862	720
25	Meta	2026423000884872	800
26	Nariño	2026423000884972	1.440
27	Norte de Santander	2026423000884982	1.440
28	Putumayo	2026423000885002	1.080
29	Quindío	2026423000885032	1.800
30	Risaralda	2026423000885102	1.080
31	San Andrés	2026423000885142	120
32	Santa Marta	2026423000884112	360
33	Santander	2026423000884142	2.160
34	Sucre	2026423000879172	620
35	Tolima	2026423000879232	1.440
36	Valle del Cauca	2026423000879292	2.040
37	Vaupés	2026423000891372	360
38	Vichada	2026423000891452	360
Total Solicitadas			59.940

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social recibió 30.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 del Laboratorio Moderna (ARNm, variante LP.8.1), en presentación de viales multidosis de 2,5

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



ml, equivalentes a 5 dosis de 0,5 ml. Para la vacunación pediátrica, la dosis a administrar corresponde a 0,25 ml, lo que equivale a 60.000 dosis de 0,25 ml. Este biológico será priorizado para la población pediátrica entre los 6 meses y los 11 años, también indicada para talento humano en salud, personas con comorbilidades y población mayor de 60 años, a quienes se administra una dosis adicional de 0,5ml, precisando que esta vacuna no se debe administrar en población gestante.

Que, ante las solicitudes presentadas, la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención, encontró que, los niños de 6 meses a 4 años son un grupo priorizado que requiere esquema de dos dosis de 0,25 ml cada una cuando se vacunan por primera vez y, los niños de 5 a 11 años que demanden la vacuna se debe aplicar una dosis adicional de 0,25 ml de la vacuna contra la COVID -19 (ARNm Variante LP.8.1), por lo que además de estas circunstancias, así como los saldos de vacunas señalados por cada entidad territorial, la necesidad justificada y conforme a las existencias del biológico se procederá a la asignación.

Que, en virtud de lo anterior, es preciso asignar y distribuir de forma especial la vacuna contra la COVID-19 del Laboratorio Moderna (ARNm Variante LP.8.1), a las treinta y ocho (38) entidades territoriales del orden departamental y distrital del país, atendiendo su solicitud y teniendo en cuenta las cantidades por vial y los empaques secundarios completos, para garantizar la disponibilidad de dicho biológico en esos territorios.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Asignación Especial de vacunas contra la COVID-19. Asignar y distribuir 30.000 dosis de 0.5 ml, de vacunas contra la COVID-19 del laboratorio Moderna (ARNm Variante LP.8.1), equivalentes a 60.000 dosis de 0.25 ml a las siguientes entidades territoriales, así:



Entidad territorial	Dosis de 0.25 ml de Moderna LP.8.1
Amazonas	300
Antioquia	6.900
Arauca	400
Atlántico	1.500
Barranquilla	1.500
Bogotá, D.C.	8.300
Bolívar	1.000
Boyacá	1.200
Buenaventura	700
Caldas	2.900
Cali	1.000
Caquetá	1.000
Cartagena	1.000
Casanare	400
Cauca	3.200
Cesar	1.000
Chocó	1.400
Córdoba	4.700
Cundinamarca	3.200
Guainía	400
Guaviare	400
Huila	1.100
La Guajira	700
Magdalena	700
Meta	800
Nariño	1.400
Norte de Santander	1.400
Putumayo	1.100
Quindío	1.800
Risaralda	1.100
San Andrés	100
Santa Marta	400
Santander	2.100
Sucre	700



Entidad territorial	Dosis de 0.25 ml de Moderna LP.8.1
Tolima	1.400
Valle del Cauca	2.000
Vaupés	400
Vichada	400
Total	60.000

Parágrafo 1: La asignación se hará en presentación de viales de 2.5 ml, lo que equivale a 10 dosis de 0.25 ml.

Parágrafo 2: La entidad territorial deberá atender las siguientes indicaciones, para la aplicación de las dosis asignadas:

- 1.1. Inmunizar a los niños de 6 meses a 4 años con dos dosis de 0,25 ml, cada una con un intervalo de 28 días cuando se vacunan por primera vez, y a los niños de 5 a 11 años, que demanden una dosis adicional de 0,25 ml.
- 1.2. Generar estrategias para optimizar el biológico de tal manera que se garantice y priorice la aplicación de Moderna LP.8.1 a los niños de 6 meses a 11 años, sin embargo, para optimizar el uso de este biológico, una vez abierto el vial, teniendo en cuenta su vida útil, las dosis restantes se pueden utilizar en población mayor de 12 años una dosis adicional de 0,5 ml, excepto la población gestante a la cual no se le puede administrar la vacuna de Moderna (ARNm Variante LP.8.1).
- 1.3. Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y aliados estratégicos para la aplicación de este biológico a los niños de 6 meses a 11 años.
- 1.4. La vacuna Moderna (ARNm Variante LP.8.1), se recibirá congelada dentro del rango de temperatura entre -50°C y -15°C, en el Almacén General del Ministerio de Salud y Protección, esta, se puede conservar entre -50°C y -15°C, hasta su fecha de vencimiento registrada en cada vial y empaque secundario.
- 1.5. El Ministerio de Salud y Protección Social, enviara la vacuna en estado de congelación

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- entre -50°C y -15°C a todas y cada una de las 38 entidades territoriales departamentales y distritales, para ser almacenada en congeladores convencionales ajustados a -20°C.
- 1.6. En las entidades territoriales que no cuenten con ultra congeladores, la vacuna se enviará cada 2 meses para su distribución a municipios e IPS.
 - 1.7. Se deberá monitorear la temperatura máxima, mínima y actual dos veces al día, todos los días mientras este almacenada en congelación, tal como aparece en los lineamientos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). A partir de este eslabón de la cadena se entregará en descongelación a los municipios e IPS según sea el caso, para una vida útil posterior de 60 días, calendario sin superar la fecha de vencimiento.
 - 1.8. Los viales sin abrir de la vacuna Moderna (ARNm Variante LP.8.1), descongelados se pueden conservar al interior del refrigerador entre 2°C y 8°C hasta por 60 días. Conservándose la vacuna en su empaque original.
 - 1.9. Después de la primera punción y conservando el vial entre 2°C y 8°C, se debe descartar al cabo de 24 horas.

Artículo 2. Cumplimiento para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19. Las entidades territoriales, deberán dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Resolución 986 de 2023, modificada por la Resolución 118 de 2026, sin perjuicio de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 1° de esta resolución.

Artículo 3. Comunicación. Comuníquese el contenido de la presente resolución a las entidades territoriales de que trata el presente acto administrativo, a través de la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención.

Artículo 4. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



2.1.2. Resolución 1058 de 2026

Por la cual se adopta e implementa la Política Nacional de Calidad en Salud 2026 - 2035
"Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el artículo 154 literal b) y el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; los artículos 107 y 108 de la Ley 1438 de 2011; los artículos 5, 8 y 20 de la Ley 1751 de 2015; el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia, en sus artículos 48 y 49, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio bajo la dirección, coordinación y control del Estado, a quien corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, así como ejercer su vigilancia y control, garantizando su prestación conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que la Ley 9 de 1979, establece el marco general de las condiciones sanitarias en el país y regula aspectos relacionados con la protección de la salud pública, incluyendo disposiciones sobre vigilancia sanitaria, control de riesgos y funcionamiento de establecimientos. En particular, su Título XI desarrolla disposiciones en materia de vigilancia y control sanitario, constituyéndose en uno de los referentes normativos iniciales sobre los cuales se estructuraron posteriormente los sistemas de regulación y garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.

Que la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el propósito de garantizar a todos los habitantes el acceso a los servicios de salud y en el numeral 8 del artículo 153 consagra la calidad como uno de los principios fundamentales del servicio público de salud. En el artículo 227 dispone la implementación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el cual incluye, entre otros mecanismos, la auditoría médica de carácter obligatorio en las Entidades Promotoras de Salud, con el fin de asegurar condiciones adecuadas de calidad en la prestación de los servicios.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que la Ley 715 de 2001, por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de competencias y recursos entre la Nación y las entidades territoriales, en concordancia con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia, establece en su artículo 42 las competencias asignadas a la Nación en materia de salud, y en particular, el numeral 42.1 señala como función *"formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación"*.

Que la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social de Salud para fortalecer el enfoque preventivo, la atención primaria en salud, y estableció mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad y la obligación de implementar estrategias que optimicen los resultados en salud. A su vez, el artículo 2 de la precitada Ley dispuso sobre la orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la generación de condiciones para la protección de la salud, señalando el bienestar de la población como eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, con la concurrencia de las acciones de salud pública, promoción, prevención y otras prestaciones, en el contexto de la atención primaria en salud.

Que, los artículos 12 y 13 de la Ley 1438 de 2011, definen la Atención Primaria en Salud (APS) como el eje estructurante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y dispone que su implementación debe orientarse por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

Que, en desarrollo de dichos principios, la APS se concibe con un enfoque territorial, orientado a reconocer las particularidades sociales, culturales, geográficas y ambientales de las comunidades, promover la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, fortalecer la cultura del autocuidado, y garantizar una atención integral, integrada y continua, con participación activa de las personas, familias y comunidades en la gestión del cuidado y la toma de decisiones sobre la salud en los territorios.

Que en el artículo 107 de dicha Ley se ordenó formular un plan nacional de mejoramiento de calidad, con orientación a la obtención de resultados que puedan ser evaluados y, en el artículo 111 se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, que debe incluir indicadores de calidad en la atención, calidad técnica y satisfacción del usuario.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que la Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014 establece que, la organización en redes de servicios incide directamente en la garantía de la eficacia y acceso a los servicios de salud que permiten materializar el derecho fundamental a la salud y precisó la diferencia de "redes integrales" y "redes integradas". Según la Corte, las redes integrales son aquellas que cuentan, en su estructura, con instituciones y tecnologías en cada una de las especialidades, con el fin de garantizar una cobertura global frente a las distintas contingencias en materia de salud.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, dispuso en sus artículos 5 y 7 la responsabilidad del Estado de formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, y que con base en los resultados de dicha evaluación se deberían diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

Que además el artículo 9 de la Ley en cita se refiere a los determinantes sociales de salud y establece que corresponde al Estado formular e implementar políticas públicas encaminadas a disminuir las desigualdades relacionadas con los determinantes sociales de la salud que afectan el goce efectivo de este derecho, así como a fomentar la mejora de las condiciones de salud, la prevención de la enfermedad y el incremento de la calidad de vida, con un enfoque prioritario en la consecución de la equidad en salud.

Que los artículos 8, 12, 15, 19 y 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirman la responsabilidad del Estado en la dirección, organización y regulación del Sistema de Salud, en el marco del derecho fundamental a la salud, la atención integral, oportuna y de calidad, la articulación intersectorial, que, junto con la participación ciudadana y el manejo de la información en salud de manera veraz, oportuna, pertinente y transparente, son los componentes de la Atención Primaria en Salud establecidos en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011.

Que el numeral 3 del artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 establece que la calidad en salud corresponde a la provisión de servicios a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, mediante un nivel profesional óptimo y considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos y, en el numeral 8 de este mismo artículo define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.



Que el artículo 2.5.1.2.1 del precitado Decreto determina como características del SOGCS la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, y el artículo 2.5.1.2.2 define sus componentes, siendo éstos el Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC).

Que la calidad de la atención en salud constituye un componente esencial del derecho fundamental a la salud y se relaciona directamente con la dignidad humana y la vida, como lo ha establecido la Corte Constitucional en su jurisprudencia, en sentencias como la T-760 de 200(sic) y, la C-313 de 2014, en las cuales hace referencia a la garantía del derecho a la salud, que se hace efectivo con el acceso a servicios oportunos, seguros y de calidad.

Que la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2008, definió la salud como un derecho fundamental autónomo y ordenó un conjunto de medidas estructurales dirigidas al Estado para superar las barreras de acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud, sin necesidad de invocar conexidad con los derechos a la vida o la integridad personal. Asimismo, precisó que la efectividad del derecho fundamental a la salud exige garantizar la calidad en la atención, entendida en términos de oportunidad, accesibilidad, integralidad, continuidad y cobertura, componentes que integran el núcleo esencial del derecho.

Que el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) No. 3446 de 2006 introdujo los "*Lineamientos para una política nacional de calidad*" y puntualizó que el sector salud cuenta con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) señalando que éste busca proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.

Que la Organización de las Naciones Unidas, a través de la "*Declaración política sobre la Cobertura Sanitaria Universal*" adoptada mediante la Resolución A/RES/74/2 de la Asamblea General, del 10 de octubre de 2019, reafirmó el compromiso de los Estados de garantizar servicios esenciales de salud con calidad y equidad, orientados a resultados efectivos, seguros, centrados en las personas y culturalmente pertinentes.

Que, el numeral 1 del catalizador B del documento "*Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia potencia mundial de la vida*", que hace parte integral de la Ley 2294 de 2023, establece el compromiso del Estado colombiano con el fortalecimiento del sistema de salud a efectos de que sea garantista y universal basado un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, con enfoque territorial, que reconozca las particularidades culturales, geográficas y socioeconómicas del país, lo cual exige la conformación de las redes integrales e integradas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



territoriales de salud, en las que participen prestadores públicos, privados y mixtos con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones.

Que el artículo 3 de la Resolución 2696 de 2024 define los atributos de calidad para los prestadores de servicios de atención primaria en salud, integrando la sustentabilidad ambiental como un criterio fundamental junto a la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y coordinación.

Que la Organización Mundial de la Salud, en la ficha informativa "*Servicios de salud de calidad*", publicada el 19 de mayo de 2025, ha señalado que los países miembros deben desarrollar e implementar políticas nacionales orientadas a mejorar la calidad de la atención, como base para alcanzar la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Que el Decreto 351 de 2025 adiciona la Parte 13 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, con el objeto de reglamentar el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), en desarrollo de los postulados de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Que dicho Plan tiene como finalidad garantizar el acceso efectivo, el trato digno, la continuidad y la calidad en la atención integral en salud de las poblaciones ubicadas en zonas rurales y rurales dispersas, a través de la adopción de acciones afirmativas orientadas a superar las barreras geográficas, administrativas, culturales y económicas que históricamente han limitado la prestación de servicios de salud en estos territorios.

Que, en el marco del citado Decreto, se establece la línea estratégica de la "*Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales*", la cual establece que la prestación de servicios de salud en contextos rurales deberá observar los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, promoviendo la adaptación de los estándares de calidad a las particularidades territoriales, con el propósito de reducir inequidades y asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional.

Que, de conformidad con la Resolución 1444 de 2025, por la cual se adoptó la Política Pública del Talento Humano en Salud, se reconoce que la idoneidad, el bienestar y la formación continua del personal de salud constituyen pilares fundamentales para garantizar la calidad, la seguridad y la humanización de la atención en salud.

Que el numeral 9.3 del artículo 9 de la Resolución 1597 de 2025 estableció disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública, incluida la gestión del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), fortaleciendo la articulación entre la salud pública, la atención primaria y los procesos de calidad en los territorios; en virtud de lo cual se establece como finalidad el cuidado

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



integral de la salud, entendido como un proceso continuo que integra la promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos, articulado dentro de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.

Que, de acuerdo con el diagnóstico situacional y sectorial elaborado para sustentar la formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud, revela que, a pesar de los avances significativos en el aseguramiento y acceso en Colombia, persisten desafíos en la calidad de la atención en salud. Estos incluyen barreras de acceso como largos tiempos de espera, falta de continuidad y coordinación en los procesos de atención, e inequidades territoriales en la disponibilidad y calidad de los servicios, lo cual afecta directamente el goce efectivo del derecho a la salud.

Que, en virtud de lo anteriormente señalado, se hace necesario adoptar e implementar la Política Nacional de Calidad en Salud 2026-2035 "Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable", como instrumento de política pública orientado a consolidar la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social en materia de calidad, garantizar la coherencia con las políticas de salud pública, y propender por la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios seguros, efectivos y centrados en las personas, las familias y las comunidades.

Que los fundamentos conceptuales, ejes estratégicos, plan de acción y mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de la referida Política se encuentran desarrollados en el anexo técnico que forma parte integral de la presente Resolución, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene como objeto adoptar e implementar la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) 2026-2035 "Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable", la cual se encuentra desarrollada en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo y, que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo aplican a los actores que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, en el marco de sus competencias y responsabilidades dentro del sistema.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Parágrafo. Las entidades pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción definidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán adoptar, ajustar o armonizar las disposiciones establecidas en la presente resolución, de conformidad con su autonomía administrativa y normativa en cumplimiento de su deber constitucional en salud.

Artículo 3. Alcance. La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS), establece el marco de actuación para garantizar la calidad como condición inherente al goce efectivo del derecho fundamental a la salud, a lo largo de todo el continuo de la atención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su alcance comprende a todas las personas, familias y comunidades en el territorio nacional, así como a los actores responsables de la prestación de servicios de salud, aseguramiento, dirección y regulación del sistema.

En este marco, la política orienta la organización y desarrollo del cuidado integral bajo un enfoque centrado en las personas, sus familias y comunidades, promoviendo una atención segura, oportuna, continua, efectiva y humanizada, contribuyendo a alcanzar y mantener vidas saludables, en coherencia con las condiciones del territorio y las características de la población.

Artículo 4. Principios. La Política Nacional de Calidad en Salud 2026-2035 está orientada por un conjunto de principios que guían su diseño, implementación, seguimiento y evaluación; estos son:

- 4.1. Equidad para el cuidado integral de la salud.
- 4.2. Atención humanizada en salud.
- 4.3. Progresividad.

Artículo 5. Enfoques. Esta política incorpora enfoques que orientan las intervenciones para el logro de sus objetivos. Estos enfoques son:

- 5.1. Derecho fundamental a la salud.
- 5.2. Persona, familia y comunidad.
- 5.3. Poblacional, territorial e intercultural.

Artículo 6. Objetivos de la Política Nacional de Calidad en Salud. El objetivo general de la PNCS es mejorar la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades residentes en Colombia en el marco del modelo de salud, para contribuir al bienestar y al logro de una vida saludable.

Los objetivos específicos de la política son:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- 6.1** Orientar la atención y el cuidado integral de la salud hacia la resolución efectiva de las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades mediante las Redes Integrales e Integradas de Salud y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud como eje articulador del modelo de salud.
- 6.2** Fortalecer los mecanismos de mejora continua mediante el uso de la analítica de la información y la gestión basada en resultados, que permitan monitorear, medir y ajustar las acciones en salud con enfoque diferencial desde el territorio, la población y la interculturalidad, garantizando calidad, oportunidad y pertinencia.
- 6.3** Promover la innovación, la investigación y la gestión del conocimiento en materia de calidad en salud, impulsando la adopción de tecnologías, instrumentos y metodologías que optimicen los procesos institucionales, fortalezcan la cultura organizacional de la calidad y aumenten la satisfacción y confianza de las personas familias y comunidades.

Artículo 7. Ejes Estratégicos. La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS), se estructura en torno a tres (3) ejes estratégicos que constituyen el marco de acción para orientar el desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Cada eje se despliega en líneas operativas y acciones específicas, que permiten traducir los principios y enfoques de la política en mecanismos concretos de gestión, articulados con los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, y demás integrantes del sistema de salud. Los ejes estratégicos de la política son:

- 7.1 Eje 1. Integralidad de la atención en salud.** La atención en salud debe garantizar una respuesta integral, continua, oportuna y coordinada a las necesidades de las personas a lo largo del curso de vida, así como a las de sus familias y comunidades. Su propósito es conservar la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar y tratar de manera temprana las condiciones que la afectan, promover la recuperación y la rehabilitación, y asegurar un proceso digno de final de vida.

La integralidad implica evitar la fragmentación en la responsabilidad del cuidado integral de la salud, de manera que los prestadores de servicios de salud actúen de forma articulada en redes de prestación de servicios de salud. Ello se desarrolla bajo un enfoque diferencial, considerando las características del territorio y la población, y se organiza conforme a los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), como eje estructurante del modelo de atención. Este eje contiene las siguientes tres (3) líneas operativas:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- a) Gobernanza de la calidad y la humanización.
- b) Redes Integrales e Integradas de salud.
- c) Atención centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.

7.2 Eje 2. Mejora continua y evaluación de la calidad. La calidad en salud debe tener como eje la mejora continua, entendida como el proceso permanente de aprendizaje, innovación y transformación institucional orientado a lograr mejores resultados en salud y mayor satisfacción de los grupos de valor.

Su propósito es garantizar que los procesos asistenciales, administrativos y de gestión se desarrollen bajo los atributos de calidad y la humanización de la atención, fortaleciendo así la confianza en el sistema y el goce efectivo del derecho a la salud.

Este eje contiene las siguientes tres (3) líneas operativas:

- a) Marco regulatorio y estándares de calidad.
- b) Procesos y prácticas seguras.
- c) Incentivos no pecuniarios a la mejora.

7.3 Eje 3. Gestión del conocimiento e Innovación. La calidad en salud debe orientarse hacia la creación de valor social y sanitario, mediante la gestión del conocimiento y la innovación. Esto implica transformar la información en conocimiento útil y la evidencia en acción, para mejorar los resultados en salud y fortalecer la capacidad institucional, comunitaria y territorial del sistema.

La gestión del conocimiento permite recopilar, analizar, compartir y aplicar aprendizajes que promuevan la mejora continua, mientras que la innovación impulsa el desarrollo de nuevas soluciones, tecnologías, modelos de atención y prácticas de gestión, que respondan a las necesidades del territorio y a los desafíos emergentes del sistema de salud. Este eje contiene las siguientes dos (2) líneas operativas:

- a) Gestión y analítica de datos
- b) Gestión del conocimiento



Artículo 8. Implementación. La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) contará con un plan de acción para su implementación, el cual se ejecutará a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), asignando responsabilidades de acuerdo con las competencias de los diferentes actores en salud, así como las metas y los indicadores de resultado correspondientes.

Parágrafo. La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) se articulará con el Sistema Nacional de Calidad del país representado por el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, acorde con el CONPES 3446 de 2006 o el que lo adicione, modifique o sustituya, con el fin de desarrollar las estrategias contempladas en este documento para crear ventajas significativas que redunden en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, y la protección de la vida de los usuarios.

Artículo 9. Mecanismo de seguimiento, monitoreo y evaluación de la PNCS. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Calidad, liderará el proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS), con el propósito de medir su implementación, valorar los avances y resultados, e impulsar la mejora continua del sistema.

Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el mecanismo de seguimiento, monitoreo y evaluación de la PNCS, incluyendo instrumentos o herramientas, fuentes de información, indicadores y responsabilidades de los actores del sistema de salud para el reporte de información.

Con base en dicho mecanismo, la Oficina de Calidad consolidará la información proveniente de los diferentes actores del sistema de salud y elaborará informes anuales sobre los avances, resultados y desafíos en la implementación de la PNCS, con la desagregación que el Ministerio determine, los cuales servirán de insumo para la toma de decisiones y la adopción de ajustes en la política.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizará una evaluación de medio término al cumplirse cinco (5) años del inicio de la implementación de la política, y una evaluación final al término de su vigencia, con el propósito de analizar su pertinencia, eficacia, impacto y sostenibilidad, e incorporar los ajustes necesarios.

Los resultados del seguimiento y de las evaluaciones serán publicados y divulgados a través de los medios institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



transparencia, la trazabilidad y la rendición de cuentas ante la ciudadanía y los integrantes del sistema.

Parágrafo. Para el desarrollo del proceso de seguimiento y evaluación, el Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la participación activa y concertada de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, las asociaciones científicas, las organizaciones de talento humano, las veedurías ciudadanas, las asociaciones de pacientes, y demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, de conformidad con sus competencias y los mecanismos de participación establecidos en la Política de Participación Social en Salud.

Artículo 10. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Ver Anexos Técnicos en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1058-de-2026.pdf>



2.1.3. Resolución 1099 de 2026

Por la cual se adopta el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas por los artículos 48 y 49 Constitución Política de 1991, artículo 42 de la Ley 715 de 2001, artículos 65 y 66 de la Ley 1709 de 2014, artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, y en cumplimiento de la orden décima de la Sentencia T-494 de 2023 y.

CONSIDERANDO

Que en el artículo 48 de la Constitución Política de 1991, se establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y los recursos que la financian no podrán destinarse, ni utilizarse para fines diferentes a ella.

Que el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, señala que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, por lo tanto, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, precisando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Que de conformidad con lo dispuesto en los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos del sector salud, así como la expedición de la regulación necesaria para el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el marco de sus competencias constitucionales y legales.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 desarrolla el concepto de aseguramiento en salud y señala, en su literal m), como regla adicional para su operación enfocada en la población privada de la libertad, que *“m) La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad*

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



para que esta población reciba adecuadamente sus servicios."

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2496 del 2012 incorporado en el Decreto 780 de 2016, mediante el cual se establecieron las normas que regulan la operación del aseguramiento en salud de la población privada de la libertad, a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital y municipal, incluyendo a quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, en prisión y detención domiciliaria, o bajo un sistema de vigilancia electrónica. Igualmente, definió las condiciones, responsabilidades y mecanismos aplicables para garantizar su afiliación, financiación y acceso efectivo a los servicios de salud, en atención a las particularidades derivadas de la privación de la libertad y a la obligación del Estado de asegurar la protección integral del derecho fundamental a la salud de esta población.

Que el artículo 65 de la Ley 1709 de 2014 modificatorio del artículo 104 de la Ley 65 de 1993, dispone que las personas privadas de la libertad tendrán acceso a todos los servicios del sistema general de salud de conformidad a lo establecido en la ley y sin discriminación por su condición jurídica.

Que adicionalmente, el artículo 66 ibidem, modificatorio del artículo 105 de la Ley 65 de 1993, en relación con el servicio médico penitenciario y carcelario, dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida aquella que se encuentra en prisión domiciliaria, el cual deberá contar como mínimo con atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.

Que, para la prestación de servicios de salud para las personas privadas de la libertad, el párrafo 1 del artículo 66 de la Ley 1709 de 2014 creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, constituida por recursos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de garantizar el acceso a la salud de esta población. En el mismo sentido, el párrafo 2 del precitado artículo dispone que, dicho fondo se encargará de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad, de conformidad con el modelo de atención que se diseñe en virtud del presente artículo.

Que, mediante el Decreto 2245 de 2015 se reglamenta el esquema para la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad en los términos de la Ley 1709 de 2014, en el marco de las competencias a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el Fondo Nacional de

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Salud de las Personas Privadas de la Libertad y demás entidades involucradas.

Que, en tal sentido, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) participan en la planificación, desarrollo e implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, conforme los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que según lo previsto en el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y exige del Estado la adopción de políticas orientadas a garantizar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, sin distinción alguna entre las personas.

Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la mencionada Ley Estatutaria, corresponde al Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizarlo en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, articulando de manera armónica las actuaciones de los agentes que integran el Sistema de Salud.

Que, mediante la Resolución 5159 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), estableciendo los lineamientos para la organización, operación y prestación de los servicios de salud intramurales y extramurales, así como los criterios de integralidad y continuidad que debían orientar la atención en salud de esta población en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que posteriormente, la Resolución 3595 de 2016 modificó parcialmente la Resolución 5159 de 2015 con el propósito de ajustar aspectos operativos y técnicos del modelo de atención en salud previamente adoptado, incluyendo precisiones sobre el alcance, la articulación interinstitucional, la definición de responsabilidades y la operación de los componentes asistenciales y administrativos, para fortalecer la implementación del modelo y mejorar la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad.

Que con la expedición del Decreto 1142 de 2016, se modificaron algunas disposiciones contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, estableciendo que la población privada de la libertad afiliada a los regímenes contributivo, exceptuado o especial, conservarán su afiliación y la de su grupo familiar, mientras continúe cumpliendo las condiciones previstas en la ley y sus reglamentos, y disponiendo que en estos casos, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las entidades administradoras de los regímenes

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



excePtuad0 0 especial y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos necesarios para viabilizar la atención intramural de los servicios de salud de dicha población, conforme al Modelo de Atención en Salud que se adopte.

Que, conforme a lo expuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia T-494 de 2023, en el marco del seguimiento al estado de cosas inconstitucional del sistema penitenciario y carcelario, se ha puesto de presente, a partir de los informes y observaciones de la Comisión de Seguimiento de la Sociedad Civil, que el modelo de atención en salud de la población privada de la libertad presenta deficiencias estructurales que han derivado en graves afectaciones al goce efectivo del derecho fundamental a la salud de dicha población asociadas, entre otros factores, a la intermediación, la tercerización y la desarticulación institucional.

Que, ante la inexistencia de atención diferencial en salud para las mujeres gestantes, las madres lactantes y los niños y niñas que residen en los establecimientos de reclusión, la Sala Especial de Seguimiento - Estado de Cosas Inconstitucional en el Sistema Carcelario y Penitenciario, extendido a los Centros de Detención Transitoria, mediante Auto 1677 de 2025, identificó una serie de problemáticas que afectan de manera particular a las mujeres privadas de la libertad que quedan en embarazo y sus hijos e hijas durante la primera infancia hasta los tres (3) años, tales como: a) la inadecuada prestación de los servicios de salud; (b) las deficiencias en las raciones alimentarias y en la cobertura de la dieta especial requerida; (c) la ausencia de atención psicológica y psiquiátrica dirigida específicamente a esos grupos poblacionales; y (d) la invisibilización y carencia de medidas encaminadas a la prevención y consumo de sustancias psicoactivas en prisión.

Que, en aras de garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de las mujeres y sus hijos bajo las condiciones dentro del marco de la relación especial de sujeción, mediante el precitado Auto, la Corte Constitucional ordenó que bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, el Patrimonio Autónomo del Fondo de Atención en Salud Personas Privadas de la Libertad 2024, la Fiduciaria La Previsora S A (Fiduprevisora), el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, de manera conjunta, estructuren una política pública de atención diferencial integral para garantizar los derechos de las mujeres gestantes, las madres y los niños y niñas que conviven con ellas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios así como en los centros de detención transitoria.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que en virtud de lo9 anterior la Población privada de la libertad adquiere una connotación particular respecto del acceso al derecho fundamental a la salud, pues si bien deben ser a diadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su condición de internación y la relación de especial sujeción frente al Estado, imponen la adopción de medidas reforzadas que garanticen su atención integral.

Que, por lo tanto, se hace necesario actualizar el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), con el propósito de mejorar la articulación institucional, superar de manera progresiva la atención fragmentada en la prestación de los servicios de salud. Lo anterior, mediante el fortalecimiento de la implementación de la estrategia de atención primaria en salud dentro de los establecimientos penitenciarios, adoptar protocolos adaptados al contexto carcelario, y la incorporación de modalidades de prestación de servicios extramurales o de telesalud que contribuyan con los requerimientos de acceso a la población. Todo ello, en consonancia con la necesidad de proveer servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, que administrativamente garanticen la seguridad dentro del sistema penitenciario y un incremento en los niveles de integración de los servicios de salud a nivel intramural, para fortalecer la capacidad resolutive dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional. De esta manera, se busca superar las problemáticas identificadas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-494 de 2023 y en el Auto 1677 de 2025.

Que conforme lo anteriormente señalado, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) con el apoyo técnico y jurídico del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), diseñaron el modelo de atención en salud especial para la población privada de la libertad, en el marco de las mesas de trabajo adelantadas durante la vigencia 2025, recibiendo en consecuencia, la aceptación técnica emitida por la USPEC, fundamentado en las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en el marco del seguimiento al estado de cosas inconstitucional del sistema penitenciario y carcelario. Para tal efecto, se definieron como ejes orientadores la superación progresiva de la atención fragmentada mediante la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en los establecimientos penitenciarios, la adopción de protocolos ajustados al contexto carcelario, la incorporación de modalidades de prestación de servicios extramurales o de telesalud, y el fortalecimiento de la integración de los servicios intramurales, con el fin de incrementar la capacidad resolutive y garantizar la seguridad institucional en la prestación de los servicios de salud dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), así como para los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, conforme al documento técnico, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución y su documento técnico están dirigidas a la Población Privada de la Libertad (PPL), a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, las cuales serán desarrolladas en el marco de las competencias del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Asimismo, las disposiciones previstas en la presente resolución y su documento técnico son aplicables a los regímenes contributivo, especial y de excepción, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del párrafo del artículo 2.2.1.11.1.1. del Decreto 1069 de 2015 modificado por el artículo 1 del Decreto 1142 de 2016.

Parágrafo. Para efectos de la presente resolución, se entiende por población privada de la libertad aquella integrada por las personas reclusas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Penitenciario y Carcelario (INPEC), en virtud de orden judicial de detención preventiva o sentencia condenatoria- las personas que se encuentren cumpliendo medidas de prisión domiciliaria o detención domiciliaria ordenadas por autoridad judicial y, las personas sometidas a mecanismos de vigilancia electrónica, en los términos de las Leyes 1453 de 2011 y 1709 de 2014 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 3. Componentes del Modelo de Atención. El modelo de atención en salud adoptado mediante la presente resolución para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, estará conformado por los siguientes componentes:

- 3.1** Prestación de servicios de salud: Componente orientado a la organización y operación de los servicios de salud que deben garantizarse a las personas privadas de la libertad al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional y fuera de estos en los casos que se requiera, y a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, reconociendo las



particularidades de esta población y las condiciones propias del entorno carcelario.

- 3.2 Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad (RIIPPL):** Conjunto articulado y coordinado de las Unidades de Atención Primaria en Salud (UAP) y de los Prestadores de Servicios de Salud, que operan conforme a las disposiciones legales vigentes, organizada para garantizar el acceso efectivo de la población privada de la libertad y de los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, a los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de manera continua e integral, en condiciones de calidad.
- 3.3 Condiciones de calidad:** Componente referido a las condiciones mínimas de capacidad legal y administrativa, y de calidad técnica y operativa para la atención integral en salud por parte de las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias de los establecimientos de reclusión del orden nacional.
- 3.4 Sistema de referencia y contrarreferencia:** Sistema que facilita la coordinación entre los diferentes niveles de atención de la Red integral e integrada para la atención en salud de la población privada de la libertad (RIIPPL) y su operación, optimizando el flujo de pacientes y asegurando que reciban la atención adecuada en el momento oportuno, incluyendo a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional.
- 3.5 Salud pública:** Componente que comprende las acciones e intervenciones orientadas a la protección y mejoramiento de la salud de la población privada de la libertad, desarrolladas tanto a nivel individual como colectivo, cuyos resultados se reflejan en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de dicha población.
- 3.6 Seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud:** Componente integrado por los lineamientos e instrumentos orientados al seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, con el fin de analizar su implementación y desempeño en términos de acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Parágrafo. El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad incorpora un apartado que define las estrategias para el fortalecimiento de la gobernabilidad y gobernanza del Talento Humano en Salud, de conformidad con las directrices establecidas en la Resolución 1444 de 2025, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.



Artículo 4. Lineamientos para la operación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los mecanismos que permitan la operación del aseguramiento en salud de la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional, en las condiciones previstas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo 1. El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, contenido en el documento técnico, constituye el referente técnico para la operación de la prestación de los servicios de salud, orientado a la integralidad de las intervenciones, la organización de las Unidades de Atención Primaria en Salud (UAP), los prestadores de servicios de salud y sus recursos físicos para la atención en salud que incluyen las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, la capacidad resolutive, la responsabilidad sobre la población que demanda servicios, el proceso de referencia y contrarreferencia y el seguimiento y la evaluación de los resultados.

Parágrafo 2. La contratación de los servicios de salud será recomendada por parte del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, siguiendo los parámetros establecidos en el artículo 66 de la Ley 1709 de 2014, el cual modifica el artículo 105 de la Ley 65 de 1993, y del artículo 2.2.1.11.3.1. del Decreto 2245 de 2015.

Artículo 5. Implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad. Para la implementación del modelo de atención en salud se expedirán los manuales técnico-administrativos que se requieran, por parte de las entidades competentes, de acuerdo con las condiciones previstas en el artículo 2.2.1.11.3.4 del Decreto 1069 de 2015 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Asimismo, corresponde a dichas entidades competentes, adelantar los trámites correspondientes ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad y desarrollar las actuaciones administrativas necesarias, para la operación del modelo de atención en salud en las condiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 6. Fases para el alistamiento, operación e implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden



nacional. El alistamiento, operación e implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad de conformidad con las disposiciones previstas en esta resolución, se realizará de manera ordenada, progresiva y supervisada, con el propósito de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y una operación continua, oportuna e integral de la atención en salud.

Para tal efecto, el alistamiento, operación e implementación del modelo de atención en salud, se realizará en un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente resolución, de acuerdo con las siguientes fases:

- 6.1. Selección y contratación del operador del modelo de atención:** Comprende el análisis y recomendación del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad realizado a la entidad fiduciaria correspondiente, para que, de acuerdo con las disposiciones señaladas en el artículo 2 2 1 11 3 1 del Decreto 1069 de 2015, contrate con las personas jurídicas o naturales recomendadas, la operación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad y los menores de tres (3) años que convivas con sus madres en los establecimientos de reclusión del orden nacional, de que trata la presente resolución.
- 6.2. Alistamiento institucional:** Comprende la elaboración del plan para la implementación y operación del modelo de atención por parte del operador contratado, en el cual se definen los criterios técnicos, financieros, administrativos y de articulación; la estructuración del modelo operativo para la implementación del modelo de atención en salud, conforme a los manuales técnico y administrativos que están definidos por la normatividad vigente.
- 6.3. Implementación y consolidación de la operación:** Comprende la terminación o cesión de los contratos vigentes, y el inicio de la operación en los establecimientos de reclusión del orden nacional por parte del operador del modelo de atención, priorizando inicialmente la conformación y articulación de los niveles primario y complementario extramural.

Parágrafo 1 El plan diseñado para la implementación y operación del modelo de atención en salud, elaborado y presentado por la entidad aprobada para la operación del modelo de atención en salud en los términos descritos en esta resolución, deberá contar como mínimo con los siguientes aspectos:

- i. Cronograma detallado con hitos y metas por fase;
- ii. Identificación de los responsables institucionales y sus competencias;
- iii. Estrategia de gestión del riesgo operacional durante la transición;
- iv. Mecanismos de coordinación entre la entidad aprobada para operar y la operación

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



actual del modelo; y Indicadores de seguimiento del proceso.

Parágrafo 2. La coordinación de la implementación deberá ser supervisada por la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las disposiciones del presente artículo serán aplicables a todos los componentes del modelo de atención en salud definidos en el artículo 3 de la presente resolución, así como a los Manuales Técnico-Administrativos y al Manual Operativo que se adopten en desarrollo de la presente resolución, para efectos de la implementación del modelo a nivel técnico, administrativo y asistencial.

Artículo 7. Gestión de la prestación de los servicios de salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, el operador del modelo de atención en salud deberá asumir la organización del aseguramiento en salud conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 8. Manual Operativo para la implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional. El Manual Operativo para la implementación del modelo de atención en salud constituye un instrumento técnico-administrativo orientado a desarrollar los lineamientos del modelo de atención en salud adoptado mediante la presente resolución, de conformidad con el documento técnico anexo y la normativa vigente aplicable.

El Manual Operativo será elaborado y presentado por la entidad que asuma la operación del modelo de atención en salud, dentro del término máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la expedición de la presente resolución. Dicha elaboración deberá ajustarse a los elementos indicados en el modelo de atención en salud y a lo señalado en el capítulo 8 del mismo.

El Manual Operativo deberá ser sometido a revisión y aprobación conjunta por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de la USPEC, quienes deberán pronunciarse de manera conjunta y oportuna en un término máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir del día siguiente de su radicación.

En caso de que se presenten solicitudes de ajustes y observaciones al Manual Operativo, la entidad contratada para la operación del modelo de atención en salud deberá atenderlas y subsanarlas en un plazo máximo de cinco (5) días calendario. El Ministerio de Salud y Protección

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Social y la USPEC, resolverán en un plazo máximo de quince (15) días calendario, dejándose constancia por escrito de su aprobación o rechazo, caso en el cual el operador deberá nuevamente presentar los ajustes correspondientes, en los términos previstos en el presente inciso. El Manual Operativo aprobado, será de obligatorio cumplimiento para el alistamiento, operación e implementación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad.

Parágrafo. El Manual Operativo deberá ser actualizado cuando se introduzcan modificaciones al modelo de atención en salud adoptado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 de la presente resolución.

Artículo 9. Seguimiento a la implementación y operación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional. La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, la Dirección de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) realizarán durante los primeros doce (12) meses siguientes a la expedición de la presente resolución, el seguimiento a la implementación y operación del modelo de atención en salud, en sus distintos componentes y conforme a las disposiciones previstas en esta resolución.

Durante dicho periodo se realizará un seguimiento continuo, por parte de estas entidades, con el propósito de identificar y corregir oportunamente las dificultades operativas, técnicas y administrativas que se presenten durante el desarrollo de las fases de alistamiento, implementación y operación del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad.

Posteriormente, se realizará seguimiento anual a la implementación y operación del modelo, cuyos resultados deberán ser presentados a los miembros del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud' de las Personas Privadas de la Libertad, con el fin de identificar y desarrollar los ajustes requeridos a nivel reglamentario, operativo y administrativo en concordancia con la estructura de operación establecida y las decisiones que se emiten por el Consejo Directivo del Fondo de Salud.

Parágrafo. Los informes de seguimiento y evaluación de la implementación y la operación del modelo de atención en salud, presentados ante la Corte Constitucional con ocasión del cumplimiento a lo ordenado en la Sentencia T-494 de 2023, podrán ser consultados de manera pública en el micrositio institucional - normativa - defensa judicial - disponible en la página web

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, en el siguiente enlace:
<https://www2.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/asuntos-iuridicos.aspx>

Artículo 10. Actualización del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad bajo la custodia, inspección y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) realizarán la actualización de los componentes técnicos y operativos del modelo de atención en salud adoptado mediante la presente resolución, cuando se expidan normas, planes, programas o políticas públicas relacionadas con la atención en salud de la población privada de la libertad, o cuando ello resulte necesario, con el fin de garantizar una atención integral y efectiva para dicha población.

Artículo 11. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución y en el documento técnico que la integra, quien realizará los traslados correspondientes, ante las presuntas irregularidades o asuntos que puedan conllevar a infracción de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido con las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, así como con lo previsto en los Decretos 2245 de 2015, 1080 de 2021 y en las demás normas que regulan la materia. Las Entidades Territoriales del Sector Salud del orden departamental, distrital y municipal, en ejercicio de las competencias previstas en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001' deberán generar y comunicar oportunamente las alertas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta adelante las actuaciones a que haya lugar, de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 12. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.1.4. Resolución 1233 de 2026

Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, y en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el numeral 2 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 49 de la Constitución Política establece que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, responsable de su dirección, organización, regulación, coordinación y control, así como de garantizar el acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Que mediante el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 dispone que el derecho fundamental a la salud tiene carácter autónomo y no puede ser renunciado, tanto a nivel individual como colectivo. Incluye la garantía de acceso a servicios de salud oportunos, efectivos y de calidad, orientados a proteger, fortalecer y promover la salud. Corresponde al Estado adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y de oportunidades para todas las personas en el acceso a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Asimismo, el artículo 6 de la citada ley fija los elementos y principios que orientan su garantía, en los literales a) y siguientes, entre los cuales se encuentran la universalidad, el principio pro homine, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la prevalencia de los derechos, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, la interculturalidad y la protección especial a los pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Que en el 2006 se construyó el “Modelo para el Control del Cáncer” como fundamento para el diseño del primer Plan Decenal para el control del cáncer y este integró no solamente el enfoque de riesgo sino además el poblacional. El núcleo del modelo para la toma de decisiones fue la investigación, el análisis de situación de cáncer, y la vigilancia. Con base en estos insumos se establecieron los objetivos del control del cáncer (prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo), los ámbitos en los que deben desarrollarse las acciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



(política pública, comunidad, servicios de salud) y el uso de herramientas básicas para las acciones (comunicación, educación, movilización social).

Que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Colombia por la Ley 1346 de 2009, y su desarrollo interno a través de la Ley 1618 de 2013, obligan al Estado a garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con secuelas o discapacidad asociada al cáncer, mediante acciones afirmativas, ajustes razonables y la eliminación de barreras en el sistema de salud y en la vida social.

Que el cáncer fue declarado como enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional mediante las Leyes 1384 de 2010, 2026 de 2020 y 2360 de 2024, las cuales establecen disposiciones orientadas a su atención integral.

Que en el año 2013, se definió el Primer Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012—2021, mediante Resolución 1383 de 2013, cuyo propósito principal fue posicionar el cáncer en la agenda pública como un problema prioritario de salud, movilizar a los diferentes actores para reducir la mortalidad evitable, reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes, así como garantizar la generación y uso del conocimiento para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la gestión del Talento Humano.

Que, en el año 2022, el país inició la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, concebido como un instrumento orientado a trascender la visión centrada en los eventos de salud.

Que, teniendo en cuenta que las recomendaciones de organismos internacionales evidencian que los países que adoptan planes específicos para el control del cáncer logran mejores resultados en la reducción de su incidencia y mortalidad, en la medida en que concentran los recursos en prioridades definidas, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Cancerología, como entidad adscrita y órgano asesor técnico en la materia, decidió formular el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2036, que adopta un enfoque territorial, transdisciplinario, intercultural, e incorpora los acuerdos alcanzados con pueblos y comunidades étnicas, de conformidad con lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y su modificatoria, la Resolución 2367 de 2023.

Que en el marco de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”, específicamente en el documento que plasma las bases del plan, en el eje de seguridad humana y justicia social se determina el fortalecimiento de la detección temprana, la prevención, el acceso oportuno y el control, incluyendo enfoque intercultural en el

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



marco de la Atención Primaria en Salud.

Que en concordancia con lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 518 de 2018, modificado por el artículo 3 de la Resolución 295 de 2023, específicamente en el numeral 11.1.11, se establece la obligación de adaptar y ajustar las intervenciones individuales y colectivas de manera conjunta con los grupos poblacionales presentes en el territorio, garantizando el acceso con respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales y culturales. Lo anterior debe desarrollarse en el marco de procesos de concertación entre las entidades territoriales y las comunidades indígenas, la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP) y el pueblo Rrom, así como mediante la concurrencia entre departamentos, distritos y municipios.

Que la Ley 2291 de 2023 modificó la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología y, en su artículo 3, determinó su objeto como autoridad técnico científica en el control integral del cáncer, así como para adelantar actividades de investigación, docencia y educación continua, desarrollo e innovación, y programas de salud pública orientados a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Asimismo, le asignó la prestación de atención integral y el rol de centro de referencia para la atención e investigación en cáncer.

Que, en el año 2025, se actualizó el Modelo para el Control del Cáncer, con el propósito de reconocer la continuidad de la atención, que comprende el control del riesgo, la detección temprana, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento interdisciplinario, la supervivencia y los cuidados al final de la vida, como uno de los elementos orientadores de las intervenciones, estrategias y enfoques dirigidos a su abordaje integral.

Que, en desarrollo de lo anterior, se estructuraron escenarios de intervención en el marco de las políticas públicas, los entornos y los servicios de salud, orientados a garantizar la implementación de acciones poblacionales que incidan de manera positiva en las prácticas sociales y en los determinantes de la salud.

Que, asimismo, el modelo incorpora componentes estratégicos tales como la movilización y participación social, el fortalecimiento del talento humano en salud, la evaluación de tecnologías en salud, y la comunicación y educación transformativa, los cuales comprenden el conjunto de acciones dirigidas a la solución, mitigación y superación de los problemas y desafíos asociados al control del cáncer.

Que, igualmente, el modelo define un núcleo orientado al fortalecimiento de la evaluación de resultados y al ajuste continuo de las intervenciones, a partir del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en Cáncer, incorpora un componente trazador que articula los sistemas de información y las acciones intersectoriales, con el fin de medir, monitorear y reducir las desigualdades en salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



relacionadas con el cáncer.

Que, en virtud de lo anterior, es necesario expedir el Plan Decenal para el control del Cáncer 2026-2035, cuyo objetivo es contribuir al bienestar de los habitantes en el territorio nacional, impartir directrices a los departamentos, distritos y municipios, así como a los demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la implementación del Plan, orientar las acciones del Estado y los sectores para la gestión de los determinantes sociales de la salud, que permitan el control del cáncer y la reducción de las inequidades en salud en los próximos diez (10) años, en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar Plan Decenal para el Control del Cáncer (PDCC) en Colombia 2026-2035, contenido en el documento técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán aplicables al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Nacional de Cancerología, como entidades encargadas de liderar, orientar y evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer.

Igualmente, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus competencias, como las entidades territoriales, entidades adscritas, entidades responsables del aseguramiento en salud, entidades adaptadas, administradoras de riesgos laborales y prestadores de servicios de salud, concurrirán a la implementación del Plan, en coordinación con otros sectores que intervienen en los determinantes sociales de la salud.

Artículo 3. Etapas de implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035. Son etapas del Plan de Implementación para el control del cáncer las siguientes:

- 1. Etapa 1.** Alistamiento
- 2. Etapa 2.** Implementación.
- 3. Etapa 3.** Evaluación.

Los períodos de ejecución en los cuales se llevarán a cabo en cada una de las etapas previamente mencionadas son:

Etapa de implementación	Acciones hito	Periodo de tiempo
Etapa 1. Alistamiento para fortalecer la implementación de las líneas estratégicas para el control del cáncer.	<p>Fortalecimiento de capacidades a referentes territoriales para la incorporación del componente de análisis de situación de salud del Cáncer, en el marco de las metodologías propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Adecuación y adopción de las metodologías y herramientas de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Decenal para el control del Cáncer en el marco del Plan Decenal de Salud Pública</p> <p>Asistencia técnica y desarrollo de capacidades para la implementación del Plan Decenal para el control del cáncer.</p> <p>Diagnóstico de capacidades institucionales y evaluación del Plan Territorial de Salud 2020-2023</p> <p>Acompañamiento a las entidades territoriales departamentales y distritales durante la realización del Análisis de Situación de Salud del cáncer</p>	<p>II semestre de 2026</p>
Etapa 2. Implementación.	<p>Formulación de líneas estratégicas, en armonía con los ejes estratégicos de Plan Decenal de Salud Pública, planes territoriales de salud departamentales, distritales y municipales de manera articulada con los planes de desarrollo.</p> <p>Implementación del marco estratégico (Ejes, estrategias y metas) del Plan Decenal de Salud Pública.</p>	<p>2026-2035</p> <p>2026 – 2035</p>
Etapa 3. Evaluación.	<p>Evaluación del proceso de implementación del Plan Decenal para el control del cáncer</p>	<p>2028, 2030 y 2035</p>



Artículo 4. Seguimiento y evaluación del Plan Decenal para el control del Cáncer 2026-2035.

El Ministerio de Salud y Protección Social de manera conjunta con el Instituto Nacional de Cancerología, realizará el seguimiento trimestral y anual de metas establecidas en el documento técnico que hace parte integral de este acto administrativo. Así mismo, evaluarán el proceso de implementación del PDCC 2026- 2035 en los años 2028,2030 y 2035, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Por su parte, las entidades territoriales realizarán el seguimiento y evaluación del Plan Territorial en Salud en su jurisdicción, de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública y la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología.

Artículo 5. Coordinación y armonización. Las entidades territoriales, en el marco de sus competencias, adelantarán procesos de articulación y armonización de sus instrumentos de planificación en salud con los lineamientos establecidos en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, de conformidad con las políticas, planes y programas del orden nacional.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Plan Decenal en: <https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolución%20No%201233%20de%202026.pdf>



2.2. CIRCULARES



2.2.1. Circular Externa 20 de 2026

PARA: MIGRACIÓN COLOMBIA, AEROLINEAS. ENTIDADES TERRITORIALES, OPERADORES PORTUARIOS Y VIAJEROS.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y ALISTAMIENTO EN SALUD Y SALUD PÚBLICA FRENTE AL EVENTO DE SARAMPIÓN EN EL MARCO DE LA COPA MUNDIAL DE LA FIFA CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO 2026.

FECHA: 17 JUNIO 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias como órgano rector del sector salud y responsable de la dirección, orientación y conducción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad a lo establecido por el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, y actuando conforme a las funciones previstas en el numeral 42.6 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, considera pertinente emitir la presente Circular Externa con el fin de establecer lineamientos generales para promover y articular las acciones con otras entidades de orden nacional, en el marco de las competencias asignadas por la normativa vigente, en procura de brindar protección a la población colombiana ante el riesgo de incremento del brote de sarampión y rubéola en el territorio nacional.

1. DISPOSICIONES PRELIMINARES

En el año 2014, Colombia recibió de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la certificación como país libre de la circulación endémica del sarampión y la rubéola, constituyéndose en un importante logro de salud pública resultado de los esfuerzos sostenidos en vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta oportuna ante casos sospechosos.¹ Sin embargo, el sarampión continúa siendo una de las enfermedades más contagiosas a nivel mundial, debido a su elevada transmisibilidad, por lo que la condición de eliminación alcanzada por el país exige mantener de manera permanente una vigilancia epidemiológica intensificada, altas coberturas de vacunación y una capacidad de respuesta inmediata frente a la importación de casos.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ante el incremento de casos y brotes de sarampión registrados en diferentes regiones del mundo y de las Américas, han reiterado la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, vigilancia y control, especialmente aquellas orientadas a la identificación temprana de casos sospechosos, la verificación de antecedentes de vacunación en viajeros internacionales, el seguimiento epidemiológico de personas procedentes de zonas con circulación activa del virus, la investigación oportuna de casos y el rastreo de contactos, con el fin de evitar la reintroducción y propagación del virus en los países que han logrado eliminar la transmisión endémica.²

Frente al panorama epidemiológico mundial y regional caracterizado por el incremento de brotes de sarampión, las alertas epidemiológicas emitidas por la QMS y la OPS, y la celebración de la Copa Mundial de la FIFA 2026, que se llevará a cabo entre junio y julio de 2026 en Canadá, México y los Estados Unidos de América, se configura un escenario de mayor riesgo para la importación y diseminación internacional del virus. Lo anterior, teniendo en cuenta que Canadá ha notificado brotes en distintas regiones asociados a bajas coberturas de vacunación y que Estados Unidos de América y México ha reportado en el 2026 10.920 casos y 13 muertes, evidenciando la circulación activa del virus en países que serán sede del evento³.

La Copa Mundial de la FIFA 2026 representa un incremento significativo en la movilidad internacional de personas desde y hacia la Región de las Américas, lo que constituye un factor adicional de riesgo para la importación de enfermedades prevenibles por vacunación, incluido el sarampión.

En Colombia, con corte a la semana epidemiológica 20 de 2026, se han confirmado siete (7) casos de sarampión, situación que evidencia el riesgo permanente de introducción del virus al territorio nacional asociado a la movilidad internacional de viajeros⁴. En este contexto, resulta necesario implementar medidas preventivas que permitan fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención y control en aeropuertos, puertos, así como los mecanismos de articulación intersectorial que permitan la identificación, localización y seguimiento oportuno de viajeros y contactos expuestos al sarampión, complementando las medidas establecidas en la Circular 004 de 2026.

En ese sentido, con el incremento de viajes internacionales, se crean condiciones favorables para la propagación del sarampión, siendo la identificación de contactos entre personas contagiadas un componente esencial de la vigilancia epidemiológica del sarampión. Por tanto, es indispensable que en Colombia, durante la actividad de investigación epidemiológica cuando se reporte un caso sospechoso, probable o confirmado de sarampión y rubéola se identifique qué tipo de transporte utilizó para desplazarse, si el desplazamiento del viajero se realizó mediante medios de transporte nacionales o internacionales, tales como aeronaves, cruceros,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



embarcaciones, trenes u otros medios de transporte de pasajeros, y para ello, las autoridades sanitarias competentes, en articulación con las autoridades de sanidad portuaria, aeroportuaria y de frontera o quienes hagan sus veces, deberán activar de manera inmediata los mecanismos establecidos para obtener de las empresas transportadoras la información necesaria para la identificación, localización y seguimiento epidemiológico de los viajeros potencialmente expuestos y sus contactos estrechos.⁵

Dada la necesidad de prevenir la transmisión endémica del sarampión y rubéola en el país y considerando que Colombia se encuentra actualmente en una fase de contención y vigilancia intensificada, se hace necesario impartir lineamientos adicionales que fortalezcan la detección temprana de casos, la investigación epidemiológica de campo, el rastreo de contactos y la coordinación con las entidades competentes para la adopción oportuna de medidas orientadas a proteger la salud pública y mantener el estatus de eliminación alcanzado por el país.

En ese sentido y con el fin de optimizar la respuesta en salud pública frente a un posible incremento en los casos de sarampión y rubéola, el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la presente circular imparte los siguientes lineamientos y recomendaciones:

2. LINEAMIENTOS A LAS ENTIDADES TERRITORIALES

- a) Las entidades territoriales deberán fortalecer las capacidades de vigilancia en salud pública en los puntos de entrada del país mediante la implementación de mecanismos que faciliten la identificación oportuna de viajeros procedentes del exterior con signos o síntomas compatibles con sarampión, rubéola u otros eventos de interés en salud pública.
- b) Disponer espacios para la coordinación y seguimiento de la información con las aerolíneas para garantizar el diligenciamiento del Anexo 9 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).
- c) Promover que los servicios médicos aeroportuarios notifiquen de manera inmediata los eventos sospechosos de sarampión identificados en terminales nacionales e internacionales, conforme al flujo de información establecido y a los planes de emergencia aeroportuarios.
- d) Garantizar que los puntos de entrada y terminales nacionales mantengan condiciones seguras para los viajeros, de acuerdo con el Anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), y que los planes de preparación y respuesta ante Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) se encuentren actualizados y articulados con las autoridades de la jurisdicción.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



3. RECOMENDACIONES

3.1 MIGRACIÓN COLOMBIA

Ante el incremento de casos de sarampión en la región y el aumento de la movilidad poblacional asociado a la Copa Mundial de la FIFA 2026, se recomienda a Migración Colombia:

- a) Implementar, de manera permanente, el formulario Check-Mig para los viajeros que ingresen y salgan del territorio nacional.
- b) Disponer de la información recopilada a través del formulario Check-Mig para apoyar las acciones de vigilancia en salud pública solicitada por el Centro Nacional de Enlace.
- c) Establecer mecanismo de comunicación con las autoridades de salud del orden nacional y territorial para compartir la información recolectada en el formulario Check-Mig y de esta manera tener el rastro de los casos que puedan llegar a presentarse. Lo anterior de conformidad a los artículos 2.8.8.1.2.3. y 2.8.8.1.2.4 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud.
- d) Activar el protocolo Evento de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en caso de que hayan sido notificados de un posible evento en salud pública de un pasajero en vuelo.

3.2 AEROLÍNEAS

Las aerolíneas que operen vuelos nacionales e internacionales en el territorio colombiano, deben dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 2.8.8.1.2.3 y 2.8.8.1.2.4 del Decreto 780 de 2016, los cuales establecen la obligatoriedad de toda persona natural o jurídica que conozca de un hecho de interés en salud pública de dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente y, de permitir el acceso a la autoridad sanitaria sobre la información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública. En este contexto, y considerando que los registros de pasajeros representan el único mecanismo técnicamente viable para la trazabilidad de contactos en el transporte aéreo, se recomienda que apoyen las acciones de vigilancia en salud pública así:

- a) Disponer y conservar el listado de viajeros transportados en vuelos nacionales mínimo veintiún (21) días, con los datos de contacto de los viajeros.
- b) De reportarse un caso de sarampión, suministrar el listado de viajeros transportados



en vuelos nacionales dentro de las cuatro (4) horas siguientes al requerimiento realizado por las autoridades sanitarias territoriales, distritales o del orden nacional, con el propósito de garantizar la identificación, localización y seguimiento epidemiológico oportuno de viajeros y sus contactos estrechos, la investigación de posibles cadenas de transmisión y la adopción de medidas de vigilancia y control necesarias para prevenir la introducción, circulación y transmisión del virus del sarampión en el país.⁶

- c) Garantizar que la información entregada sea completa, veraz y permita la localización de los viajeros cuando sea necesario para la gestión del riesgo en salud pública.
- d) En caso de presentarse un caso de sarampión en un vuelo que se opere en territorio nacional o que llegue a territorio nacional, garantizar que la recolección, conservación, uso, circulación, transmisión o suministro de información personal de los viajeros a las autoridades sanitarias competentes se realice conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1081 de 2015, compilado en el Decreto 1074 de 2015 y demás normas aplicables, en lo que respecta a las excepciones expresas del tratamiento de datos sin consentimiento del titular.
- e) Informar de manera clara a los pasajeros que los datos del vuelo se compartirán en caso de presentarse un caso de sarampión, señalando que dicha información será usada únicamente para fines de vigilancia en salud pública, investigación epidemiológica, seguimiento de contactos, gestión del riesgo, prevención y control de eventos de interés en salud pública, asegurando la confidencialidad, seguridad, circulación restringida y protección de los datos personales, especialmente cuando se trate de información sensible relacionada con el estado de salud de los viajeros.

3.3 OPERADORES PORTUARIOS

- a) Disponer de estrategias de comunicación dirigidas a viajeros y al personal de los puntos de entrada, enfatizando la importancia de la vacunación, la identificación de síntomas y las medidas de prevención.
- b) Actualizar y fortalecer los planes de emergencia en los puntos de entrada, estableciendo procedimientos claros para el aislamiento, diagnóstico y manejo de casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola, garantizando la protección de pacientes y personal de salud.
- c) Fortalecer la comunicación del riesgo dirigida a viajeros sobre los posibles riesgos de



exposición al sarampión en los destinos de viaje.

3.4 VIAJEROS

Se recomienda a todos los viajeros que pretendan ingresar o salir del territorio colombiano, a realizar las siguientes acciones previamente a la llegada al terminal aéreo:

- a) Diligenciar el formulario migratorio Check-Mig.
- b) Abstenerse de viajar cuando se presenten síntomas como fiebre, exantema, tos, dolor articular o coriza; cuando se haya tenido contacto estrecho con un caso confirmado; o cuando se haya sido diagnosticado con algún evento de interés en salud pública como sarampión, COVID-19, Mpox o tosferina, entre otros, dentro de los catorce (14) días previos al viaje.
- c) Reportar su estado de salud a su entidad de aseguramiento, a la entidad territorial de salud donde resida o donde se encuentre de viaje o a la aerolínea, si durante los días posteriores a su vuelo presenta síntomas como fiebre, exantema, tos, dolor articular y coriza que coincidan con algún evento de interés en salud pública.

Para promover la participación comunitaria en los procesos de vigilancia epidemiológica y garantizar la respuesta oportuna y la gestión de eventos de interés en salud pública, se deberá reportar de manera inmediata cualquier novedad al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social. La notificación se realizará a través de la línea telefónica: 321 394 6552 o mediante el correo institucional: cne@minsalud.gov.co.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.2. Circular Externa 21 de 2026

COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Por la cual se establecen los anexos técnicos para el reporte de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), se derogan las Circulares 06 de 2018 y 17 de 2023 y se dictan otras disposiciones

LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los artículos 245 de la Ley 100 de 1993, 87 de la Ley 1438 de 2011, 72 de la Ley 1753 de 2015, en desarrollo del Decreto 705 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y 87 de la Ley 1438 de 2011 confirieron a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, en adelante la Comisión, la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos.

Que la Comisión, mediante Circular 04 de 2006, estableció la política de regulación de precios de medicamentos y creó el Sistema de Información de Medicamentos - SISMED, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del cual se reporta el valor de las ventas, el número de unidades vendidas y el precio más alto y más bajo de venta de los medicamentos que se comercializan en el territorio colombiano.

Que de acuerdo con el artículo 21 de la referida Circular, el SISMED tiene como objetivo proveer la información necesaria para la regulación del mercado de medicamentos en el país.

Que mediante Sentencia T-760 de 2008, la Honorable Corte Constitucional redefinió el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección del derecho fundamental a la salud, e impartió una serie de órdenes a diferentes autoridades, entre ellas, al Ministerio de Salud y Protección Social, encaminadas a corregir problemáticas identificadas en el sistema de salud colombiano.

Que mediante el Auto 263 de 2012, la Sala Especial de Seguimiento al cumplimiento de las

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



órdenes vigésimo cuarta y vigésimo séptima de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que, en conjunto con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos expidiera la regulación necesaria “(...) *para conjurarla crítica situación de sobrecostos de precios de medicamentos POS y no POS* (...)”.

Que, mediante Auto 2049 del 10 de diciembre de 2025, la Corte Constitucional, en aras de realizar un seguimiento detallado a las órdenes proferidas en Sentencia T760 de 2008, impuso al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de formular un Plan Inmediato de Acciones en (PIAS), cuya finalidad radica en asegurar que las órdenes y directrices proferidas por la Sala en sus providencias se ejecuten en atención a sus competencias.

Que, para apoyar la política de regulación de precios de medicamentos, se hace necesario definir los requerimientos de información sobre los precios de compra, los precios de venta, las ventas totales, las compras totales, las unidades vendidas, las unidades compradas y los recobros de medicamentos que los obligados a reportar deben generar, mantener y actualizar, y determinar la responsabilidad y periodicidad en la actualización y el reporte de información al SISMED.

Que la Circular 06 de 2018 establece el actual esquema del SISMED, que facilita la trazabilidad de las transacciones y refleja la estructura de la cadena de suministro de medicamentos, con el objetivo de contar con mejor información del mercado de medicamentos que permitiera guiar las políticas en salud y mejorar las capacidades regulatorias y de vigilancia, y detecte y resuelva las distorsiones del mercado.

Que la Comisión, a raíz de las necesidades de abastecimiento, consideró necesario modificar el período de reporte y plazo de envío, por lo cual expidió la Circular 17 de 2023, con el fin de que SISMED sea una herramienta oportuna para el análisis y monitoreo de las ventas, las unidades vendidas y los precios, que permita mejorar las capacidades regulatorias y de vigilancia del mercado farmacéutico.

Que, en aras de fortalecer el SISMED, la Comisión identificó la necesidad de incorporar al anexo técnico los campos asociados a la factura electrónica de venta implementada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), con el propósito de validar la información autorreportada por los actores y mejorar la calidad, trazabilidad y confiabilidad de los datos reportados al sistema.

Que, en el numeral 1 del artículo 2 del Decreto 2242 de 2015, se define la factura electrónica de venta, concepto que se deberá entender como integrado en la actualización del nuevo anexo técnico del SISMED.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que, la Comisión ha identificado que uno de los errores más recurrentes por parte de los actores en los reportes al SISMED corresponde al registro de la unidad de factura, lo cual genera inconsistencias en los precios y unidades reportadas, resultando necesario ajustar los anexos técnicos para que el reporte incluya únicamente las unidades expresadas en unidad mínima de dispensación, garantizando así mayor precisión y homogeneidad en la información reportada, de acuerdo con el rol que desarrollan.

Que la Comisión, en el ámbito de sus competencias, busca promover la transparencia en el sector salud y considera que la modificación del anexo técnico del SISMED permitirá reducir las inconsistencias en los reportes y mejorar la trazabilidad de la comercialización de los medicamentos, facilitando el acceso a información más oportuna y confiable y contribuyendo a una toma de decisiones informada.

Que en ese sentido, y en aras de unificar en un solo texto normativo el reporte de los precios de compra, los precios de venta, las ventas totales, las compras totales, las unidades vendidas, las unidades compradas y los recobros/cobros de medicamentos al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), incorporando los campos asociados a la factura electrónica de venta y disponiendo el reporte incluya únicamente las unidades expresadas en unidad mínima de dispensación, se hace necesario expedir la presente Circular, y por tanto derogar las Circulares 06 de 2018 y 17 de 2023.

Que, en cumplimiento del deber de información al público y de publicidad de los proyectos normativos consagrado en el artículo 8 de la Ley 1437 de 2011, esta Circular fue sometida al proceso de consulta pública desde el 2 al 17 de marzo de 2026, en la sección normativa del sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Establecer el reporte de los precios de compra, los precios de venta, las ventas totales, las compras totales, las unidades vendidas, las unidades compradas y los recobros/cobros de medicamentos al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) a través de los Anexos Técnicos No. 1 "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS ROL V, y No. 2: "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS ROL 2" que se adoptan con la presente circular.

Artículo 2. Definiciones. Para efecto de la aplicación e interpretación de la presente Circular, se establecen las siguientes definiciones:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- 2.1. **Rol 1:** corresponde a los fabricantes, importadores o titulares que figuran en el registro sanitario del medicamento a reportar y a los importadores de medicamentos vitales no disponibles.
- 2.2. **Rol 2:** corresponde a los actores que no son fabricantes ni importadores ni titulares de registro sanitario del medicamento a reportar, ni importadores de medicamentos vitales no disponibles.
- 2.3. **Transacción primaria institucional:** corresponde a la venta del medicamento objeto de reporte, por parte del actor que elabora o importa el medicamento, a otro actor y que será dispensado con cargo a recursos públicos, incluyendo los regímenes especiales y de excepción, así como a la compra del medicamento objeto de reporte al actor que elabora o importa el medicamento, y que será facturado con cargo a recursos públicos, incluyendo los regímenes especiales y de excepción.

Para efectos de la presente transacción se incluyen las entidades públicas que elaboran o importan el medicamento objeto de reporte.

- 2.4. **Transacción primaria comercial:** corresponde a la venta del medicamento objeto de reporte, por parte del actor que elabora o importa el medicamento, a otro actor, y que será dispensado con cargo a recursos no públicos y a la compra del medicamento objeto de reporte al actor que elabora o importa el medicamento y que será facturado con cargo a esa clase recursos.
- 2.5. **Transacción secundaria institucional:** corresponde a la venta del medicamento objeto de reporte, por parte de un actor que no elabora ni importa el medicamento, a otro actor, y que será dispensado con cargo a recursos públicos, incluyendo los regímenes especiales y de excepción.

Igualmente, corresponde a la compra del medicamento objeto de reporte a un actor que no elabora ni importa el medicamento, y que será facturado con cargo a recursos públicos, incluyendo los regímenes especiales y de excepción.

- 2.6. **Transacción secundaria comercial:** corresponde a la venta del medicamento objeto de reporte, por parte de un actor que no elabora ni importa el medicamento, a otro actor, y que será dispensado con cargo a recursos no públicos, y a la compra del medicamento objeto de reporte a un actor que no elabora ni importa el medicamento, y que será facturado con cargo a esa clase recursos.



- 2.7. Transacción final institucional:** corresponde a la venta o recobro/cobro del medicamento objeto de reporte que se haya dispensado a un paciente con cargo a recursos públicos, incluyendo los regímenes especiales y de excepción.

Así mismo, corresponde a la compra del medicamento a reportar y que ha sido dispensado a un paciente con cargo a recursos públicos, así la dispensación no la haya realizado el actor reportante.

- 2.8. Unidad Mínima de Dispensación (UMD):** corresponde a la unidad física individual más pequeña de un medicamento, en su forma farmacéutica final, que puede ser dispensada, entregada o manipulada de forma independiente sin fraccionamiento que comprometa su integridad, estabilidad, identificación o condiciones de uso.

También corresponde al contenedor inmediato mínimo que contiene el principio activo listo para administración o uso, y es independiente de la presentación comercial, unidad de empaque o facturación, ejemplos: tableta, cápsula, ampolla, vial, jeringa, parche, tubo, bolsa de solución intravenosa, cilindro de gas medicinal.

Parágrafo. Para efectos del reporte al SISMED, la UMD no corresponde a la caja, empaque secundario, blister, frasco multidosis ni a cualquier otra unidad comercial, salvo que el contenedor inmediato constituya por sí mismo la unidad final dispensable o manipulable.

Artículo 3. Archivo y reporte de la factura. Las facturas registradas en los reportes al SISMED deberán ser guardadas de forma física o digital por un periodo mínimo de 3 años para fines de verificación y validación de la información. Los organismos de control, y/o la Secretaría Técnica de la Comisión, podrán solicitarlas mediante visitas o cualquier otro medio.

Todas las facturas electrónicas de venta deberán reportarse tantas veces como medicamentos distintos o condiciones comerciales diferentes contengan, identificando en cada registro el Código Único de Factura Electrónica (CUFE) correspondiente y un consecutivo de registro distinto.

Para el caso de facturas con descuentos comerciales o bonificaciones que se aplican en el momento de la venta, se debe reportar el valor bruto de la factura. Sin embargo, en el anexo técnico de la presente Circular se deben reportar las unidades bonificadas.

Cuando una nota crédito o nota débito haya modificado el valor o las cantidades de una transacción, el reporte deberá reflejar los valores ya ajustados, referenciando el Código Único de Documento Electrónico (CUDE) en el campo de documento de soporte complementario del anexo técnico.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Las facturas asociadas a operaciones de maquila o traspasos de inventario no deben ser consideradas en las facturas objeto de reporte.

Con el fin que las auditorías realizadas por los entes de control puedan dar cuenta de los precios reportados para los medicamentos que sean comercializados o dispensados por concepto de contratos, el actor obligado a reportar deberá contar con el respectivo soporte documental que indique el precio de referencia por valor unitario de cada medicamento a reportar.

En las operaciones en las que la factura no indica el valor del medicamento, se debe reportar el número de contrato o documento equivalente donde se evidencie el medicamento objeto de reporte y su respectivo precio.

Artículo 4. Medicamentos objeto de reporte. Todos los medicamentos que se comercialicen en el país serán objeto de reporte, incluidos los medicamentos vitales no disponibles, los cuales deben ser reportados usando el Identificador Único de Medicamento (IUM) en el mayor nivel que se encuentre disponible.

Parágrafo 1. No deberán reportarse al SISMED ni las muestras médicas identificadas en el CUM ni las donaciones. Sólo se considerarán muestras médicas aquellas identificadas como tales en el respectivo consecutivo asignado a la presentación comercial en el registro sanitario del Listado de Código Único de Medicamentos, que publica el INVIMA-

Cuando en la descripción de la presentación comercial de un CUM se indique muestra médica pero no se encuentre identificado como tal en el listado de código único de medicamentos que publica el INVIMA, se deberán reportar al SISMED todas las transacciones realizadas.

Parágrafo 2. Los medicamentos cuyo CUM se encuentre en estado inactivo no generan obligación de reporte en cero por parte de los actores con Rol 1, dado que no están en comercialización.

Parágrafo 3. Las preparaciones magistrales que no cuenten con CUM o Identificador Único de Medicamento asignado, están excluidas del reporte al SISMED. Los materiales de partida utilizados en su elaboración que cuenten con CUM o IUM si son objeto de reporte.

Artículo 5. Actores obligados a reportar información al SISMED. Serán responsables de efectuar el reporte de operaciones de venta y de compra al SISMED, aquellos actores que realicen una transacción primaria institucional, transacción primaria comercial, transacción secundaria institucional, transacción secundaria comercial y transacción final institucional.

Los actores que realicen solicitudes de recobro/cobro a la Administradora de los Recursos del Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) deberán realizar el reporte de los montos recobrados de acuerdo con el anexo técnico de la presente Circular.

Las entidades que se identifiquen con el Rol 1 deberán reportar medicamentos que no se hayan vendido en el periodo de reporte.

Parágrafo. Los actores que vendan directamente al consumidor el medicamento objeto de reporte estarán exentos de reportar al SISMED la operación de compra en una transacción secundaria comercial.

Artículo 6. Reportes válidos. Sólo se aceptarán los reportes de información enviados a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS), de acuerdo con lo dispuesto en los Anexos Técnicos No. 1 y No. 2 contenidos en la presente Circular; por lo que aquellos que no se hagan a través de dicha plataforma serán considerados como no válidos.

Durante los periodos de reporte establecidos en el artículo 8 de la presente Circular, el archivo podrá cargarse en la plataforma PISIS tantas veces como sea necesario.

El último archivo enviado a la plataforma y con confirmación de reporte, según lo señalado en el artículo 7 de esta Circular, se entenderá como el archivo final de reporte, que atiende a la obligación establecida en el presente acto administrativo.

Parágrafo. Las tablas actualizadas con los valores permitidos se podrán consultar en la opción "*Tablas de referencia básica*" disponibles en web.sispro.gov.co.

Artículo 7. Confirmación de reporte. El proceso de cargue de información en la plataforma SISMED genera dos notificaciones; la primera, confirma que el archivo cumple las validaciones de estructura y la segunda, reporta el resultado de la verificación del contenido de los registros, momento en el cual se determina el estado definitivo del archivo.

Se entenderá cumplida la obligación de reportar información de precios de medicamentos únicamente cuando la segunda notificación indique el estado CT: Cargado Totalmente al 100%, de acuerdo con las especificaciones contenidas en los Anexos Técnicos No. 1 y No. 2, que hacen parte de la presente circular.

Un estado CP o Cargado Parcialmente indica que solo los registros sin errores fueron procesados. Este estado no implica cumplimiento de la obligación de reporte. Los registros rechazados deberán ser corregidos y reenviados dentro del periodo de reporte vigente, conforme al artículo 6 de la presente Circular.



Artículo 8. Plazo para el envío de reporte de información al SISMED. Los actores identificados en el artículo 5 de la presente Circular, deberán enviar el reporte de información al SISMED en los siguientes plazos:

- 8.1.** Los actores identificados como Rol 1, deben reportar la información de que trata el Anexo Técnico No. 1, así:

Junio	Del 1 al 31 de julio del año del reporte.
Julio	Del 1 al 31 de agosto del año del reporte.
Agosto	Del 1 al 30 de septiembre del año del reporte.
Septiembre	Del 1 al 31 de octubre del año del reporte.
Octubre	Del 1 al 30 de noviembre del año del reporte.
Noviembre	Del 1 al 31 de diciembre del año del reporte.
Diciembre	Del 1 al 31 de enero del año siguiente al año de reporte.

Mes a reportar	Plazo para reportar
Enero	Del 1 al 28 o 29, según corresponda, de febrero del año del reporte.
Febrero	Del 1 al 31 de marzo del año del reporte.
Marzo	Del 1 al 30 de abril del año del reporte.
Abril	Del 1 al 31 de mayo del año del reporte.
Mayo	Del 1 al 30 de junio del año del reporte.

- 8.2.** Los actores identificados con el Rol 2, deben reportar la información de que trata el Anexo Técnico No. 2, de la siguiente manera:

Meses a reportar	Plazo para reportar
Enero, febrero y marzo del respectivo año	Del 1 al 30 de abril del respectivo año de reporte
Abril, mayo y junio del respectivo año	Del 1 al 31 de julio del respectivo año de reporte
Julio, agosto y septiembre del respectivo año	Del 1 al 31 de octubre del respectivo año de reporte
Octubre, noviembre y diciembre del respectivo año	Del 1 de enero al 15 de febrero del año siguiente al respectivo año de reporte



Artículo 9. Sanciones por el incumplimiento del reporte. La omisión, renuencia o inexactitud del reporte serán sujetas a las sanciones que haya lugar por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, de acuerdo con lo previsto en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 10. Inicio de reportes y transitoriedad. Los obligados a reportar contarán con un período de tres (3) meses de prueba de la plataforma, contados a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de publicación de la presente Circular, lapso durante el cual deberán reportar en los términos dispuestos en la Circular 06 de 2018 y su modificatoria, la Circular 17 de 2023. Sin perjuicio de lo anterior, durante este período los obligados podrán realizar envíos de prueba bajo la nueva estructura de forma voluntaria, sin que ello tenga carácter vinculante ni sustituya el reporte obligatorio.

Durante este periodo, los actores contarán con el acompañamiento de la Secretaría Técnica de la Comisión.

Parágrafo. Con el fin de garantizar la comparabilidad anual de la información y el empalme de la serie estadística, los obligados a reportar deberán presentar, a más tardar el 31 de diciembre de 2026, un reporte correspondiente a los meses del año 2026 que no fueron reportados conforme con las especificaciones de los Anexos Técnicos No. 1 y No. 2.

Artículo 11. Publicación de información de precios de medicamentos. La publicación de la información de precios de medicamentos se dispondrá al público para su descarga, sin restricciones de usuario, en una hoja de cálculo. De la información reportada al SISMED, se procesará y dará a conocer al público la correspondiente a precios mínimos, precios máximos, el promedio de los precios reportados, las ventas y el total de unidades para cada medicamento, discriminado por mes y año de reporte, rol del actor en el reporte, tipo de operación, tipo de transacción y unidad en la que se factura el medicamento.

Artículo 12. Vigencia y derogatoria. La presente Circular rige a partir de su publicación y surte efecto un día hábil después que finalice el período transitorio previsto en el artículo 10 de la presente Circular, fecha a partir de la cual quedará derogada la Circular 06 de 2018 y su modificatoria, Circular 17 de 2023,

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Precios%20de%20Medicamentos%20No%20021%20de%202026.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



2.2.3. Circular Externa 21 de 2026

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) PUBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD (EAPB), Y DEMÁS ACTORES SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD Y DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

ASUNTO: DIRECTRICES. PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA Y MORTALIDAD INTEGRADA POR IRA, EDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS.

FECHA: 25 JUNIO 2026

La salud y el desarrollo infantil en Colombia son una prioridad del Estado, que se concretó en la Política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, en el Plan Nacional de Desarrollo “Colombia, potencia mundial de la vida 2022-2026”, y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 — 2031, siendo en este último que se proyectó avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de modo que, en el PDSP se especifican las siguientes metas a alcanzar en el país con relación a los ODS: i) Reducir la Razón de Mortalidad Materna a 32 casos por 100.000 nacidos vivos, ii) Reducir la mortalidad perinatal a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos, iii) Reducir la mortalidad neonatal a 6 casos por cada 1.000 nacidos vivos, iv) Reducir la mortalidad infantil a 15,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, v) Reducir la mortalidad en menores de cinco años a 10,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos y vi) Reducir la mortalidad por desnutrición aguda a una tasa de 5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

En consonancia a estas prioridades nacionales de salud pública, desde el año 2022 el país hizo un llamado a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para acelerar las acciones estratégicas conforme a sus competencias y así cumplir con estas metas en un tiempo menor que el proyectado en los ODS.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El llamado a la acción que se concretó en el **Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna - PARE MM1**, respaldado en la Resolución 3280 de 2018 y la Circular Externa 47 de 2022, e igualmente se concretó en el **Plan para la Reducción de la Mortalidad en Niñas y Niños en Primera Infancia**, expedido mediante la Circular Externa 022 del 2024 por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las que además se reiteran las responsabilidades de los actores del SGSSS, en lo concerniente a la vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) de salud materna e infantil.

En particular, la Circular Externa 47 de 2022 establece directrices específicas para cada uno de los actores del sistema, frente a las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipales de salud y las EPS, Entidades adaptadas, regímenes especiales y de excepción, el literal m) de los numerales 1 y 2, y el literal q) del numeral 3 determina respectivamente: *“Garantizar el cumplimiento de los lineamientos y protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con la salud materna como mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos”- respecto a las IPS, el literal o) del numeral 4 señala: “o. Realizar el seguimiento a los casos de morbilidad materna extrema”* de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, la Circular Externa 22 del 2024 establece directrices específicas frente a las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal de salud, EPS, entidades adaptadas, EAPB e IPS para *“Garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales, protocolos de vigilancia en salud pública y el Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos relacionados con la salud infantil. Así mismo, revisar la información disponible en los tableros de control que permita conocer la situación epidemiológica actual de cada evento”, y frente a los entes territoriales específicamente, se resalta la de “Establecer acciones de mejora a cada integrante del SGSSS a partir de los hallazgos identificados en los tableros de problemas de las unidades de análisis y garantizar el seguimiento al cumplimiento de las mismas, teniendo en cuenta las fechas de cumplimiento y los medios de verificación concertados”.*

Lo anterior, en cumplimiento de la normatividad vigente y las directrices técnicas sobre el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 del 2016, específicamente en relación con la notificación, análisis, seguimiento y uso de la información en salud pública y en relación a las orientaciones de la acción en salud pública, los mecanismos de seguimiento, la evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia con base en la información generada por la vigilancia en salud pública, para la prevención y control de los problemas de salud de la población, que incluyen los procesos asociados a las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública y la definición de planes de mejoramiento con los actores relacionados.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Ahora bien, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el año 2023 fue de 46,9 casos por cada 100.000 nacidos vivos respecto al año 2022 de 48,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos para una reducción del 3%, siendo esta la razón más baja de los últimos 5 años (2019, 2020, 2021, 2022, 2023)“, para el año 2024 la RMM fue de 45,6 casos por cada 100.000 nacidos vivos⁵ frente al 2023 se evidencia una reducción del 2,8% y frente al año 2022 una variación porcentual de reducción en la razón del 6%. Lo que sugiere progresos en la reducción del indicador a partir del 2022, año de implementación del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Igualmente, según las últimas estimaciones de mortalidad materna 2000 a 2023, para Colombia la tasa de reducción anual promedio de la RMM para el periodo del 2000 al 2023 fue solo del 2%, con una variación general de reducción de sólo el 37% en más de dos décadas (2000 - 2023) insuficiente para alcanzar el ODS 3.1.6 A su vez, indica magnos desafíos para cumplir la meta del Plan Decenal de Salud Pública y alinea un reto sin precedentes para salvaguardar la vida de las gestantes y las personas en capacidad de gestar.

Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal para el año 2023 fue de 6,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos, respecto al año 2022 de 7,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2023 la muerte durante los primeros siete días de vida representó el porcentaje más alto de mortalidad neonatal. Durante los últimos cinco años las principales causas de muerte en Colombia han sido prematuridad e inmadurez, asfixia y malformaciones congénitas. La mortalidad neonatal aporta el 62% del total de casos de la mortalidad infantil y el 49% de la mortalidad en niñez. De tal manera, Colombia presenta un comportamiento de descenso, pero debe continuar el llamado a realizar acciones urgentes, porque no hay progresos significativos en su reducción, comparando el histórico nacional del indicador de los últimos cinco años.⁷

Con respecto a la mortalidad infantil, aunque las tasas nacionales han mostrado un descenso en el histórico de los últimos cinco años, persiste una amplia brecha frente a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. De acuerdo con cifras oficiales del DANE, en 2023 se reportaron: i) tasa de mortalidad perinatal 14,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos; ii) tasa de mortalidad neonatal 6,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos; jii) tasa de mortalidad en niñez 13,7 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años; iv) tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda 5,0 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años; v) tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda 10,8 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años y vi) tasa de mortalidad por desnutrición de 8,8 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años

La información para 2024 evidencia reducciones en todos los indicadores en comparación con el

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



año anterior: i) la mortalidad perinatal descendió a 13,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-3,4% respecto a 2023); ii) la mortalidad neonatal a 6,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-2,7%); iii) la mortalidad en la niñez a 13,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-3,4%); iv) la mortalidad por enfermedad diarreica aguda a 4,47 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-10%); v) la mortalidad por infección respiratoria aguda a 8,55 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-20,4%); y vi) la mortalidad por desnutrición a 6,51 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-25,8%)⁸. Aunque estas reducciones reflejan avances en la gestión de la salud pública, los progresos alcanzados aún resultan insuficientes para cerrar la brecha existente con las metas nacionales de salud infantil y de la niñez.

Considerando que en los planes para la reducción de la mortalidad materna y en la primera infancia incorporan de manera transversal la sexta línea estratégica, “Fortalecer la gobemanza”, la cual insta a los actores al fortalecimiento de las acciones de estructuración, verificación, aprobación y seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis de muerte materna, perinatal y neonatal tardía, así como de la mortalidad integrada en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y desnutrición aguda, en el marco de sus competencias, es menester emitir las directrices a nivel nacional para la implementación y seguimiento de estos planes de mejoramiento a nivel territorial.

En este contexto, se hace necesario señalar las funciones y responsabilidades de las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y los demás actores del sistema para concertar, ejecutar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las Unidades de Análisis de Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, así como de la Vigilancia Integrada de la Mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y Desnutrición Aguda, dando estricto cumplimiento a las directrices, lineamientos técnicos y protocolos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud con el fin de fortalecer la toma de decisiones y contribuir a la reducción de muertes evitables.

En virtud de lo anterior, en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social conferidas en el artículo 4o de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 42 de la Ley 715 del 2001; como ente rector del sector de salud; así como en el marco de las funciones establecidas para el Instituto Nacional de Salud en el artículo 4o del Decreto 4109 de 2011, e igualmente, según las funciones establecidas para la Superintendencia Nacional de Salud en el artículo 4o del Decreto 1080 de 2021, se imparten las directrices conjuntas entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para la implementación y el seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía y vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y desnutrición aguda, a todos los actores del Sistema

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



General de Seguridad Social en Salud:

DIRECTRICES

1. ENTIDADES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES.

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Liderar los procesos de convocatoria y coordinación de las unidades de análisis, asegurando la participación de todos los prestadores involucrados en la atención del caso, del asegurador, y el acompañamiento de un experto técnico en temas materno - perinatales y de primera infancia (ginecobstetra o pediatra) u otros especialistas que se requieran según la característica específica del caso. Asimismo, garantizar la participación de las dependencias de la entidad territorial con competencias en prestación de servicios, calidad, inspección y vigilancia, salud pública, aseguramiento, entre otras, con el fin de lograr la identificación integral de situaciones problema y hallazgos asociados a la muerte (tablero de problemas), que servirá como insumo para la elaboración de los planes de mejoramiento.
- c) Realizar las unidades de análisis de acuerdo con las responsabilidades y lineamientos definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis del Instituto Nacional de Salud que se encuentre vigente. El o los representantes que asistan al comité, deben tener la capacidad de tomar decisiones frente a la clasificación final de los casos e identificación de situaciones problema; asegurando el cumplimiento de todas las fases descritas frente a la metodología del proceso de unidad de análisis: i) Planeación: búsqueda activa de casos, búsqueda y recolección de fuentes de información y convocatoria; ii) Desarrollo: garantizar la participación de los actores involucrados, análisis de las fuentes de información en orden cronológico, clasificación del caso, ajustes de la cadena causal de ser requerido e identificación de características individuales y situaciones problemas relacionados con los servicios de salud (tablero de problemas) y descripción cualitativa del caso; iii) Divulgación de la información: realizar envío del acta a los asistentes y el consolidado de los tableros de problemas a los actores involucrados.
- d) Orientar las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de cada actor de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias de cada actor.

- e) Orientar las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de cada actor de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias de cada actor.
- f) Validar que los planes de mejoramiento⁹ sean concordantes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis; incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (pre-plan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales¹⁰ se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.
- g) Notificar la aprobación o la no aprobación del plan de mejoramiento a la entidad involucrada (asegurador, prestador de servicios de salud, entidad territorial municipal), de la siguiente manera:
 - i. En caso de la “No aprobación” indicar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas y otros a los que haya lugar, y asignar un plazo de diez (10) días hábiles para su nueva radicación ante la entidad territorial.
 - ii. La segunda verificación del plan de mejoramiento por parte de la entidad territorial debe darse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles posterior a la nueva radicación.
 - iii. De persistir la “No aprobación” del plan de mejoramiento, proceder de acuerdo con su competencia y a los procesos de inspección, vigilancia y control definidos por la entidad territorial.
 - iv. Estas notificaciones deben enviarse al responsable directo (asegurador, prestador de servicios de salud, entidad territorial municipal) registrado en la etapa de radicación del plan de mejoramiento.
- h) Establecer un proceso de seguimiento mensual documentado de los planes de mejoramiento que incluya procedimientos, herramientas y demás, que permita evaluar mediante la revisión documental o en sitio, el cumplimiento de las acciones establecidas, por cada una de las partes involucradas para subsanar los hallazgos. El proceso involucra las diferentes áreas de la entidad territorial de acuerdo con su estructura organizacional. Las áreas encargadas de la validación, seguimiento y retroalimentación de los Planes de



Mejoramiento serán aquellas con competencias en el hallazgo identificado en la Unidad de Análisis.

- i) Notificar a la Superintendencia Nacional de Salud los incumplimientos reiterados identificados durante la aprobación y seguimiento a los planes de mejoramiento a cargo de las entidades de aseguramiento en salud, prestadores de servicios de salud y entidades territoriales municipales, allegando un informe de las acciones de inspección y vigilancia desarrolladas por la Entidad Territorial con la evidencia documental que los soporte.
- j) Realizar articulación sectorial e intersectorial para crear espacios y divulgar información de los tableros de problemas, como instrumento de toma de decisiones por parte de los actores involucrados según las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹¹

2. ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES.

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Liderar o apoyar el proceso de convocatoria de las unidades de análisis según competencia,¹² asegurando la participación de todos los prestadores involucrados en la atención del caso, el acompañamiento de un experto técnico en temas materno-perinatales y de primera infancia (ginecobstetra o pediatra) u otros especialistas que se requieran según la característica específica del caso. Asimismo, garantizar la participación de las dependencias de la entidad territorial con competencias en prestación de servicios, calidad, inspección y vigilancia, salud pública, aseguramiento, entre otras, con el fin de lograr la identificación integral de situaciones problema y hallazgos asociados a la muerte (tablero de problemas), que servirá como insumo para la elaboración de los planes de mejoramiento.
- c) Realizar las unidades de análisis de acuerdo con las responsabilidades lineamientos definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis del Instituto Nacional de Salud que se encuentre vigente y según competencia.¹³ El o los representantes que asistan al comité, deben tener la capacidad de tomar decisiones frente a la clasificación final de los casos e identificación de situaciones problema; asegurando el cumplimiento de todas las fases descritas frente a la metodología del proceso de unidad de análisis: i)

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Planeación: Búsqueda activa de casos, búsqueda y recolección de fuentes de información y convocatoria; ii) Desarrollo: Garantizar la participación de los actores involucrados, análisis de las fuentes de información en orden cronológico, clasificación del caso, ajustes de la cadena causal de ser requerido e identificación de características individuales y situaciones problemas relacionados con los servicios de salud (tablero de problemas) y descripción cualitativa del caso; iii) Divulgación de la información: Realizar envío del acta a los asistentes y el consolidado de los tableros de problemas a los actores involucrados.

- d) Participar desde las áreas competentes en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de cada actor de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias de cada actor.
- e) Estructurar el plan de mejoramiento¹⁴ cuando se identifiquen situaciones problema a nivel de la entidad territorial municipal de salud, teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social,¹⁵ este debe ser consecuente con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis; incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (preplan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.
- f) Radicar ante la secretaría de salud departamental el plan de mejoramiento en un tiempo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, con definición de acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental y en caso de "No aprobación" realizar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este proceso estará a cargo del responsable directo de la entidad que fue registrado en la etapa de radicación del plan.
- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental los resultados obtenidos incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- i) Apoyar los procesos de seguimiento mensual documentado de los planes de mejoramiento de los actores involucrados a nivel municipal según los tiempos establecidos de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, y de acuerdo con las responsabilidades que se le hayan asignado por parte de la Entidad de Salud Departamental y los propios de su competencia. En este marco, deberá reportar los incumplimientos reiterados por parte de los actores involucrados a nivel municipal, a la Entidad Territorial Departamental de Salud.
- j) Realizar articulación sectorial e intersectorial para crear espacios y divulgar información de los tableros de problemas, como instrumento de toma de decisiones por parte de los actores involucrados según las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹⁶

3. ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD (EAPB): ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LOS RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN.

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Recopilar toda la bitácora de atenciones, así como la identificación de las diferentes instituciones involucradas en la atención del caso asegurando en conjunto con la entidad territorial la participación de todos actores involucrados en la atención, incluida la IPS primaria asignada al caso, así mismo debe validar: i) los periodos de afiliación y la continuidad, en caso de periodo sin afiliación (especificando los intervalos de tiempo y el motivo); ii) la pertenencia étnica o grupo poblacional especial iii) la pertenencia a una cohorte de riesgo¹⁷ (en caso de pertenecer a una cohorte de riesgo debe identificar en qué programa de seguimiento se encontraba); iv) lugar de residencia del caso; v) conformación del núcleo familiar del caso dentro del aseguramiento.
- c) Garantizar la participación en la unidad de análisis de todas dependencias de la entidad que permitan identificar las situaciones que, desde el aseguramiento, gestión del riesgo, prestación de los servicios de salud y el área calidad afectaron el cumplimiento de los hitos de la atención materno perinatal e infantil.
- d) Participar en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de



mejoramiento de la entidad de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias.

- e) Estructurar los planes de mejoramiento¹⁸ teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁹, estos deben ser consecuentes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis, incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (preplan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.
- f) Radicar ante la secretaría de salud departamental o distrital los planes de mejoramiento en un tiempo máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, con definición de acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada con un tiempo de cumplimiento de tres (3) a seis (6) meses y máximo de un (1) año cuando se requieran acciones estructurales para poder realizar el cierre del plan.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental o Distrital y en caso de "*No aprobación*" realizar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este proceso estará a cargo del responsable directo de la entidad que fue registrado en la etapa de radicación del plan.
- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental o Distrital los resultados obtenidos del seguimiento incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.
- i) Responder de manera efectiva y oportuna a las consultas, requerimientos o procesos de retroalimentación relacionados con el plan de mejoramiento emitidos por las Entidades Territoriales de Salud Departamentales o Distritales.

4. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), PUBLICAS PRIVADAS Y MIXTAS

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Asegurar una vez identificado un caso que cumpla con la definición operativa del evento: i) la notificación oportuna del evento en el aplicativo SIVIGILA; ii) gestión de la toma de muestras (en aquellos casos que esté indicado), y su envío oportuno a los Laboratorios de Salud Pública- LSP de las secretarías o del Instituto Nacional de Salud según se requiera; iii) validación del departamento de residencia del caso previo a su notificación; iv) diligenciar el certificado de defunción cuya estructura contempla no solo el evento asociado a la defunción, sino también las patologías crónicas de base en aquellos casos que lo ameriten, así como la identificación de variables de las Mujeres en Edad Fértil; v) iniciar y organizar en orden cronológico la recolección de los diferentes soportes de la atención, incluyendo resumen de las atenciones de la H.C, resultados de laboratorio, resultados preliminares de necropsias clínicas o médico legales, valoraciones realizadas por servicio social en aquellos casos que lo ameriten, entre otras. Y vi) presentar el resumen de las atenciones durante la unidad de análisis con los principales hallazgos de forma cronológica, disponer de los resultados de los laboratorios y pruebas específicas solicitadas durante la atención.
- c) Garantizar que en las unidades de análisis participen los profesionales idóneos (clínicos; incluyendo al profesional de medicina que atendió el caso o en su defecto que conozca el caso, y administrativos; epidemiólogo, área de calidad) con capacidad para analizar, evaluar la atención en salud y tomar decisiones.
- d) Participar en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de la entidad de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias.
- e) Estructurar los planes de mejoramiento²⁰ teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social²¹, estos deben ser consecuentes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis, incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (preplan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre; asegurando cambios sostenibles en



el tiempo que inciden en la atención segura y de calidad de salud de las personas en periodo de gestación, parto y posparto, niños y niñas.

- f) Radicar ante la Entidad Territorial departamental o distrital los planes de mejoramiento en un tiempo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, implementando las acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental o Distrital y en caso de "No aprobación" realizar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este proceso estará a cargo del responsable directo de la institución que fue registrado en el proceso de radicación del plan.
- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental o Distrital los resultados obtenidos incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.
- i) Responder de manera efectiva y oportuna a las consultas, requerimientos o procesos de retroalimentación relacionados con el plan de mejoramiento emitidos por las entidades territoriales de salud departamentales o distritales y las EAPB.

5. ACTIVACIÓN DEL COMPONENTE DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

En el marco de las competencias constitucionales y legales asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente las previstas en las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y 1949 de 2019, así como en el Decreto 1080 de 2021 y demás normas concordantes, la Entidad podrá evaluar la procedencia de actuaciones administrativas cuando, reciba por parte de la entidad territorial el informe de incumplimientos reiterados en su proceso de seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis y se identifiquen situaciones que puedan comprometer la garantía del derecho fundamental a la salud.

La activación del componente de Inspección, Vigilancia y Control se realizará conforme a los principios de legalidad, debido proceso, proporcionalidad, razonabilidad y enfoque de riesgo, y en ningún caso implicará la creación de nuevas faltas, sanciones o tipologías diferentes a las previstas en el ordenamiento jurídico vigente.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



5.1. Definición de “Incumplimiento Reiterado”

Se configurará incumplimiento reiterado cuando ocurra al menos una de las siguientes condiciones:

- Dos (2) ciclos consecutivos de seguimiento con resultado "No cumple" sin evidencia de avance del plan de mejoramiento.
- Segunda "No aprobación" del plan por parte de la Entidad Territorial Departamental o Distrital.
- Incumplimiento de acciones críticas de inmediato cumplimiento.
- Reincidencia en incumplimientos similares en el mismo asegurador dentro de doce (12) meses posteriores a la ocurrencia del caso.
- Incumplimiento del plan de mejoramiento al momento del cierre del seguimiento.
- Incumplimiento en la entrega del plan de mejoramiento por parte de las entidades territoriales municipales prestadores de servicios de salud y aseguradores después de la segunda solicitud.

5.2. Reporte de situaciones a la Superintendencia Nacional de Salud

Cuando las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales identifiquen situaciones que, en el marco de sus competencias, puedan constituir riesgo para la garantía del derecho a la salud, derivado de los planes de mejoramiento con incumplimiento reiterado por parte de los actores del sistema, podrán remitir informe técnico trimestral con la descripción del motivo, a la Superintendencia Nacional de Salud.

El informe deberá contener, como mínimo:

- Identificación del actor involucrado (nombre o razón social y NIT).
- Tipo de evento asociado (Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Desnutrición aguda).
- Fecha de realización de la Unidad de Análisis.
- Planes de mejoramiento incumplidos.
- Estado de cumplimiento y evidencia documental.
- Medidas administrativas adoptadas por la entidad territorial.
- Nivel de riesgo actual identificado para la población.

El envío de dicho informe no implica apertura automática de actuación administrativa, sino que permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones, evaluar, bajo criterios de riesgo y conforme a sus competencias legales, la pertinencia de adelantar actuaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de inspección, vigilancia o control.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.4. Circular Externa 22 de 2026

COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Por la cual se incorpora, modifica y se actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios

LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

En uso de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el párrafo del artículo 245 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, el párrafo del artículo 23 de la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1071 de 2012, y el artículo 1 del Decreto 705 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, estableció que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Que, en desarrollo de lo anterior, así como de lo previsto en el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 1o del Decreto 705 de 2016 delegó en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM, en adelante la Comisión) la competencia para definir la metodología y los mecanismos para la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de estos, y también, la de incluir cualquier medicamento al régimen de control directo de precios.

Que, en tal sentido, la Comisión expidió la Circular 18 de 2024, mediante la cual se estableció la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.

Que, aplicados los criterios metodológicos, la Comisión realizó la conformación de los mercados relevantes por principio activo DCI y forma farmacéutica agrupada (FFA), asignando un nuevo identificador (ID) a todos los mercados relevantes, incluyendo aquellos que ya se encontraban

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



incorporados en el régimen de control de precios.

Que, con sujeción a lo dispuesto por el artículo 14 de la Circular 18 de 2024, la Comisión establece para cada mercado relevante un puntaje a partir de su participación de ventas y concentración en el mercado.

Que, como resultado de lo anterior, la Comisión definió los mercados relevantes que son parte del Grupo Ay, a partir de este listado, la secretaría técnica de la Comisión realizó la priorización de los mercados relevantes sujetos al cálculo del precio base, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 de la Circular 18 de 2024, considerando la necesidad de priorizar los medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades huérfanas, VIH, vitales no disponibles y/o medicamentos de alto costo, en atención a su impacto en la salud pública y en la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Que, conforme a las excepciones para la conformación de mercados relevantes previstas en el artículo 21 de la Circular 18 de 2024, se conformó los mercados relevantes ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral, ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable, ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable/transdérmico (Implante - parche), ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA - Sólido - Oral e ¡SGLT2 - Sólido - Oral, haciendo uso de la excepción contemplada en el numeral 21.1, el cual establece que podrán pertenecer a un mismo mercado relevante aquellos medicamentos de diferentes DCI o DCI-FFA que compartan indicaciones terapéuticas similares, como ocurre en este caso.

Que, los artículos 12, 19 y 20 de la Circular 18 de 2024 determinan que el cálculo del precio máximo de venta se deberá establecer a partir del precio base, el cual es el mínimo entre el Precio de Referencia Internacional (PRI) y el Precio de Referencia Nacional (PRN).

Que, como resultado de la aplicación de la nueva metodología fueron incorporados 33 mercados relevantes y 4 submercados, listados en el Artículo 1, al régimen de control directo de precios por primera vez; 22 mercados relevantes y 10 submercados, listados en el Artículo 2, fueron modificados en su precio máximo de venta, toda vez que se encontraron potenciales eficiencias en el gasto público en las diferentes transacciones comerciales, o su referenciación internacional de precios se realizó aproximadamente hace cinco o más años; y 8 mercados relevantes, fueron modificados en atención a solicitudes recibidas por la Secretaría Técnica de la Comisión: ALIROCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable, ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable, ANTICONCEPTIVO - Sólido - Oral, ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Intrauterino (Implante), DIDROGESTERONA - Sólido - Oral, FACTOR IX - Líquido/Sólido - Inyectable, IBUPROFENO - Líquido/Sólido - Inyectable y TALIDOMIDA - Sólido - Oral.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que la Comisión realizó el cálculo del margen de ajuste que trata el artículo 10 de la Circular 18 de 2024, mediante el promedio simple de los márgenes disponibles en los distintos países, considerando que, entre los márgenes disponibles por país, se toma como referencia el margen más alto de cada uno y para la presente Circular, el resultado del cálculo para el margen de ajuste es de 9,6%.

Que fueron actualizados 528 mercados relevantes y 22 submercados, como resultado de la aplicación del artículo 23 de la Circular 18 de 2024, que establece la actualización del precio máximo de venta de cada uno de los mercados relevantes que hayan sido objeto de control directo de precio aplicando la tasa de cambio diaria nominal de la moneda de los países de referencia expresada en pesos colombianos (COP) publicada por el Banco de la República, definida en el artículo 8 ibidem.

Que, debido a los esfuerzos técnicos y administrativos para llevar a cabo la implementación de la metodología de la Circular 18 de 2024, la Comisión inició la implementación de la misma en enero de 2025 sin que para ese año se expidiera un acto administrativo.

Que, en razón a lo anterior y teniendo en cuenta que los precios de los medicamentos que ya se encuentran en régimen de control directo fueron actualizados por última vez mediante la Circular 19 de 2024, resulta necesario calcular dos tasas de cambio: (i) una tasa de cambio para el cálculo del PRI de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Circular 18 de 2024 cuyo periodo de referencia es desde el 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024 y (ii) una tasa de cambio para la actualización de precios de medicamentos previamente ingresados a control directo.

Que, en consecuencia, las variaciones porcentuales de las tasas de cambio arrojan un ajuste del -7,43% para los mercados relevantes contenidos en el artículo 3. Dicho cálculo se obtuvo al contrastar el periodo de referencia anterior, comprendido entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023, utilizado para la última actualización de precios, con el nuevo periodo evaluado, que abarcó desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Que, la Circular 18 de 2024 establece, en su artículo 27, que las circulares que contienen precios máximos de venta emitidas con base en la metodología de la Circular 03 de 2013, mantendrán su vigencia hasta cuando sean actualizados conforme al artículo 23 de la misma Circular.

Que, ante la situación de desabastecimiento de los medicamentos que hacen parte del mercado relevante “Talidomida- sólido oral”, fue necesario aplicar lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 23 de la Circular 18 de 2024 y actualizar el precio base de este mercado relevante a través de la referenciación internacional de precios.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que, de acuerdo con lo establecido por la Circular 18 de 2024, en su artículo 20, los precios máximos de venta se establecen por mercado relevante y aplican para todos los medicamentos que los componen.

Que, como consecuencia de modificaciones en la conformación de los mercados relevantes de ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable, ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Intrauterino/Vaginal (Implante - Anillo), ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral y atendiendo a solicitudes recibidas por la Secretaría Técnica de la Comisión, se modifica los precios máximos de venta de los submercados DIENOGEST + ETINILESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral, DIENOGEST + VALERATO DE ESTRADIOL - Sólido - Oral, DIENOGEST + ESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral, VALERATO ESTRADIOL + NORETISTERONA (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable, LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Vaginal (Implante Intrauterino) y se incorpora a control de precios DROSPIRENONA (Anticonceptivo) - Sólido - Oral y ETINILESTRADIOL + ETONOGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Vaginal.

Que, como resultado de las peticiones recibidas por la secretaría técnica de la Comisión en relación con la revisión del precio máximo de venta del mercado relevante IBUPROFENO - Líquido/Sólido - Inyectable y DIDROGESTERONA - Sólido - Oral, y luego de los análisis efectuados, se considera necesaria la modificación de su precio base aplicando la referenciación internacional de precios.

Que, la Circular 18 de 2024 establece, en su artículo 12, que el precio máximo de venta será el mismo para las ventas de medicamentos en la transacción primaria institucional, transacción primaria comercial, transacción secundaria institucional y transacción secundaria comercial.

Que, considerando que lo dispuesto en la presente circular atiende la aplicación de la metodología establecida en la Circular 18 de 2024, sometida al trámite de abogacía de la competencia, se hace extensivo el concepto dado sobre la materia por el Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante escrito radicado en el Sistema de Gestión Documental Orfeo del Ministerio de Salud y Protección Social con número de radicado 202442300186812 del 24 de enero de 2024 y número radicado SIC 23-563628.

Que lo contenido en la presente circular y sus respectivos anexos fueron publicados dos veces para consulta nacional, la primera entre el 26 de diciembre de 2025 al 26 de enero de 2026 y la segunda entre el 08 de mayo al 19 de mayo de 2026 y fue aprobada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos mediante sesión asincrónica iniciada el 26 de mayo y finalizada el 29 de mayo de 2026.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Incorporación de mercados relevantes y/o submercados a control directo. Incorpórense al régimen de control directo de precios los mercados relevantes y/o submercados y los medicamentos que los integran, en las transacciones definidas en el artículo 2 de la Circular 21 de 2026, así:

ID MR	Mercado relevante	ID submercado	Descripción Submercado	Unidad de medida	Principio activo base de cálculo	Precio máximo de venta
1008	ABEMACICLIB - Sólido - Oral			Tableta	No Aplica	\$ 165.146,12
1011	ACALABRUTINIB - Sólido - Oral			mg	Acalabrutinib	\$ 2.829,08
1134	ALECTINIB - Sólido - Oral			mg	Alectinib	\$ 382,81
1255	ANTICONCEPTIVO - Sólido - Vaginal (Implante Intrauterino)	1255a	LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Vaginal (19,5 mg - Implante Intrauterino)	implante	No Aplica	\$ 401.641,71
1259	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259l	DROSPIRENONA (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	ciclo	No Aplica	\$ 37.947,68
1282	ATEZOLIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Atezolizumab	\$ 12.606,24
1292	AVELUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Avelumab	\$ 18.148,75
1308	BARICITINIB - Sólido - Oral			mg	Baricitinib	\$ 33.331,76
1407	BUROSUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Burosumab	\$ 1.175.862,96
1417	CABOZANTINIB - Sólido - Oral			Tableta	No aplica	\$ 627.029,82
1441	CAPLACIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Caplacizumab	\$ 1.665.738,83
1467	CASIMERSEN - Líquido - Inyectable			mg	Casimersen	\$ 75.100,74
1755	DOLUTEGRAVIR + LAMIVUDINA - Sólido - Oral			mg	Lamivudina	\$ 42,38
1790	ELEXACFTOR - TEZACFTOR - IVACFTOR + IVACFTOR - Sólido - Oral			kit	No Aplica	\$ 68.416.128,85

ID MR	Mercado relevante	ID submercado	Descripción Submercado	Unidad de medida	Principio activo base de cálculo	Precio máximo de venta
1799	EMTRICITABINA + TENOFOVIR - Sólido - Oral	1799b	EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA - Sólido - Oral	mg	Emtricitabina	\$ 61,06
1859	ETEPLIRSEN - Líquido - Inyectable			mg	Eteplirsén	\$ 74.469,84
1881	FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDERMAL HUMANO RECOMBINANTE FCE-HR (Nepidermina) - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Factor De Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante Fce	\$ 22.306,12
1954	FLUTICASONA - Líquido - Inhalatoria/Nasal	1954a	FUROATO DE FLUTICASONA - Líquido - Nasal	mcg	Furoato de Fluticasona	\$ 8,33
2013	GOLODIRSEN - Líquido - Inyectable			mg	Golodirsén	\$ 74.560,08
2104	INOTERSEN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Inotersén	\$ 80.546,02
2105	INOTUZUMAB OZOGAMICINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Inotuzumab Ozogamicina	\$ 36.236.317,96
2188	LANADELUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Lanadelumab	\$ 114.839,52
2198	LENVATINIB - Sólido - Oral			mg	Lenvatinib Base Libre	\$ 22.715,43
2338	METRELEPTINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Metreleptina	\$ 743.088,39
2453	OFATUMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ofatumumab	\$ 208.913,33
2469	OSILODROSTAT - Sólido - Oral			mg	Osilodrostat	\$ 92.424,96
2630	REGORAFENIB - Sólido - Oral			mg	Regorafenib	\$ 2.938,84
2642	RISANKIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Risankizumab	\$ 55.017,57
2643	RISDIPLAM - Sólido - Oral			mg	Risdiplam	\$ 527.949,07
2656	ROMOSUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Romosozumab	\$ 5.841,12
2674	SATRALIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Satralizumab	\$ 229.487,72
2718	SOFOSBUVIR + VELPATASVIR - Sólido - Oral			mg	Sofosbuvir	\$ 1.504,94
2756	TAFAMIDIS - Sólido - Oral			mg	Tafamidis	\$ 22.590,17
2776	TEDUGLUTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Teduglutida	\$ 483.072,52
2867	UPADACITINIB - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Upadacitinib	\$ 5.551,50
2906	VOLANESORSEN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Volanesorsén	\$ 264.069,81
2910	VOSORITIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Vosoritida	\$ 5.813.155,97

* Ciclo*: Precio por la cantidad de Ciclo's (unidades que contienen por ejemplo 21, 24, 28, 30 o 35 tabletas) de la presentación comercial

** Kit: conjunto de unidades farmacéuticas que contienen la combinación fija de elezacaftor/tezacaftor/ivacaftor para administración matutina y ivacaftor para administración nocturna, correspondiente a un ciclo completo de tratamiento de 28 días.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co

Artículo 2. Actualización del precio máximo de venta de mercados relevantes ya incluidos en control directo mediante la metodología de la Circular 18 de 2024. Modifíquese el precio máximo de venta de los mercados relevantes y los medicamentos que los integran, en las transacciones definidas en el artículo 2 de la Circular 21 de 2026, así:

ID MR	Mercado relevante	ID submercado	Descripción submercado	ID MR Circular 19 2024	Unidad de medida	Principio activo base de cálculo	Precio Máximo de Venta
1004	ABACAVIR + DOLUTEGRAVIR + LAMIVUDINA - Sólido - Oral			937	mg	Abacavir Base	\$ 21,98
1009	ABIRATERONA - Sólido - Oral			183	mg	Acetato De Abiraterona	\$ 156,82
1107	ADALIMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			29	mg	Adalimumab	\$ 17.105,79

ID MR	Mercado relevante	ID submercado	Descripción submercado	ID MR Circular 19 2024	Unidad de medida	Principio activo base de cálculo	Precio Máximo de Venta
1194	ALIROCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	1194a	ALIROCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable (150mg/1ml)	650	mg	Alirocumab	\$ 4.689,15
1194	ALIROCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	1194b	ALIROCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable (75mg/1ml)	650	mg	Alirocumab	\$ 9.378,30
1255	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1255e	VALERATO ESTRADIOL + NORETISTERONA (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable	761	mg	Noretisterona Enantato	\$ 183,92
1255	ANTICONCEPTIVO - Sólido - Vaginal (Implante Intrauterino)	1255b	LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Vaginal (52mg) - Implante Intrauterino	548b	implante	No Aplica	\$ 392.295,29
1255	ANTICONCEPTIVO - Sólido - Vaginal (Implante Intrauterino)	1255c	LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Vaginal (13,5 mg - Implante Intrauterino)	548c	implante	No Aplica	\$ 355.450,58
1259	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259j	DIENOGEST + ETINILESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	602C/602	ciclo	No Aplica	\$ 16.955,53
1259	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259k	DIENOGEST + VALERATO DE ESTRADIOL - Sólido - Oral	602b	ciclo	No Aplica	\$ 33.463,36
1259	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259n	DIENOGEST + ESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	602c	ciclo	No Aplica	\$ 37.564,71
1278	ATALUREN - Sólido - Oral			824	mg	Ataluren	\$ 2.956,34
1344	BEVACIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			23	mg	Bevacizumab	\$ 7.395,17
1795	ISGLT2 - Sólido - Oral	1795a	EMPAGLIFLOZINA - Sólido - Oral	194	mg	Empagliflozina	\$ 222,01
1795	ISGLT2 - Sólido - Oral	1795b	DAPAGLIFLOZINA - Sólido - Oral	190	mg	Dapagliflozina	\$ 289,60
1610	COBICISTAT + ELVITEGRAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral			150	Tableta	No Aplica	\$ 18.413,22
1652	DARUNAVIR + RITONAVIR - Sólido - Oral			845	mg	Darunavir	\$ 7,14
1724	DIDROGESTERONA - Sólido - Oral			691	mg	Didrogesterona	\$ 109,12
1754	DOLUTEGRAVIR - Sólido - Oral			600	mg	Dolutegravir Base	\$ 366,39
1791	ELIGLUSTAT - Sólido - Oral			861	mg	Eliglustat	\$ 12.675,36
1798	EMTRICITABINA + RILPIVIRINA + TENOFOVIR - Sólido - Oral	1798a	EMTRICITABINA + RILPIVIRINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA - Sólido - Oral	909	mg	Emtricitabina	\$ 83,55
1798	EMTRICITABINA + RILPIVIRINA + TENOFOVIR - Sólido - Oral	1798b	EMTRICITABINA + RILPIVIRINA + TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral	401	mg	Emtricitabina	\$ 87,29
1799	EMTRICITABINA + TENOFOVIR - Sólido - Oral	1799a	EMTRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral	400	mg	Emtricitabina	\$ 28,58
1809	ENZALUTAMIDA - Sólido - Oral			166	mg	Enzalutamida	\$ 1.573,17
1882	FACTOR IX - Líquido/Sólido - Inyectable	1882a	FACTOR IX (Plasmático) - Líquido/Sólido - Inyectable	85a	UI	Factor IX	\$ 791,44
1882	FACTOR IX - Líquido/Sólido - Inyectable	1882b	FACTOR IX (Recombinante EHL) - Líquido/Sólido - Inyectable	85b	UI	Factor IX	\$ 7.116,74
1882	FACTOR IX - Líquido/Sólido - Inyectable	1882c	FACTOR IX (Recombinante SHL) - Líquido/Sólido - Inyectable	85b	UI	Factor IX	\$ 1.710,69
1884	FACTOR VIII - Líquido/Sólido - Inyectable	1884a	FACTOR VIII (Recombinante EHL) - Líquido/Sólido - Inyectable	86b	UI	Factor VII	\$ 1.515,31
1884	FACTOR VIII - Líquido/Sólido - Inyectable	1884b	FACTOR VIII (Recombinante SHL) - Líquido/Sólido - Inyectable	86b	UI	Factor VII	\$ 1.254,47

ID MR	Mercado relevante	ID submercado	Descripción submercado	ID MR Circular 19 2024	Unidad de medida	Principio activo base de cálculo	Precio Máximo de Venta
1884	FACTOR VIII - Líquido/Sólido - Inyectable	1884c	FACTOR VIII (Plasmático) - Líquido/Sólido - Inyectable	86a	UI	Factor VIII	\$ 854,32
1954	FLUTICASONA - Líquido - Inhalatoria/Nasal	1954b	FLUTICASONA PROPIONATO - Líquido - Nasal	714	mcg	Fluticasona Propionato	\$ 560,08
2069	IBUPROFENO - Líquido/Sólido - Inyectable			928	mg	Ibuprofeno Base	\$ 25.107,09
2197	LENALIDOMIDA - Sólido - Oral	2197a	LENALIDOMIDA (10 mg) - Sólido - Oral	32b	mg	Lenalidomida	\$ 27.253,02
2197	LENALIDOMIDA - Sólido - Oral	2197b	LENALIDOMIDA (15 mg) - Sólido - Oral	32d	mg	Lenalidomida	\$ 18.145,03
2197	LENALIDOMIDA - Sólido - Oral	2197c	LENALIDOMIDA (25 mg) - Sólido - Oral	32c	mg	Lenalidomida	\$ 13.106,07
2197	LENALIDOMIDA - Sólido - Oral	2197d	LENALIDOMIDA (5 mg) - Sólido - Oral	32a	mg	Lenalidomida	\$ 47.434,58
2514	PEGFILGRASTIM - Líquido/Sólido - Inyectable			999	mg	Pegfilgrastim	\$ 134.694,92
2519	PEMBROLIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			404	mg	Pembrolizumab	\$ 100.363,69
2648	RITUXIMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	2648a	RITUXIMAB (Intravenosa) - Líquido/Sólido - Inyectable	17a	mg	Rituximab	\$ 4.281,75
2648	RITUXIMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	2648b	RITUXIMAB (Subcutánea) - Líquido/Sólido - Inyectable	17b	mg	Rituximab	\$ 2.326,73
2759	TALIDOMIDA - Sólido - Oral			979	mg	Talidomida	\$ 38,37
2842	TRASTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	2842a	TRASTUZUMAB - Líquido - Inyectable	18b	mg	Trastuzumab	\$ 6.096,63
2842	TRASTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable	2842b	TRASTUZUMAB - Sólido - Inyectable	18a	mg	Trastuzumab	\$ 4.636,69

* Ciclo*: Precio por la cantidad de Ciclo's (unidades que contienen por ejemplo 21, 24, 28, 30 o 35 tabletas) de la presentación comercial

Artículo 3. Actualización de los precios máximos de venta por mercado relevante. Actualícese el precio máximo de venta para los mercados relevantes, y los medicamentos que los conforman, sujetos al control directo de precios para las transacciones definidas en el artículo 2 de la Circular 21 de 2026, así:

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1005	936	ABACAVIR + LAMIVUDINA - Sólido - Oral			mg	Abacavir Base	\$ 45,22	No Regulado
1007	61	ABATACEPT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Abatacept	\$ 5.037,17	\$ 5.037,17
1023	633	ACICLOVIR - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Aciclovir Base	\$ 289,91	No Regulado
1044	839	ACIDO CARGLUMICO - Sólido - Oral			mg	Carglutámico Ácido	\$ 1.710,55	No Regulado
1046	872	ACIDO COLICO - Sólido - Oral			mg	Ácido Cólico	\$ 22.164,19	No Regulado
1060	722	ACIDO GADOTERICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ácido Gadotérico	\$ 23,58	No Regulado
1061	642	ACIDO GADOXETICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ácido Gadoxético Disódico	\$ 289,18	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1064	873	ACIDO HIALURONICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ácido Hialurónico	\$ 5.608,31	No Regulado
1066	874	ACIDO HIALURONICO + CON드로ITINA - Líquido - Oftálmica			mg	Hialuronato de sodio	\$ 2.621,67	No Regulado
1069	529	ACIDO IBANDRONICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ibandrónico Ácido	\$ 78.764,80	\$ 78.764,80
1075	111	ACIDO MICO FENOLICO - Sólido - Oral	1075a	ACIDO MICO FENOLICO - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Micofenólico Ácido	\$ 13,52	\$ 13,52
1075	111	ACIDO MICO FENOLICO - Sólido - Oral	1075b	ACIDO MICO FENOLICO - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Micofenólico Ácido	\$ 13,52	\$ 13,52
1084	423	ACIDO RETINOICO (Tretinoína) - Sólido - Oral			mg	Tretinoína	\$ 848,33	\$ 848,33
1086	438	ACIDO RISEDRONICO - Sólido - Oral			mg	Risedronato Sódico	\$ 368,86	No Regulado
1093	850	ACIDO TIOCTICO - Sólido - Oral			mg	Ácido Tioctico	\$ 6,90	No Regulado
1100	540	ACIDO VALPROICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Valproico Ácido	\$ 92,96	No Regulado
1101	501	ACIDO VALPROICO - Sólido - Oral	1101a	ACIDO VALPROICO - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Valproico Ácido	\$ 4,52	\$ 4,52
1101	501	ACIDO VALPROICO - Sólido - Oral	1101b	ACIDO VALPROICO - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Valproico Ácido	\$ 4,52	\$ 4,52
1103	531/530	ACIDO ZOLEDRONICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ácido Zoledrónico Anhídrido	\$ 129.987,36	\$ 129.987,36
1536	662	ACLIDINIO - Sólido - Inhalatoria			mcg	Acildinio Base	\$ 6,29	No Regulado
1110	875	ADENOSINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Adenosina	\$ 4.214,29	No Regulado
1111	157	AFATINIB - Sólido - Oral			mg	Afatinib	\$ 6.547,10	\$ 6.547,10
1112	368	AFLIBERCEPT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Aflibercept	\$ 272.267,99	\$ 272.267,99
1113	135	AGALSIDASA - Líquido/Sólido - Inyectable	1113a	AGALSIDASA BETA - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Agalsidasa Beta	\$ 271.115,69	No Regulado
1113	648	AGALSIDASA - Líquido/Sólido - Inyectable	1113b	AGALSIDASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Agalsidasa Alfa	\$ 1.549.974,73	No Regulado
1116	876	AGOMELATINA - Sólido - Oral			mg	Agomelatina	\$ 127,67	\$ 127,67
1136	369	ALEMTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Alemtuzuma b	\$ 2.179.032,21	\$ 2.179.032,21
1191	877	ALFA 1 ANTITRIPSINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Alfa 1 Antitripsina	\$ 2.754,36	No Regulado
1192	428	ALFUZOSINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Alfuzosina Clorhidrato	\$ 122,53	\$ 122,53

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1193	65	ALGLUCOSIDASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Alglucosidas a Alfa	\$ 36.581,38	No Regulado
1201	490	ALPROSTADIL - Líquido/Sólido - Inyectable	1201a	ALPROSTADIL 10 mcg y 20 mcg (Genitourinario) - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Alprostadil	\$ 2.513,07	\$ 2.513,07
1201	546b	ALPROSTADIL - Líquido/Sólido - Inyectable	1201b	ALPROSTADIL 20 mcg (cardiovascular) - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Alprostadil	\$ 15.648,47	No Regulado
1201	546a	ALPROSTADIL - Líquido/Sólido - Inyectable	1201c	ALPROSTADIL 500 mcg (cardiovascular) - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Alprostadil	\$ 428,23	\$ 428,23
1203	69	ALTEPLASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Alteplasa	\$ 33.836,12	\$ 33.836,12
1213	8	AMBRISANTAN - Sólido - Oral			mg	Ambrisentan	\$ 39.761,89	\$ 39.761,89
1222	878	AMINOACIDOS - Sólido - Oral			mg	Acetato de Lisina	\$ 12,23	\$ 12,23
1226	869	AMISULPRIDA - Sólido - Oral			mg	Amisulprida	\$ 10,01	\$ 10,01
1233	987	AMLODIPINO + HIDROCLOROTIAZIDA + VALSARTAN - Sólido - Oral			mg	Valsartán	\$ 11,77	\$ 11,77
1234	879a	AMLODIPINO + INDAPAMIDA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Amlodipino Base	\$ 135,56	No Regulado
1235	957	AMLODIPINO + INDAPAMIDA + PERINDOPRIL - Sólido - Oral			mg	Perindopril Arginina	\$ 175,11	No Regulado
1236	933	AMLODIPINO + IRBESARTAN - Sólido - Oral			mg	Irbesartán	\$ 30,30	No Regulado
1238	942	AMLODIPINO + LOSARTAN - Sólido - Oral			mg	Losartán Potásico	\$ 64,59	No Regulado
1240	966	AMLODIPINO + PERINDOPRIL - Sólido - Oral			mg	Perindopril Arginina	\$ 137,35	\$ 137,35
1241	980	AMLODIPINO + TELMISARTAN - Sólido - Oral			mg	Telmisartán	\$ 35,26	\$ 35,26
1242	986	AMLODIPINO + VALSARTAN - Sólido - Oral			mg	Valsartán	\$ 10,76	\$ 10,76
1253	455	ANASTROZOL - Sólido - Oral			mg	Anastrozol	\$ 5.626,40	\$ 5.626,40
1217	880a	ANFOTERICINA B - Líquido/Sólido - Inyectable	1217a	ANFOTERICINA B - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Anfotericina B	\$ 783,37	No Regulado
1217	880b	ANFOTERICINA B - Líquido/Sólido - Inyectable	1217b	ANFOTERICINA B (Liposomal) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Anfotericina B (Lipídicas)	\$ 10.915,37	\$ 10.915,37
1254	881	ANIDULAFUNGINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Anidulafungina	\$ 4.469,17	\$ 4.469,17

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1256	728	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1256a	ACETOFENID O DE DIHIDROXIPROGESTERONA + ESTROGENO (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Dihidroxiprogesterona Acetofenido	\$ 51,52	No Regulado
1256	784	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1256b	ALGESTONA + ESTRADIOL (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Algestona Acetofenido	\$ 88,24	No Regulado
1256	746	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1256c	ESTRADIOL + MEDROXIPROGESTERONA (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Acetato de Medroxiprogesterona	\$ 519,78	No Regulado
1256	582	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1256d	MEDROXIPROGESTERONA (Anticonceptivo y Terapia Hormonal) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Medroxiprogesterona Acetato	\$ 69,89	No Regulado
1256	564	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable	1256f	MEDROXIPROGESTERONA + ETINILESTRADIOL - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Medroxiprogesterona Acetato	\$ 241,39	No Regulado
1257	760	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable/transdérmico (implante - parche)	1257a	ETINILESTRADIOL + NORELGESTROMINA (Anticonceptivo) - Sólido - Transdérmico	mg	Norelgestromina	\$ 1.540,56	\$ 1.540,56
1257	595	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable/transdérmico (implante - parche)	1257b	ETONOGESTREL (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable (Implante)	mg	Etonogestrel	\$ 2.983,69	No Regulado
1257	548a	ANTICONCEPTIVO - Líquido/Sólido - Inyectable/transdérmico (implante - parche)	1257c	LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Líquido/Sólido - Inyectable (Implante)	mg	Levonorgestrel	\$ 1.909,71	No Regulado
1258	634	ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA - Sólido - Oral	1258a	LEVONORGESTREL - Sólido - Oral (Anticonceptivo de emergencia)	DDD**	No aplica	\$ 16.120,93	\$ 16.120,93
1258	634	ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA - Sólido - Oral	1258b	ULIPRISTAL - Sólido - Oral (Anticonceptivo de emergencia)	DDD**	No aplica	\$ 16.120,93	\$ 16.120,93

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1259	745	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259a	MEDROXIPROGESTERONA (Anticonceptivo y Terapia Hormonal) - Sólido - Oral	mg	Medroxiprogesterona Acetato	\$ 68,39	\$ 68,39
1259	882	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259b	CLORMADINONA + ETINILESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 23.393,14	\$ 23.393,14
1259	688	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259c	DESOGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	mg	Desogestrel	\$ 5.543,65	\$ 5.543,65
1259	689	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259d	DESOGESTREL + ETINILESTRADIOL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 7.973,09	\$ 7.973,09
1259	599	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259e	DROSPIRENONA + ETINILESTRADIOL - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 24.910,92	\$ 24.910,92
1259	506	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259m	ESTRADIOL + NOMEGESTROL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 24.809,84	\$ 24.809,84
1259	581	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259o	ETINILESTRADIOL + GESTODENO (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 11.632,91	No Regulado
1259	584	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259p	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 5.650,13	\$ 5.650,13
1259	762	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259q	ETINILESTRADIOL + NORETISTERONA - Sólido - Oral	mg	Noretisterona Acetato	\$ 180,47	No Regulado
1259	549	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259r	LEVONORGESTREL (Anticonceptivo) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 15.756,23	No Regulado
1259	635	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259s	DROSPIRENONA + ESTRADIOL (Terapia hormonal) - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 40.003,45	\$ 40.003,45
1259	679	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259t	CIPROTERONA + ETINILESTRADIOL - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 9.170,59	\$ 9.170,59
1259	692	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259u	DIDROGESTERONA + ESTRADIOL - Sólido - Oral	mg	Didrogesterona	\$ 158,28	\$ 158,28

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1259	763	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259v	ESTROGENO L + NORGESTRE L - Sólido - Oral	Ciclo*	No aplica	\$ 15.377,26	No Regulado
1259	700a	ANTICONCEPTIVO Y/O TSH - Sólido - Oral	1259w	VALERATO DE ESTRADIOL - Sólido - Oral	mg	Estradiol Valerato	\$ 161,39	\$ 161,39
1262	832	APALUTAMIDA - Sólido - Oral			mg	Apalutamida	\$ 1.357,20	No Regulado
1263	199	APIXABAN - Sólido - Oral			Tableta	Apixaban	\$ 3.877,73	No Regulado
1264	651	APOMORFINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Apomorfina Clorhidrato	\$ 1.911,14	No Regulado
1266	886	APREPITANT - Sólido - Oral			mg	Aprepitán Base	\$ 306,18	\$ 306,18
1271	440	ARIPIPRAZOL - Sólido - Oral			mg	Aripiprazol	\$ 286,15	No Regulado
1275	818	ASFOTASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Asfotasa alfa	\$ 145.918,17	No Regulado
1276	655	ASPARAGINASA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Asparaginas a	\$ 98,71	No Regulado
2933	821	ASPARAGINASA ERWINIA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Asparaginas a Erwinia	\$ 1.328,36	No Regulado
1279	628	ATAZANAVIR - Sólido - Oral			mg	Atazanavir Base	\$ 99,96	No Regulado
1283	460	ATOMOXETINA - Sólido - Oral			mg	Atomoxetina Base	\$ 323,30	\$ 323,30
1285	887	ATOSIBAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Atosiban Base	\$ 10.987,67	\$ 10.987,67
1293	896	AVIBACTAM + CEFTAZIDIMA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ceftazidima	\$ 201,99	No Regulado
1294	161	AXITINIB - Sólido - Oral			mg	Axitinib	\$ 47.701,39	\$ 47.701,39
1295	370	AZACITIDINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Azacitadina	\$ 9.814,07	\$ 9.814,07
1307	888	BACLOFENO - Sólido - Oral			mg	Baclofeno	\$ 32,61	\$ 32,61
1311	657	BASILIXIMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Basiliximab	\$ 175.330,22	\$ 175.330,22
1314	840	BELATACEPT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Belatacept	\$ 6.385,52	\$ 6.385,52
1315	170	BELIMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Belimumab	\$ 5.091,25	No Regulado
1324	182	BENDAMUSTINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Bendamustina Clorhidrato	\$ 27.376,83	No Regulado
1325	855	BENRALIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Benralizuma b	\$ 264.685,18	No Regulado
1326	939	BENSERAZIDA + LEVODOPA - Sólido - Oral			mg	Levodopa	\$ 3,01	\$ 3,01
1333	658	BEPUTASTINA - Líquido - Oftálmica			mg	Bepotastina Besilato	\$ 229,81	No Regulado
1335	202	BETAINA - Sólido - Oral			g	Betaina Anhidra	\$ 8.152,97	\$ 8.152,97
1346	74	BICALUTAMIDA - Sólido - Oral			mg	Bicalutamida	\$ 84,44	\$ 84,44

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Producto relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1352	841	BILASTINA - Sólido - Oral			mg	Bilastina	\$ 45,04	\$ 45,04
1353	476	BIMATOPROST - Líquido - Oftálmica			mg	Bimatoprost	\$ 83.838,84	\$ 83.838,84
1358	623	BISOPROLOL - Sólido - Oral			mg	Bisoprolol Fumarato	\$ 129,84	\$ 129,84
1361	659	BLINATUMOMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Blinatumoma b	\$ 182.412.978,48	\$ 182.412.978,48
1362	22	BORTEZOMIB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Bortezomib	\$ 685.246,88	\$ 685.246,88
1363	75b	BOSENTAN - Sólido - Oral	1363a	BOSENTAN (125 mg) - Sólido - Oral	mg	Bosentan Base	\$ 896,05	\$ 896,05
1363	75a	BOSENTAN - Sólido - Oral	1363b	BOSENTAN (62,5 mg) - Sólido - Oral	mg	Bosentan Base	\$ 1.461,49	\$ 1.461,49
1364	660	BOSUTINIB - Sólido - Oral			mg	Bosutinib Base	\$ 841,06	\$ 841,06
1365	154	BRENTUXIMAB VEDOTINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Brentuximab Vedotin	\$ 257.373,56	\$ 257.373,56
1367	473	BRIMONIDINA - Líquido - Oftálmica			mg	Brimonidina Tartrato	\$ 2.155,08	\$ 2.155,08
1368	852	BRIMONIDINA + BRINZOLAMIDA - Líquido - Oftálmica			mg	Brinzolamida	\$ 792,88	\$ 792,88
1369	889	BRINZOLAMIDA - Líquido - Oftálmica			mg	Brinzolamida	\$ 609,47	\$ 609,47
1372	890	BRIVARACETAM - Sólido - Oral			mg	Brivaracetam	\$ 172,38	\$ 172,38
1375	661	BROMFENACO - Líquido - Oftálmica			mg	Bromfenaco Base	\$ 11.656,86	No Regulado
1379	663	BROMURO DE GLICOPIRRONIO - Sólido - Inhalatoria			mcg	Glicopirronio Base	\$ 75,05	\$ 75,05
1380	733	BROMURO DE GLICOPIRRONIO + INDACATEROL - Sólido - Inhalatoria			mcg	Indacaterol Base	\$ 45,51	No Regulado
1381	738	BROMURO DE IPRATROPIO - Líquido - Inhalatoria/Nasal	1381a	BROMURO DE IPRATROPIO - Líquido - Nasal	mcg	Bromuro de Ipratropio Anhidro	\$ 7,10	No Regulado
1381	739	BROMURO DE IPRATROPIO - Líquido - Inhalatoria/Nasal	1381b	BROMURO DE IPRATROPIO - Líquido - Inhalatoria	mcg	Bromuro de Ipratropio Anhidro	\$ 4,53	\$ 4,53
1382	711	BROMURO DE IPRATROPIO + FENOTEROL - Líquido - Inhalatoria			mcg	Bromhidrato de Fenoterol	\$ 2,78	\$ 2,78
1388	811	BROMURO DE TIOTROPIO - Líquido - Inhalatoria			mcg	Tiotropio Base	\$ 662,26	\$ 662,26
1389	482	BROMURO DE TIOTROPIO - Sólido - Inhalatoria			mcg	Tiotropio Base	\$ 89,67	No Regulado
1390	767	BROMURO DE TIOTROPIO + OLODATEROL - Líquido - Inhalatoria			mcg	Olodaterol Base	\$ 1.001,56	\$ 1.001,56
1391	664	BROMURO DE UMECLIDINIO - Sólido - Inhalatoria			mcg	Umeclidinio Base (Dosis Administrada)	\$ 69,95	No Regulado
1393	189	BROMURO DE UMECLIDINIO + VILANTEROL - Sólido - Inhalatoria			Dosis	No aplica	\$ 5.785,58	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Medicamento	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1398	667	BUDESONIDA - Sólido - Oral	1398a	BUDESONIDA - Sólido - Oral	mg	Budesonida	\$ 1.134,23	\$ 1.134,23
1398	667	BUDESONIDA - Sólido - Oral	1398b	BUDESONIDA (gastrointestinal) - Sólido - Oral	mg	Budesonida	\$ 1.134,23	\$ 1.134,23
1400	669	BUDESONIDA + FORMOTEROL - Líquido/Sólido - Inhalatoria	1400a	BUDESONIDA + FORMOTEROL - Líquido - Inhalatoria	mcg	Budesonida	\$ 5,30	\$ 5,30
1400	670	BUDESONIDA + FORMOTEROL - Líquido/Sólido - Inhalatoria	1400b	BUDESONIDA + FORMOTEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Budesonida	\$ 5,38	\$ 5,38
1405	508	BUPRENORFINA - Sólido - Transdérmica			mg	Buprenorfina	\$ 1.437,05	\$ 1.437,05
1406	443	BUPROPION - Sólido - Oral			mg	Bupropión Clorhidrato	\$ 12,04	\$ 12,04
1725	671	BUSULFAN - Sólido - Oral			mg	Busulfán	\$ 363,08	No Regulado
1415	374	CABAZITAXEL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cabazitaxel	\$ 205.792,55	\$ 205.792,55
1416	426	CABERGOLINA - Sólido - Oral			mg	Cabergolina	\$ 17.557,41	\$ 17.557,41
1418	542	CAFEINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cafeína Base	\$ 5.462,08	No Regulado
1434	175	CANAKINUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Canakinuma b	\$ 271.552,44	No Regulado
1435	421	CANDESARTAN - Sólido - Oral			mg	Candesartán Cilexetil	\$ 64,98	\$ 64,98
1439	893	CANNABIDIOL + TETRAHIDROCANNABINOL - Líquido - Bucal			mg	Tetrahidrocannabinol	\$ 1.745,14	\$ 1.745,14
1440	16	CAPECITABINA - Sólido - Oral	1440a	CAPECITABINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Capecitabina	\$ 12,46	\$ 12,46
1440	16	CAPECITABINA - Sólido - Oral	1440b	CAPECITABINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Capecitabina	\$ 12,46	\$ 12,46
1442	727	CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA (Tratamiento hormonal) - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Hidroxi-progesterona Caproato	\$ 111,93	No Regulado
1446	465	CARBAMAZEPINA - Líquido - Oral			mg	Carbamazepina	\$ 3,45	\$ 3,45
1447	457	CARBAMAZEPINA - Sólido - Oral	1447a	CARBAMAZEPINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Carbamazepina	\$ 0,68	No Regulado
1447	464	CARBAMAZEPINA - Sólido - Oral	1447b	CARBAMAZEPINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Carbamazepina	\$ 1,84	\$ 1,84
1451	672	CARBETOCINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Carbetocina	\$ 844.799,74	\$ 844.799,74
1452	940	CARBIDOPA + ENTACAPONA - Sólido - Oral			mg	Levodopa	\$ 22,95	\$ 22,95

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1460	894	CARBOXIMALTOSA FERRICA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Hierro	\$ 827,86	\$ 827,86
1461	165	CARFILZOMIB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Carfilzomib	\$ 77.461,24	No Regulado
1464	895	CARMUSTINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Carmustina	\$ 10.464,70	No Regulado
1466	450	CARVEDILOL - Sólido - Oral			mg	Carvedilol	\$ 44,03	\$ 44,03
1468	76	CASPOFUNGINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Caspofungina Base	\$ 18.730,78	\$ 18.730,78
1481	146	CEFTAROLINA FOSAMILLO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ceftarolina Fosamillo	\$ 341,33	No Regulado
1483	673	CEFTOLOZANO + TAZOBACTAM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ceftolozano Base	\$ 294,39	No Regulado
1485	674	CEFUROXIMA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cefuroxima Base	\$ 9,44	\$ 9,44
1486	675b	CEFUROXIMA - Sólido - Oral	1486a	CEFUROXIMA (Gránulos) - Sólido - Oral	mg	Cefuroxima Base	\$ 22,95	No Regulado
1486	675a	CEFUROXIMA - Sólido - Oral	1486b	CEFUROXIMA (Tableta o Cápsula) - Sólido - Oral	mg	Cefuroxima Base	\$ 8,12	\$ 8,12
1487	676	CELECOXIB - Sólido - Oral			mg	Celecoxib Base	\$ 7,46	\$ 7,46
1488	825	CERLIPONASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cerliponasa alfa	\$ 274.935,85	\$ 274.935,85
1489	30	CERTOLIZUMAB PEGOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Certolizumab Pegol	\$ 6.827,57	\$ 6.827,57
1497	19	CETUXIMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cetuximab	\$ 6.989,11	\$ 6.989,11
1502	686	CICLESONIDA - Líquido - Nasal			mcg	Ciclesonida	\$ 5,16	No Regulado
1514	77	CICLOSPORINA - Sólido - Oral			mg	Ciclosporina	\$ 91,43	\$ 91,43
1516	731	CILASTATINA + IMIPENEM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Imipenem Base	\$ 66,10	No Regulado
1517	417	CILOSTAZOL - Sólido - Oral			mg	Cilostazol	\$ 20,13	\$ 20,13
1518	145	CINACALCET - Sólido - Oral			mg	Cinacalcet Base	\$ 665,49	\$ 665,49
1525	425	CIPROFIBRATO - Sólido - Oral			mg	Ciprofibrato	\$ 8,00	\$ 8,00
1535	678	CIPROTERONA - Sólido - Oral			mg	Ciproterona Acetato	\$ 42,00	\$ 42,00
1537	680	CISATRACURIO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cisatracurio Base	\$ 1.182,78	\$ 1.182,78
1541	681	CITARABINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Citarabina	\$ 58,86	\$ 58,86
1545	375	CLADRIBINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Cladribina	\$ 108.332,00	No Regulado
1566	536	CLÓFARABINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Clofarabina	\$ 313.073,84	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1576	412	CLOPIDOGREL - Sólido - Oral			mg	Clopidogrel Base	\$ 19,01	\$ 19,01
1608	899	COBICISTAT + DARUNAVIR - Sólido - Oral			mg	Darunavir	\$ 73,95	No Regulado
1611	833	COBIMETINIB - Sólido - Oral			mg	Cobimetinib	\$ 15.280,19	No Regulado
1613	683	COLAGENASA - Semisólido - Tópica			UI	Colagenasa	\$ 494,21	No Regulado
1620	203	COLISTIMETATO DE SODIO - Líquido/Sólido - Inyectable/Inhalatoria			mg	Colistimetato de Sodio	\$ 193,48	No Regulado
1622	897	COMPLEJO DE PROTROMBINA HUMANA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Complejo de Protrombina Humana	\$ 1.688,68	\$ 1.688,68
1651	826	CONESTAT ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			U	Conestat alfa	\$ 3.873,29	No Regulado
1628	160	CRIZOTINIB - Sólido - Oral			mg	Crizotinib	\$ 1.253,02	No Regulado
1630	78	DABIGATRAN ETEXILATO - Sólido - Oral			mg	Dabigatran Etxilato	\$ 34,95	\$ 34,95
1631	684	DABRAFENIB - Sólido - Oral			mg	Dabrafenib Base	\$ 2.140,55	\$ 2.140,55
1633	846	DACLATASVIR - Sólido - Oral			mg	Daclatasvir	\$ 6.655,31	No Regulado
1636	685	DALTEPARINA DE SODIO - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Dalteparina Sódica	\$ 2,71	\$ 2,71
1641	190	DAPAGLIFLOZINA - Sólido - Oral			mg	Dapagliflozin a Base	\$ 466,60	\$ 466,60
1642	748	DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA - Sólido - Oral			mg	Dapagliflozin a Base	\$ 521,61	No Regulado
1646	898	DAPTOMICINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Daptomicina	\$ 427,65	\$ 427,65
1647	610	DARATUMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Daratumumab	\$ 13.610,16	No Regulado
1648	141	DARBEPOETINA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Darbepoetina Alfa	\$ 5.399,70	\$ 5.399,70
1649	376	DARIFENACINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Darifenacina Base	\$ 412,15	\$ 412,15
1651	433	DARUNAVIR - Sólido - Oral			mg	Darunavir Base	\$ 42,00	No Regulado
1653	21	DASATINIB - Sólido - Oral			mg	Dasatinib Base	\$ 3.119,44	No Regulado
1656	79	DECITABINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Decitabina	\$ 75.938,87	No Regulado
1657	80	DEFERASIROX - Sólido - Oral			mg	Deferasirox	\$ 161,06	No Regulado
1658	901	DEFEROXAMINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Deferoxamina	\$ 39,83	\$ 39,83
1660	431	DEFLAZACORT - Sólido - Oral			mg	Deflazacort	\$ 136,33	No Regulado
1661	167	DEGARELIX - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Degarelix Acetato	\$ 4.830,48	\$ 4.830,48
1663	902	DENOSUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Denosumab	\$ 10.453,83	No Regulado
1664	903	DESFLURANO - Líquido - Inhalatoria			ml	Desflurano	\$ 1.358,54	\$ 1.358,54

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Producto relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1670	511	DESMOPRESINA - Líquido - Nasal			mg	Desmopresina Acetato	\$ 180.614,85	\$ 180.614,85
1672	513	DESMOPRESINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Desmopresina Acetato	\$ 5.033.970,24	\$ 5.033.970,24
1673	512	DESMOPRESINA - Sólido - Oral			mcg	Desmopresina Acetato	\$ 34,65	\$ 34,65
1676	459	DESVENLAFAXINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Desvenlafaxina Base	\$ 27,70	\$ 27,70
1680	904	DEXAMETASONA - Sólido - Oftálmica			mg	Dexametasona	\$ 5.221.076,80	No Regulado
1697	690	DEXMETOMIDINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Dexmedetomidina Base	\$ 377.075,21	No Regulado
1698	604	DEXRAZOXANO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Dexrazoxana Base	\$ 923,78	\$ 923,78
1712	603	DIACEREINA - Sólido - Oral			mg	Diacereina	\$ 16,91	No Regulado
1714	905	DIAZOXIDO - Líquido - Oral			mg	Diazóxido	\$ 1.155,07	No Regulado
1726	693	DIENOGEST - Sólido - Oral			mg	Dienogest	\$ 2.151,00	No Regulado
1739	694	DIMETILFUMARATO - Sólido - Oral			mg	Dimetilfumarato	\$ 314,66	\$ 314,66
1741	906	DINOPROSTONA - Sólido - Vaginal			mg	Dinoprostona	\$ 24.118,90	\$ 24.118,90
1744	867	DIOSMINA - Sólido - Oral			mg	Diosmin	\$ 1,51	No Regulado
1746	907	DIOSMINA + HESPERIDINA - Sólido - Oral			mg	Diosmina	\$ 1,81	\$ 1,81
1753	568/500	DOCETAXEL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Docetaxel Anhidro	\$ 7.708,92	No Regulado
1757	518	DOMPERIDONA - Sólido - Oral			mg	Domperidona Base	\$ 16,63	\$ 16,63
1758	445	DONEPEZIL - Sólido - Oral			mg	Donepezilo Clorhidrato	\$ 431,70	\$ 431,70
1762	492	DORIPENEM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Doripenem Base	\$ 172,63	No Regulado
1763	81	DORNASA ALFA - Líquido - Inhalatoria			mg	Dornasa Alfa	\$ 31.237,81	\$ 31.237,81
1764	478	DORZOLAMIDA - Líquido - Oftálmica			mg	Dorzolamida Base	\$ 276,48	No Regulado
1771	522b	DOXORUBICINA - Líquido/Sólido - Inyectable	1771a	DOXORUBICINA - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Doxorubicina Clorhidrato	\$ 1.087,63	No Regulado
1771	522a	DOXORUBICINA - Líquido/Sólido - Inyectable	1771b	DOXORUBICINA (Liposomal) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Doxorubicina Clorhidrato	\$ 51.548,44	\$ 51.548,44
1773	136	DULAGLUTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Dulaglutida	\$ 81.619,65	\$ 81.619,65
1774	444	DULOXETINA - Sólido - Oral	1774a	DULOXETINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Duloxetine Base	\$ 41,32	\$ 41,32
1774	444	DULOXETINA - Sólido - Oral	1774b	DULOXETINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Duloxetine Base	\$ 41,32	\$ 41,32
1775	856	DUPILUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Dupilumab	\$ 9.126,87	No Regulado
1776	863	DURVALUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Durvalumab	\$ 19.990,65	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Producto relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1777	430	DUTASTERIDA - Sólido - Oral			mg	Dutasterida	\$ 4.039,74	\$ 4.039,74
1778	854	DUTASTERIDA + TAMSULOSINA - Sólido - Oral			mg	Dutasterida	\$ 4.393,05	\$ 4.393,05
1779	865	ECALANTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ecalantida	\$ 17.743,15	No Regulado
1780	28	ECULIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Eculizumab	\$ 48.168,21	\$ 48.168,21
1781	695	EFAVIRENZ - Sólido - Oral			mg	Efavirenz	\$ 26,10	No Regulado
1782	910	EFAVIRENZ + ETRICITABINA + TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral			mg	Emtricitabina	\$ 102,08	No Regulado
1783	742	EFAVIRENZ + LAMIVUDINA + TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral			mg	Efavirenz	\$ 327,35	No Regulado
1784	847	ELBASVIR + GRAZOPREVR - Sólido - Oral			mg	Grazoprevir	\$ 6.921,90	No Regulado
1792	696	ELOSULFASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Elosulfasa Alfa	\$ 584.913,05	\$ 584.913,05
1793	381	ELTROMBOPAG - Sólido - Oral			mg	Ácido Libre de Eltrombopag	\$ 4.313,83	\$ 4.313,83
1794	834	EMICIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Emicizumab	\$ 236.478,50	No Regulado
1796	908	EMPAGLIFLOZINA + LINAGLIPTINA - Sólido - Oral			mg	Empagliflozina	\$ 448,68	\$ 448,68
1797	749	EMPAGLIFLOZINA + METFORMINA - Sólido - Oral			mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,91	No Regulado
1805	496	ENFUVRITIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Enfuvirtida	\$ 1.055,34	No Regulado
1806	911	ENOXAPARINA DE SODIO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Enoxaparina	\$ 302,35	\$ 302,35
1807	434	ENTECAVIR - Sólido - Oral			mg	Entecavir Base	\$ 44.810,55	No Regulado
1815	200	EPLERENONA - Sólido - Oral			mg	Eplerenona	\$ 135,83	No Regulado
1816	912	EPOPROSTENOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Epoprostenol Base	\$ 81.244,00	\$ 81.244,00
1818	913	EPROSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA - Sólido - Oral			mg	Eprosartán Base	\$ 2,96	\$ 2,96
1819	6	EPTACOG ALFA (ACTIVADO - Coagulación Factor VIIA Recombinante) - Líquido/Sólido - Inyectable			KUI	Factor VII	\$ 43.275,01	\$ 43.275,01
1828	533	ERITROPOYETINA - Líquido - Inyectable			UI	Eritropoyetina	\$ 11,60	No Regulado
1829	532	ERITROPOYETINA - Sólido - Inyectable			UI	Eritropoyetina	\$ 20,15	No Regulado
1830	436	ERLOTINIB - Sólido - Oral			mg	Erlotinib Base	\$ 1.483,03	No Regulado
1831	535	ERTAPENEM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ertapenem Base	\$ 160,28	\$ 160,28

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1838	82	ESOMEPAZOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Esomeprazol Base	\$ 102,23	\$ 102,23
1846	699	ESTRADIOL - Semisólido - Tópica			mg	Estradiol Anhidro	\$ 363,75	\$ 363,75
1847	700b	ESTRADIOL - Sólido - Transdérmica			mg	Estradiol Hemihidrato	\$ 1.105,00	\$ 1.105,00
1848	781	ESTRADIOL + PRASTERONA (Terapia Hormonal) - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Prasterona Enantato	\$ 95,87	No Regulado
1849	701	ESTRIOL - Semisólido - Vaginal			mg	Estriol	\$ 1.180,17	\$ 1.180,17
1850	702a	ESTRIOL - Sólido - Vaginal			mg	Estriol	\$ 5.901,46	No Regulado
1852	703	ESTRÓGENOS CONJUGADOS - Semisólido - Vaginal			mg	Estrógenos Conjugados	\$ 1.160,26	\$ 1.160,26
1853	704	ESTRÓGENOS CONJUGADOS - Sólido - Oral	1853a	ESTRÓGENO S CONJUGADO S - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Estrógenos Conjugados	\$ 1.525,36	\$ 1.525,36
1853	704	ESTRÓGENOS CONJUGADOS - Sólido - Oral	1853b	ESTRÓGENO S CONJUGADO S - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Estrógenos Conjugados	\$ 1.525,36	\$ 1.525,36
1854	705	ESZOPICLONA - Sólido - Oral			mg	Eszopiclona	\$ 633,50	No Regulado
1858	62	ETANERCEPT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Etanercept	\$ 16.132,34	\$ 16.132,34
1860	914	ETIL ÉSTERES DE ÁCIDOS GRASOS YODADOS - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Yodo	\$ 220,89	No Regulado
1869	435	ETRAVIRINA - Sólido - Oral			mg	Etravirina	\$ 118,21	No Regulado
1870	409a	EVEROLIMUS - Sólido - Oral	1870a	EVEROLIMUS (Inmunosupresor) - Sólido - Oral	mg	Everolimus	\$ 25.581,66	\$ 25.581,66
1870	409b	EVEROLIMUS - Sólido - Oral	1870b	EVEROLIMUS (Oncológico) - Sólido - Oral	mg	Everolimus	\$ 51.498,85	No Regulado
1872	707	EVOLUCUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Evolucumab	\$ 4.943,98	\$ 4.943,98
1873	84	EXEMESTANO - Sólido - Oral			mg	Exemestano	\$ 267,02	\$ 267,02
1874	708b	EXENATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable	1874a	EXENATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable de liberación modificada	mg	Exenatida	\$ 38.223,88	\$ 38.223,88
1874	708a	EXENATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable	1874b	EXENATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable de liberación no modificada	mg	Exenatida	\$ 568.535,83	No Regulado
1878	593	EZETIMIBA - Sólido - Oral			mg	Ezetimibe	\$ 384,82	\$ 384,82
1879	520	EZETIMIBA + ESTATINA - Sólido - Oral	1879a	ATORVASTATINA + EZETIMIBA - Sólido - Oral	mg	Atorvastatina Base	\$ 238,45	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1879	972	EZETIMIBA + ESTATINA - Sólido - Oral	1879b	EZETIMIBA + ROSUVASTATINA - Sólido - Oral	mg	Rosuvastatin a Base	\$ 633,39	No Regulado
1879	801	EZETIMIBA + ESTATINA - Sólido - Oral	1879c	EZETIMIBA + SIMVASTATINA - Sólido - Oral	mg	Simvastatina	\$ 141,35	\$ 141,35
1885	4	FACTOR VIII (Inhibidor Activado por Bypass) - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Factor VIII Activado por Bypass	\$ 3.145,66	\$ 3.145,66
1886	133a	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND - Líquido/Sólido - Inyectable	1886a	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND (Con proporción de Factor VIII superior a la de Factor VW) - Líquido/Sólido - Inyectable	UI	Factor VIII	\$ 2.235,01	No Regulado
1886	133c	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND - Líquido/Sólido - Inyectable	1886b	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND (Con proporción de Factor VW igual a la de Factor VIII) - Líquido/Sólido - Inyectable	UI	Factor VIII O Factor Von Willebrand	\$ 1.999,60	No Regulado
1886	133b	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND - Líquido/Sólido - Inyectable	1886c	FACTOR VIII + FACTOR VON WILLEBRAND (Con proporción de Factor VW superior a la de Factor VIII) - Líquido/Sólido - Inyectable	UI	Factor Von Willebrand	\$ 854,76	No Regulado
1890	177	FAMPRIDINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Fampridina	\$ 1.409,69	\$ 1.409,69
1912	424	FENOFIBRATO - Sólido - Oral			mg	Fenofibrato	\$ 5,15	No Regulado
1914	710a	FENOFIBRATO DE COLINA - Sólido - Oral	1914a	FENOFIBRATO DE COLINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Ácido Fenofibrico	\$ 49,87	No Regulado
1914	710b	FENOFIBRATO DE COLINA - Sólido - Oral	1914b	FENOFIBRATO DE COLINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Ácido Fenofibrico	\$ 77,64	No Regulado
1919	509	FENTANILO - Sólido - Transdérmica			mg	Fentanilo	\$ 2.098,78	\$ 2.098,78
1928	539	FILGRASTIM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Filgrastim	\$ 423.766,46	No Regulado
1930	590	FINGOLIMOD - Sólido - Oral			mg	Fingolimod Base	\$ 425.427,43	No Regulado
1940	499	FLUDARABINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Fludarabina Fosfato	\$ 12.795,20	No Regulado
1942	919	FLUMAZENIL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Flumazenil	\$ 175.196,32	No Regulado
1953	587	FLUTAMIDA - Sólido - Oral			mg	Flutamida	\$ 5,54	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1954	715	FLUTICASONA - Líquido - Inhalatoria/Nasal	1954c	FLUTICASON A PROPIONATO - Líquido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Propionato	\$ 3,82	\$ 3,82
1955	797b	FLUTICASONA + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	1955a	FLUTICASON A (125mcg) + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Propionato	\$ 6,23	\$ 6,23
1955	797c	FLUTICASONA + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	1955b	FLUTICASON A (250mcg) + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Propionato	\$ 3,80	\$ 3,80
1955	797a	FLUTICASONA + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	1955c	FLUTICASON A (50mcg) + SALMETEROL - Líquido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Propionato	\$ 12,41	\$ 12,41
1956	798a	FLUTICASONA + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	1956a	FLUTICASON A (100 mcg) + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Salmeterol Base	\$ 24,11	\$ 24,11
1956	798b	FLUTICASONA + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	1956b	FLUTICASON A (250 mcg) + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Salmeterol Base	\$ 37,98	\$ 37,98
1956	798c	FLUTICASONA + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	1956c	FLUTICASON A (500) mcg + SALMETEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Salmeterol Base	\$ 39,75	\$ 39,75
2872	718	FLUTICASONA PROPIONATO + FORMOTEROL FUMARATO - Líquido - Inhalatoria			mcg	Fluticasona Propionato	\$ 7,49	No Regulado
1957	920	FLUVOXAMINA - Sólido - Oral			mg	Fluvoxamina	\$ 35,12	\$ 35,12
1958	921	FOLITROPINA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Folitropina Alfa	\$ 1.135,68	\$ 1.135,68
1961	488	FONDAPARINUX SÓDICO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Fondaparínu x Sódico	\$ 5.562,72	\$ 5.562,72
1962	717	FORMOTEROL - Sólido - Inhalatoria			mg	Formoterol Fumarato	\$ 72.258,12	\$ 72.258,12
1888	719	FORMOTEROL FUMARATO + MOMETASONA FURATO - Líquido - Inhalatoria			mcg	Mometasona Furato Anhidro (Dosis Administrada)	\$ 8,44	No Regulado
1963	922	FOSAMPRENAVIR - Sólido - Oral			mg	Fosamprena vir Base	\$ 24,60	No Regulado
1964	884	FOSAPREPITANT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Aprepitant Base	\$ 850,50	\$ 850,50
1965	923	FOSFOLÍPIDOS NATURALES - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Fosfolípidos Naturales	\$ 6.339,45	\$ 6.339,45
1968	924	FOSFOMICINA - Sólido - Oral	1968a	FOSFOMICIN A - Sólido - Oral	g	Fosfomicina Base	\$ 5.783,14	\$ 5.783,14
1968	924a	FOSFOMICINA - Sólido - Oral	1968b	FOSFOMICIN A CALCICA - Sólido - Oral	mg	Fosfomicina Base	\$ 3,79	No Regulado
1971	87	FULVESTRANT - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Fulvestrant	\$ 4.770,40	\$ 4.770,40

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
1974	815a	FUROATO DE FLUTICASONA + VILANTEROL - Sólido - Inhalatoria	1974a	FUROATO DE FLUTICASONA (100 mcg) + VILANTEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Furato (Dosis)	\$ 33,05	\$ 33,05
1974	815b	FUROATO DE FLUTICASONA + VILANTEROL - Sólido - Inhalatoria	1974b	FUROATO DE FLUTICASONA (200 mcg) + VILANTEROL - Sólido - Inhalatoria	mcg	Fluticasona Furato (Dosis)	\$ 21,50	\$ 21,50
1978	439	GABAPENTINA - Sólido - Oral			mg	Gabapentina	\$ 1,47	\$ 1,47
1979	720	GADOBUTROL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Gadobutrol	\$ 27,48	No Regulado
1980	721	GADODIAMIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Gadodiamida	\$ 19,04	No Regulado
1981	88	GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Gadopentetat o de Dimeglumina	\$ 14,35	No Regulado
1984	37	GALANTAMINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Galantamina Base	\$ 317,71	\$ 317,71
1986	89	GALSULFASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Galsulfasa	\$ 929.105,40	No Regulado
1987	636	GANCICLOVIR - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ganciclovir Base	\$ 188,44	\$ 188,44
1991	724	GEFITINIB - Sólido - Oral			mg	Gefitinib	\$ 569,55	\$ 569,55
1992	486/485	GEMCITABINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Gemcitabina Base	\$ 387,78	No Regulado
2001	725	GLATIRAMERO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Glatiramer Acetato	\$ 4.613,98	\$ 4.613,98
2006	925	GLICLAZIDA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Gliclazida	\$ 6,12	\$ 6,12
2011	926	GLUCOSAMINA EN COMBINACIONES - Sólido - Oral	2011a	CONDROITIN A + GLUCOSAMIN A - Sólido - Oral	mg	Glucosamina Sulfato/clorhi drato	\$ 3,90	No Regulado
2011	926	GLUCOSAMINA EN COMBINACIONES - Sólido - Oral	2011b	CONDROITIN A + GLUCOSAMIN A + METILSULFO NÍLMETANO - Sólido - Oral	mg	Glucosamina Sulfato/clorhi drato	\$ 3,90	No Regulado
2012	174	GOLIMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Golimumab	\$ 63.300,79	No Regulado
2017	24	GOSERELINA - Líquido/Sólido - Inyectable (Implante)			mg	Goserelina Base	\$ 86.185,71	\$ 86.185,71
2020	864	GUSELKUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Guselkumab	\$ 77.205,54	No Regulado
2025	835	HEMINA HUMANA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Hemina Humana	\$ 61.695,97	No Regulado
2034	934	HIDROCLOROTIAZIDA + IRBESARTAN - Sólido - Oral			mg	Irbesartán	\$ 6,26	\$ 6,26
2038	981	HIDROCLOROTIAZIDA + TELMISARTAN - Sólido - Oral			mg	Telmisartán	\$ 20,00	\$ 20,00

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2050	886	HIDROSMINA - Sólido - Oral			MG	Hidrosmín	\$ 3,22	No Regulado
2067	163	IBRUTINIB - Sólido - Oral			mg	Ibrutinib	\$ 1.729,68	No Regulado
2073	729	ICATIBANTO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Icatibant Base	\$ 195.116,01	\$ 195.116,01
2075	523/524	IDARUBICINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Idarubicina Clorhidrato	\$ 30.349,25	No Regulado
2076	730	IDARUCIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Idarucizumab	\$ 1.319,72	No Regulado
2078	90	IDURSULFASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Idursulfasa	\$ 1.625.651,54	No Regulado
2080	3	ILOPROST - Líquido - Inhalatoria			mg	Iloprost Base	\$ 2.900.797,42	\$ 2.900.797,42
2082	2	IMIGLUCERASA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Imiglucerasa (Dosis Extraíble)	\$ 9.135,64	No Regulado
2085	732	INDACATEROL - Sólido - Inhalatoria			mcg	Indacaterol Base	\$ 18,99	\$ 18,99
2086	929a	INDAPAMIDA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Indapamida	\$ 248,67	\$ 248,67
2088	968	INDAPAMIDA + PERINDOPRIL - Sólido - Oral			mg	Perindopril Arginina	\$ 145,11	\$ 145,11
2091	26	INFLIXIMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Infliximab	\$ 15.146,26	\$ 15.146,26
2093	828	INHIBIDOR DE C1 (Humano) - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Inhibidor de C1, derivado de plasma	\$ 3.722,37	\$ 3.722,37
2095	734	INMUNOGLOBULINA ANTID-RH - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Inmunoglobulina Anti-D	\$ 620,02	\$ 620,02
2096	736	INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Anticuerpos Antihepatitis B	\$ 1.463,24	\$ 1.463,24
2097	70a	INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITICA CONEJO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Inmunoglobulina Antimocítica	\$ 25.750,81	\$ 25.750,81
2930	70b	INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITICA EQUINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Inmunoglobulina Antimocítica	\$ 1.920,62	No Regulado
2101	483a	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL - Líquido/Sólido - Inyectable	2101a	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL (admin. extravascular) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Inmunoglobulina Humana	\$ 257,17	No Regulado
2101	483b	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL - Líquido/Sólido - Inyectable	2101b	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL (admin. extravascular) con Hialuronidasa - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Inmunoglobulina Humana	\$ 288,35	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2101	543a	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL - Líquido/Sólido - Inyectable	2101c	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL (admin. intravascular) (con proporción de IgG mayor al 95%) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Inmunoglobulina Humana	\$ 220,68	No Regulado
2101	543b	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL - Líquido/Sólido - Inyectable	2101d	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL (admin. intravascular) (IgG, IgM, IgA) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Inmunoglobulina Humana	\$ 1.305,26	No Regulado
2106	94	INSULINA ASPARTA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Asparta	\$ 74,69	\$ 74,69
2107	737	INSULINA DEGLUDEC - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Degludec	\$ 154,35	\$ 154,35
2108	930	INSULINA DEGLUDEC + LIRAGLUTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Degludec	\$ 486,39	No Regulado
2109	95	INSULINA DETEMIR - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Insulina Detemir	\$ 882,73	\$ 882,73
2110	96	INSULINA GLARGINA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Glargina	\$ 118,30	\$ 118,30
2111	931	INSULINA GLARGINA + LIXISENATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Glargina	\$ 325,72	\$ 325,72
2112	97	INSULINA GLULISINA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Glulisina	\$ 74,28	\$ 74,28
2115	98	INSULINA LISPRO - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Lispro	\$ 66,67	\$ 66,67
2116	132	INSULINA LISPRO + PROTAMINA - Líquido/Sólido - Inyectable			Uli	Insulina Lispro	\$ 81,59	No Regulado
2118	25	INTERFERON BETA - Líquido/Sólido - Inyectable	2118a	INTERFERON BETA-1B - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Interferón Beta 1B	\$ 997,62	\$ 997,62
2118	67	INTERFERON BETA - Líquido/Sólido - Inyectable	2118b	INTERFERON BETA-1A (subcutánea) - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Interferón Beta 1A	\$ 6.883,60	\$ 6.883,60
2118	60	INTERFERON BETA - Líquido/Sólido - Inyectable	2118c	INTERFERON BETA-1A (Avonex) - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Interferón Beta 1A	\$ 21.196,75	\$ 21.196,75
2119	848	INTERFERON GAMMA 1B - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Interferón Gamma 1-B	\$ 4.583.444,45	\$ 4.583.444,45
2129	932	LOPROMIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			g	Iopromida	\$ 2.086,41	\$ 2.086,41

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2130	838	IOVERSOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ioversol	\$ 1,80	\$ 1,80
2131	385	IPILIMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ipilimumab	\$ 290.290,09	\$ 290.290,09
2132	451	IRBESARTAN - Sólido - Oral			mg	Irbesartán	\$ 4,60	\$ 4,60
2133	386	IRINOTECAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Clorhidrato de Irinotecan	\$ 1.015,34	\$ 1.015,34
2134	858	ISAVUCONAZOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Isavuconazol	\$ 3.981,29	No Regulado
2135	857	ISAVUCONAZOL - Sólido - Oral			mg	Isavuconazol	\$ 1.974,56	No Regulado
1795	137	ISGLT2 - Sólido - Oral	1795c	CANAGLIFLOZINA - Sólido - Oral	mg	Canagliflozina Base	\$ 37,68	No Regulado
2148	463	ITRACONAZOL - Líquido - Oral			mg	Itraconazol	\$ 138,46	\$ 138,46
2149	453	ITRACONAZOL - Sólido - Oral			mg	Itraconazol	\$ 24,64	\$ 24,64
2151	419	IVABRADINA - Sólido - Oral			mg	Ivabradine Base	\$ 334,41	\$ 334,41
2159	525	IXABEPILONA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ixabepilona	\$ 183.985,37	No Regulado
2160	935	IXAZOMIB - Sólido - Oral			mg	Ixazomib Base	\$ 2.170.975,03	No Regulado
2161	740	IXEKIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ixekizumab	\$ 47.351,57	No Regulado
2175	741	LABELTALOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Labetalol Clorhidrato	\$ 183,87	\$ 183,87
2178	560	LACOSAMIDA - Sólido - Oral			mg	Lacosamida	\$ 50,79	\$ 50,79
2187	411	LAMOTRIGINA - Sólido - Oral			mg	Lamotrigina	\$ 16,27	\$ 16,27
2189	39	LANREOTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Lanreotida Base	\$ 34.711,06	\$ 34.711,06
2190	938b	LANSOPRAZOL - Sólido - Oral	2190a	LANSOPRAZOL - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Lansoprazol	\$ 25,60	No Regulado
2190	938a	LANSOPRAZOL - Sólido - Oral	2190b	LANSOPRAZOL - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Lansoprazol	\$ 48,24	No Regulado
2191	557	LAPATINIB - Sólido - Oral			mg	Lapatinib Base	\$ 188,43	\$ 188,43
2192	100	LARONIDASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Laronidasa	\$ 502.693,05	No Regulado
2194	475	LATANOPROST - Líquido - Oftálmica			mg	Latanoprost	\$ 153.086,37	\$ 153.086,37
2195	849	LEDIPASVIR + SOFOSBUVIR - Sólido - Oral			mg	Ledipasvir	\$ 3.073,69	No Regulado
2196	101	LEFLUNOMIDA - Sólido - Oral			mg	Leflunomida	\$ 298,68	\$ 298,68
2200	437	LETROZOL - Sólido - Oral			mg	Letrozol	\$ 1.811,16	\$ 1.811,16
2201	102	LEUPRORELINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Leuprolida Acetato	\$ 47.271,29	\$ 47.271,29
2202	468	LEVETIRACETAM - Líquido - Oral			mg	Levetiracetam	\$ 3,52	\$ 3,52

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2203	555	LEVETIRACETAM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Levetiracetam	\$ 66,34	No Regulado
2204	103	LEVETIRACETAM - Sólido - Oral			mg	Levetiracetam	\$ 2,72	\$ 2,72
2217	104/551	LEVOSIMENDAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Levosimendan	\$ 205.492,92	No Regulado
2226	507	LIDOCAINA - Sólido - Transdérmica			mg	Lidocaina	\$ 10,78	\$ 10,78
2230	743	LINAGLIPTINA - Sólido - Oral			mg	Linagliptina	\$ 820,18	No Regulado
2233	107	LINEZOLID - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Linezolid	\$ 220,82	\$ 220,82
2234	49	LINEZOLID - Sólido - Oral			mg	Linezolid	\$ 108,70	\$ 108,70
2237	744	LIRAGLUTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Liraglutide	\$ 8.928,34	\$ 8.928,34
2239	941	LISDEXANFETAMINA - Sólido - Oral			mg	Lisdexanfetamina	\$ 206,24	No Regulado
2242	556	LOMITAPIDA - Sólido - Oral			Tableta	Lomitapida	\$ 2.737.732,80	\$ 2.737.732,80
2254	961	L-ORNITINA L-ASPARTATO - Sólido - Oral			g	L-Ornitina L-Aspartato	\$ 1.886,16	No Regulado
2294	827	Lumacaftor + Ivacaftor - Sólido - Oral			mg	Lumacaftor	\$ 1.840,46	No Regulado
2264	192	MACITENTAN - Sólido - Oral			mg	Macitentan	\$ 26.544,72	\$ 26.544,72
2272	943	MARAVIROC - Sólido - Oral			mg	Maraviroc	\$ 198,78	No Regulado
2284	944	MELFALAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Melfalan Anhidro	\$ 5.426,02	No Regulado
2290	478	MEMANTINA - Sólido - Oral			mg	Memantina Clorhidrato	\$ 198,74	\$ 198,74
2293	927	MENOTROPINA (Gonadotropina menopáusica humana) - Líquido/Sólido - Inyectable			IU	Hormona Fólculo Estimulante	\$ 1.213,17	No Regulado
2299	859	MEPOLIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Mepolizumab	\$ 36.145,99	No Regulado
2300	945	MERCAPTAMINA - Líquido - Ofisimica			mg	Mercaptamina	\$ 230.864,23	\$ 230.864,23
2301	747	MERCAPTAMINA - Sólido - Oral			mg	Mercaptamina Base	\$ 53,52	No Regulado
2302	946	MERCAPTOPURINA - Sólido - Oral			mg	Mercaptopurina	\$ 44,54	\$ 44,54
2303	109	MEROPENEM - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Meropenem Base	\$ 49,82	\$ 49,82
2304	391	MESALAZINA - Líquido - Rectal	2304a	MESALAZINA - Líquido - Rectal (suspensión rectal o enema)	g	Mesalazina	\$ 6.625,21	\$ 6.625,21
2304	388	MESALAZINA - Líquido - Rectal	2304b	MESALAZINA - Líquido - Rectal (espuma rectal)	g	Mesalazina	\$ 7.127,46	\$ 7.127,46
2305	389	MESALAZINA - Sólido - Oral	2305a	MESALAZINA - Sólido - Oral (Gránulos)	mg	Mesalazina	\$ 2,55	\$ 2,55
2305	392	MESALAZINA - Sólido - Oral	2305b	MESALAZINA - Sólido - Oral (Tableta)	mg	Mesalazina	\$ 2,76	\$ 2,76

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2306	390	MESALAZINA - Sólido - Rectal			mg	Mesalazina	\$ 5,30	\$ 5,30
2315	750	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315a	LINAGLIPTINA + METFORMINA - Sólido - Oral	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,78	\$ 2,78
2315	188	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315b	METFORMINA + SAXAGLIPTIN A - Sólido - Oral	mg	Saxagliptina	\$ 907,82	No Regulado
2315	751c	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315c	METFORMINA + SITAGLIPTINA (50 mg) - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,12	\$ 2,12
2315	751a	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315d	METFORMINA + SITAGLIPTINA (50 mg) - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,30	\$ 2,30
2315	751b	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315e	METFORMINA + SITAGLIPTINA 100 mg - Sólido - Oral	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 4,30	\$ 4,30
2315	754	METFORMINA + IDPP4 - Sólido - Oral	2315f	METFORMINA + VILDAGLIPTIN A - Sólido - Oral	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,38	\$ 2,38
2316	753c	METFORMINA + SULFONILUREA - Sólido - Oral	2316a	GLIMEPIRIDA (2mg) + METFORMINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 3,15	No Regulado
2316	753a	METFORMINA + SULFONILUREA - Sólido - Oral	2316b	GLIMEPIRIDA (2mg) + METFORMINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 1,91	No Regulado
2316	753b	METFORMINA + SULFONILUREA - Sólido - Oral	2316c	GLIMEPIRIDA (4mg) + METFORMINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 2,71	No Regulado
2316	753d	METFORMINA + SULFONILUREA - Sólido - Oral	2316d	GLIMEPIRIDA (4mg) + METFORMINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Metformina Clorhidrato	\$ 1,85	No Regulado
2320	947	METILERGOMETRINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Metilergometrina	\$ 7.162,64	No Regulado
2321	948b	METILFENIDATO - Sólido - Oral	2321a	METILFENIDATO - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Metilfenidato	\$ 129,19	\$ 129,19
2321	948a	METILFENIDATO - Sólido - Oral	2321b	METILFENIDATO - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Metilfenidato	\$ 71,96	\$ 71,96

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2324	110	METILPREDNISOLONA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Metilprednisolona Base/Metilprednisolona Acetato	\$ 125,77	\$ 125,77
2333	561	METOPROLOL - Sólido - Oral	2333a	METOPROLOL - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Metoprolol Tartrato	\$ 11,43	\$ 11,43
2333	449	METOPROLOL - Sólido - Oral	2333b	METOPROLOL - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Metoprolol Tartrato	\$ 9,04	No Regulado
2334	949	METOTREXATO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Metotrexato Base	\$ 4.157,85	\$ 4.157,85
2337	394	METOXIPOLIETILENGLICOL EPOETIN BETA - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Metoxipolietilenglicol-Epoetina Beta	\$ 4.818,64	\$ 4.818,64
2931	147	MICAFUNGINA SODICA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Micafungina sodica	\$ 3.263,93	No Regulado
2356	836	MIDOSTAURINA - Sólido - Oral			mg	Midostaurina	\$ 17.749,25	No Regulado
2357	168	MIFAMURTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Mifamurtida	\$ 2.334.123,34	No Regulado
2359	950	MIGALASTAT - Sólido - Oral			mg	Migalastat	\$ 39.088,75	No Regulado
2360	395	MIGLUSTAT - Sólido - Oral			mg	Miglustato	\$ 2.056,18	\$ 2.056,18
2368	755	MIRABEGRON - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Mirabegrón	\$ 88,53	\$ 88,53
2369	442	MIRTAZAPINA - Sólido - Oral			mg	Mirtazapina	\$ 16,77	No Regulado
2372	951	MITOMICINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Mitomicina	\$ 22.087,88	No Regulado
2374	952	MITOXANTRONA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Mitoxantrona Base	\$ 10.053,69	No Regulado
2379	519	MOMETASONA - Líquido - Inhalatoria/Nasal	*		mg	Mometasona Furoato	\$ 19.284,04	No Regulado
2383	446	MONTELUKAST - Sólido - Oral (Tableta o Cápsula)			mg	Montelukast Ácido Libre	\$ 233,45	No Regulado
2388	567	MOXIFLOXACINO - Líquido - Oftálmica			mg	Moxifloxacina Base	\$ 3.219,46	No Regulado
2389	493	MOXIFLOXACINO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Moxifloxacina Base	\$ 182,72	\$ 182,72
2390	586	MOXIFLOXACINO - Sólido - Oral			mg	Moxifloxacina Base	\$ 20,50	No Regulado
2405	456	NARATRIPTAN - Sólido - Oral			mg	Naratriptan Base	\$ 3.047,81	\$ 3.047,81
2406	27	NATALIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Natalizumab	\$ 19.802,93	\$ 19.802,93
2407	953	NATAMICINA - Líquido - Oftálmica			mg	Natamicina	\$ 547,77	No Regulado
2408	585	NEBIVOLOL - Sólido - Oral			mg	Nebivolol Base	\$ 342,27	No Regulado
2413	757	NEPAFENACO - Líquido - Oftálmica			mg	Nepafenaco	\$ 9.778,47	\$ 9.778,47

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2415	882a	NEUMOCOCO, ANTIGENO DE POLISACARIDOS PURIFICADOS - Líquido/Sólido - Inyectable	2415a	NEUMOCOCO, ANTIGENO CONJUGADO DE POLISACARIDOS PURIFICADO S (10 serotipos) - Líquido/Sólido - Inyectable	dosís	Conjugado de Estreptococo s Pneumoniae Tipo 1	\$ 96.633,03	\$ 96.633,03
2415	882b	NEUMOCOCO, ANTIGENO DE POLISACARIDOS PURIFICADOS - Líquido/Sólido - Inyectable	2415b	NEUMOCOCO, ANTIGENO CONJUGADO DE POLISACARIDOS PURIFICADO S (13 serotipos) - Líquido/Sólido - Inyectable	dosís	Proteína Transportadora de Cmm 197	\$ 174.141,81	No Regulado
2415	883	NEUMOCOCO, ANTIGENO DE POLISACARIDOS PURIFICADOS - Líquido/Sólido - Inyectable	2415c	NEUMOCOCO, ANTIGENO DE POLISACARIDOS PURIFICADO S - Líquido/Sólido - Inyectable	mcg	Polisacárido Purificado Capsular	\$ 2.903,75	No Regulado
2416	954	NEVIRAPINA - Líquido - Oral			mg	Nevirapina Base	\$ 196,79	No Regulado
2417	955	NEVIRAPINA - Sólido - Oral			mg	Nevirapina	\$ 18,87	No Regulado
2425	53	NILOTINIB - Sólido - Oral			mg	Nilotinib Base	\$ 450,64	\$ 450,64
2431	758	NIMOTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Nimotuzumab	\$ 7.357,89	No Regulado
2432	759	NINTEDANIB - Sólido - Oral			mg	Nintedanib Base	\$ 920,93	\$ 920,93
2445	403	NIVOLUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Nivolumab	\$ 55.301,16	\$ 55.301,16
2449	817	NUSINERSEN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Nusinersen Ácido Libre	\$ 22.549.436,48	\$ 22.549.436,48
2450	156	OBINUTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Obinutuzumab	\$ 13.381,09	No Regulado
2451	868	OCRELIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ocrelizumab	\$ 70.521,68	No Regulado
2452	112	OCTREOTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Octreotida Base	\$ 165.995,40	\$ 165.995,40
2454	957	OLANZAPINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Olanzapina	\$ 5.405,33	No Regulado
2455	958	OLANZAPINA - Sólido - Oral			mg	Olanzapina	\$ 398,19	\$ 398,19
2456	785	OLAPARIB - Sólido - Oral			mg	Olaparib	\$ 1.226,80	\$ 1.226,80
2458	583	OLMESARTAN MEDOXOMILO - Sólido - Oral			mg	Olmesartán Medoxomil	\$ 41,24	\$ 41,24
2461	38	OMALIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Omalizumab	\$ 7.592,80	\$ 7.592,80
2463	959a	Omeprazol - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Omeprazol Base	\$ 44,84	\$ 44,84
2467	416	ORLISTAT - Sólido - Oral			mg	Orlistat	\$ 27,23	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2470	769	OSIMERTINIB - Sólido - Oral			mg	Osimertinib Base	\$ 11.491,80	No Regulado
2472	526/527	OXALIPLATINO - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Oxaliplatino	\$ 1.132,46	No Regulado
2476	517	OXCARBAZEPINA - Líquido/Sólido - Oral	2476a	OXCARBAZEPINA - Sólido - Oral	mg	Oxcarbazepina	\$ 2,14	\$ 2,14
2476	516	OXCARBAZEPINA - Líquido/Sólido - Oral	2476b	OXCARBAZEPINA - Líquido - Oral	mg	Oxcarbazepina	\$ 4,74	\$ 4,74
2479	427b	OXIBUTININA - Sólido - Oral	2479a	OXIBUTININA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Oxibutinina Clorhidrato	\$ 268,51	No Regulado
2479	427a	OXIBUTININA - Sólido - Oral	2479b	OXIBUTININA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Oxibutinina Clorhidrato	\$ 61,78	No Regulado
2482	470	OXIDO NITRICO - Gas - Inhalatoria			l	Litros de Gas	\$ 6.466,67	No Regulado
2490	771a	PACLITAXEL - Líquido/Sólido - Inyectable	2490a	PACLITAXEL - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Paclitaxel	\$ 507,93	No Regulado
2490	771b	PACLITAXEL - Líquido/Sólido - Inyectable	2490b	PACLITAXEL (Nano Partículas) - Líquido/Sólido - Inyectable	mg	Paclitaxel	\$ 9.681,74	\$ 9.681,74
2491	772	PALBOCICLIB - Sólido - Oral			mg	Palbociclib	\$ 4.913,50	\$ 4.913,50
2492	773	PALIPERIDONA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Paliperidona Base	\$ 10.537,64	\$ 10.537,64
2493	774	PALIPERIDONA - Sólido - Oral			mg	Paliperidona	\$ 1.574,52	\$ 1.574,52
2494	13	PALIVIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Palivizumab	\$ 32.229,42	No Regulado
2495	962	PALONOSETRON - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Palonosetron	\$ 667.148,07	No Regulado
2496	405	PANITUMUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Panitumumab	\$ 14.881,83	\$ 14.881,83
2504	176	PARECOXIB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Parecoxib Base	\$ 674,52	No Regulado
2508	432	PARICALCITOL - Sólido - Oral			mg	Paricalcitol	\$ 8.436.194,39	\$ 8.436.194,39
2510	775	PASIREOTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Pasireotida Base	\$ 288.465,50	\$ 288.465,50
2511	502	PAZOPANIB - Sólido - Oral			mg	Pazopanib Base	\$ 367,87	No Regulado
2513	776	PEGASPARGASA - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Pegaspargasa	\$ 1.533,67	\$ 1.533,67
2516	963	PEGINTERFERON BETA-1A - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Peginterferón Beta 1A	\$ 13.026,16	No Regulado
2520	114	PEMETREXED - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Pemetrexed Base	\$ 7.965,91	No Regulado
2525	965	PERINDOPRIL - Sólido - Oral			mg	Perindopril	\$ 117,07	\$ 117,07
2528	155	PERTUZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Pertuzumab	\$ 20.232,52	No Regulado
2536	447	PILOCARPINA - Sólido - Oral			mg	Pilocarpina Clorhidrato	\$ 801,71	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2547	871	PIRFENIDONA - Sólido - Oral	-		mg	Pirfenidona	\$ 109,49	No Regulado
2560	169	PLERIXAFOR - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Plerixafor	\$ 771.722,99	\$ 771.722,99
2573	779	POMALIDOMIDA - Sólido - Oral			mg	Pomalidomida	\$ 476.473,85	No Regulado
2574	831	PONATINIB - Sólido - Oral			mg	Ponatinib	\$ 15.292,48	\$ 15.292,48
2575	515	POSACONAZOL - Líquido - Oral			mg	Posaconazol	\$ 466,33	No Regulado
2584	780	PRALATREXATO - Líquido/Sólido - Inyectable	-		mg	Pralatrexato	\$ 335.044,29	No Regulado
2586	115	PRAMIPEXOL - Sólido - Oral	2586a	PRAMIPEXOL - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Pramipexol Base	\$ 5.788,93	\$ 5.788,93
2586	115	PRAMIPEXOL - Sólido - Oral	2586b	PRAMIPEXOL - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Pramipexol Base	\$ 5.788,93	\$ 5.788,93
2588	497	PRASUGREL - Sólido - Oral			mg	Prasugrel Base	\$ 694,68	\$ 694,68
2598	116	PREGABALINA - Sólido - Oral			mg	Pregabalina	\$ 20,58	\$ 20,58
2604	782	PROGESTERONA - Semisólido - Vaginal/Tópica	2604a	PROGESTERONA - Semisólido - Vaginal	mg	Progesterona	\$ 104,15	\$ 104,15
2604	782	PROGESTERONA - Semisólido - Vaginal/Tópica	2604b	PROGESTERONA - Semisólido - Tópica	mg	Progesterona	\$ 104,15	\$ 104,15
2606	786	PROMESTRIENO - Semisólido - Vaginal			mg	Promestrieno	\$ 89,15	No Regulado
2616	134	PRUCALOPRIDA - Sólido - Oral			mg	Prucaloprida Base	\$ 3.651,74	No Regulado
2617	117	QUETIAPINA - Sólido - Oral	2617a	QUETIAPINA - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Quetiapina Base	\$ 15,56	\$ 15,56
2617	118	QUETIAPINA - Sólido - Oral	2617b	QUETIAPINA - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Quetiapina Base	\$ 20,73	\$ 20,73
2621	787	RALOXIFENO - Sólido - Oral (Tableta o Cápsula)			mg	Raloxifeno Clorhidrato	\$ 33,23	\$ 33,23
2623	12	RALTEGRAVIR - Sólido - Oral (Tableta o Cápsula)			mg	Raltegravir	\$ 73,40	No Regulado
2625	837	RAMUCIRUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ramucirumab	\$ 21.133,04	No Regulado
2626	396	RANIBIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ranibizumab	\$ 1.140.999,22	No Regulado
2628	397	RASAGILINA - Sólido - Oral			mg	Rasagilina Base	\$ 8.150,66	\$ 8.150,66
2629	178	RASBURICASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Rasburicasa	\$ 193.145,82	\$ 193.145,82
2634	789	RIBOCICLIB - Sólido - Oral			mg	Ribociclib Base	\$ 930,07	\$ 930,07
2639	149	RILPIVIDINA - Sólido - Oral			mg	Rilpividina Base	\$ 1.124,59	No Regulado
2640	461	RILUZOL - Sólido - Oral			mg	Riluzol	\$ 224,14	\$ 224,14
2641	143	RIOCIGUAT - Sólido - Oral			mg	Riociguat	\$ 94.348,81	\$ 94.348,81
2644	471	RISPERIDONA - Líquido - Oral			mg	Risperidona	\$ 484,32	\$ 484,32

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final Institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2645	480	RISPERIDONA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Risperidona	\$ 12.736,72	No Regulado
2646	481	RISPERIDONA - Sólido - Oral			mg	Risperidona	\$ 418,63	\$ 418,63
2647	565	RITONAVIR - Sólido - Oral			mg	Ritonavir	\$ 21,03	No Regulado
2649	119a	RIVAROXABAN - Sólido - Oral	2649a	RIVAROXABA N 10 mg - Sólido - Oral	mg	Rivaroxaban	\$ 728,06	\$ 728,06
2649	119b	RIVAROXABAN - Sólido - Oral	2649b	RIVAROXABA N 15 mg - Sólido - Oral	mg	Rivaroxaban	\$ 471,38	\$ 471,38
2649	119d	RIVAROXABAN - Sólido - Oral	2649c	RIVAROXABA N 2.5 mg - Sólido - Oral	mg	Rivaroxaban	\$ 1.589,01	No Regulado
2649	119c	RIVAROXABAN - Sólido - Oral	2649d	RIVAROXABA N 20 mg - Sólido - Oral	mg	Rivaroxaban	\$ 343,99	\$ 343,99
2650	121	RIVASTIGMINA - Sólido - Oral			mg	Rivastigmina Base	\$ 823,35	\$ 823,35
2651	120	RIVASTIGMINA - Sólido - Transdérmica			mg	Rivastigmina	\$ 618,50	\$ 618,50
2654	791	ROFLUMILAST - Sólido - Oral			mcg	Roflumilast	\$ 10,62	No Regulado
2655	140	ROMPILOSTIM - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Romiplostim (Dosis Extraíble)	\$ 7.964,31	No Regulado
2659	575	ROTIGOTINA - Sólido - Transdérmica			mg	Rotigotina	\$ 913,93	\$ 913,93
2664	162	RUXOLITINIB - Sólido - Oral			mg	Ruxolitinib Base	\$ 19.526,15	\$ 19.526,15
2667	813	SACUBITRIL + VALSARTAN - Sólido - Oral			mg	Sacubitrilo Valsartán	\$ 79,07	\$ 79,07
2668	974	SAFINAMIDA - Sólido - Oral			mg	Safinamida	\$ 135,14	\$ 135,14
2670	795	SALBUTAMOL - Líquido - Oral			mg	Salbutamol base	\$ 144,89	No Regulado
2675	799	SAXAGLIPTINA - Sólido - Oral			mg	Saxagliptina Base	\$ 920,92	\$ 920,92
2676	819	SEBELIPASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Sebelipasa alfa	\$ 1.449.266,66	No Regulado
2678	579	SECUKINUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Secukinumab	\$ 14.335,09	No Regulado
2680	975	SELLANTE DE FIBRINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Sellante de Fibrina	\$ 3.217,61	\$ 3.217,61
2683	976	SEMAGLUTIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Semaglutida	\$ 138.022,31	\$ 138.022,31
2690	977	SEVOFLURANO - Líquido - Inhalatoria			ml	Sevoflurano	\$ 1.276,62	No Regulado
2696	800	SILODOSINA - Sólido - Oral			mg	Silodosina	\$ 687,95	No Regulado
2702	413	SIROLIMUS - Sólido - Oral			mg	Sirolimus	\$ 12.845,11	\$ 12.845,11
2703	802	SITAGLIPTINA - Sólido - Oral			mg	Sitagliptina Base	\$ 46,90	\$ 46,90
2712	917	SODIO FENILBUTIRATO - Sólido - Oral			g	Fenilbutirato de Sodio	\$ 18.507,89	No Regulado
2720	805	SOLIFENACINA - Sólido - Oral			mg	Solifenacina Succinato	\$ 492,83	\$ 492,83
2723	534	SOMATOSTATINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Somatostatin a Base	\$ 78.691,57	No Regulado
2724	123	SOMATROPINA - Líquido - Inyectable			mg	Somotropina	\$ 59.215,81	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2725	122	SOMATROPINA - Sólido - Inyectable			mg	Somatropina	\$ 68.433,09	No Regulado
2726	20	SORAFENIB - Sólido - Oral			mg	Sorafenib Base	\$ 510,24	\$ 510,24
2736	978	SUGAMMADEX - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Sugammadex x	\$ 1.329,64	\$ 1.329,64
2750	415	SUNITINIB - Sólido - Oral			mg	Sunitinib Base	\$ 9.665,17	No Regulado
2753	457	TACROLIMUS - Semisólido - Tópica			mg	Tacrolimus Base	\$ 11.770,87	No Regulado
2754	46	TACROLIMUS - Sólido - Oral	2754a	TACROLIMUS - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Tacrolimus Base	\$ 5.893,23	\$ 5.893,23
2754	55	TACROLIMUS - Sólido - Oral	2754b	TACROLIMUS - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Tacrolimus Base	\$ 4.220,67	\$ 4.220,67
2757	806	TAFLUPROST - Líquido - Oftálmica			mg	Tafuprost	\$ 403.104,41	\$ 403.104,41
2760	807	TALIGLUCERASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			U	Taliglucerasa Alfa (Dosis Extraíble)	\$ 133.287,13	No Regulado
2763	181	TAPENTADOL - Sólido - Oral	2763a	TAPENTADOL - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Tapentadol Base	\$ 36,81	\$ 36,81
2763	184	TAPENTADOL - Sólido - Oral	2763b	TAPENTADOL - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Tapentadol Base	\$ 39,95	\$ 39,95
2777	580	TELMISARTAN - Sólido - Oral			mg	Telmisartán	\$ 12,07	\$ 12,07
2778	14	TEMOZOLOMIDA - Sólido - Oral			mg	Temozolomida	\$ 1.624,71	\$ 1.624,71
2779	487	TENECTEPLASA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Tenecteplase	\$ 60.215,14	\$ 60.215,14
2781	808	TENOFOVIR DISOPROXIL - Sólido - Oral			mg	Tenofovir Disoproxil Fumarato	\$ 80,63	No Regulado
2793	172	TERIFLUNOMIDA - Sólido - Oral			mg	Teriflunomida	\$ 8.912,35	\$ 8.912,35
2794	10	TERIPARATIDA - Líquido/Sólido - Inyectable			mcg	Teriparatida	\$ 1.984,53	No Regulado
2795	963	TERLIPRESINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Terlipresina Base	\$ 175.066,10	\$ 175.066,10
2799	984	TETRABENAZINA - Sólido - Oral			mg	Tetrabenazina	\$ 437,00	No Regulado
2807	810	TIBOLONA - Sólido - Oral			mg	Tibolona	\$ 437,93	\$ 437,93
2808	462	TICAGRELOR - Sólido - Oral			mg	Ticagrelor	\$ 42,75	\$ 42,75
2809	491	TIGECICLINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Tigeciclina	\$ 3.131,85	No Regulado
2810	474	TIMOLOL - Líquido - Oftálmica			mg	Timolol Base	\$ 432,20	No Regulado
2811	* 125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN - Líquido - Oftálmica	2811a	BIMATOPROS T + BRIMONIDINA + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN - Líquido - Oftálmica	2811b	BIMATOPROS T + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811c	BRIMONIDINA + DORZOLAMID A + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811d	BRIMONIDINA + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811e	BRINZOLAMIDA + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811f	DORZOLAMID A + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811g	LATANOPROST + TIMOLOL - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2811	125	TIMOLOL EN COMBINACIÓN- Líquido - Oftálmica	2811h	TIMOLOL + TRAVOPROS T - Líquido - Oftálmica	mg	Timolol Base	\$ 2.459,22	No Regulado
2819	126	TIROFIBAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Tirofiban Base	\$ 45.007,50	\$ 45.007,50
2820	127	TIROTROPINA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Tiotropina Alfa	\$ 1.545.329,10	\$ 1.545.329,10
2822	510	TOBRAMICINA - Líquido - Inhalatoria			mg	Tobramicina	\$ 291,37	\$ 291,37
2825	31	TOCILIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Tocilizumab	\$ 4.433,72	\$ 4.433,72
2827	576	TOFACITINIB - Sólido - Oral	2827a	TOFACITINIB - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Tofacitinib Base	\$ 10.305,38	No Regulado
2827	576	TOFACITINIB - Sólido - Oral	2827b	TOFACITINIB - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Tofacitinib Base	\$ 10.305,38	No Regulado
2828	452	TOLTERODINA - Sólido - Oral	2828a	TOLTERODIN A - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Tolterodina Tartrato	\$ 810,02	\$ 810,02
2828	452	TOLTERODINA - Sólido - Oral	2828b	TOLTERODIN A - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Tolterodina Tartrato	\$ 810,02	\$ 810,02
2935	996	Tolvaptan - Sólido - Oral			mg	Tolvaptan	\$ 5.962,45	No Regulado
2830	414	TOPIRAMATO - Sólido - Oral			mg	Topiramato	\$ 18,20	\$ 18,20
2831	448	TOPOTECAN - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Topotecan Base	\$ 20.964,22	No Regulado
2832	128b	TOXINA BOTULÍNICA CLOSTRIDIUM TIPO A - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Toxina Botulínica	\$ 6.773,10	\$ 6.773,10
2833	128a	TOXINA HEMAGLUTININA DE TOXINA TIPO A Y OTRAS TOXINAS TIPO A - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Toxina Botulínica	\$ 1.407,88	\$ 1.407,88

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2836	129	TRABECTEDINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Trabectedina	\$ 5.150.129,44	\$ 5.150.129,44
2840	812	TRAMETINIB - Sólido - Oral			mg	Trametinib Dimetilsulfóxido	\$ 350.194,39	No Regulado
2841	985a	TRANOLAPRIL + VERAPAMILLO - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Trandolapril	\$ 919,25	No Regulado
2845	570	TRASTUZUMAB EMTANSINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Trastuzumab Emtansina	\$ 58.672,46	\$ 58.672,46
2846	477	TRAVOPROST - Líquido - Oftálmica			mg	Travoprost	\$ 423.621,92	\$ 423.621,92
2849	441	TREPROSTINIL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Treprostnilio	\$ 303.406,98	\$ 303.406,98
2853	822	TRIENTINA - Sólido - Oral			mg	Trientina	\$ 2.766,69	No Regulado
2858	418	TRIMETAZIDINA - Sólido - Oral de liberación modificada			mg	Trimetazidina Diclhidrato	\$ 29,02	\$ 29,02
2860	552	TRIPTORELINA - Líquido - Inyectable			mcg	Triptorelina Base	\$ 189,15	\$ 189,15
2861	544	TRIPTORELINA - Sólido - Inyectable			mg	Triptorelina Base	\$ 104.327,95	No Regulado
2866	198	ULIPRISTAL - Sólido - Oral			mg	Acetato De Ulipristal	\$ 3.109,82	No Regulado
2869	130	USTEKINUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Ustekinumab	\$ 226.718,46	\$ 226.718,46
2873	41	VALGANCICLOVIR - Sólido - Oral	2873a	VALGANCICLOVIR - Sólido - Oral (tableta o cápsula)	mg	Valganciclovir Base	\$ 93,87	\$ 93,87
2873	50	VALGANCICLOVIR - Sólido - Oral	2873b	VALGANCICLOVIR - Sólido - Oral (polvo para reconstituir)	mg	Valganciclovir Base	\$ 179,04	\$ 179,04
2874	420	VALSARTAN - Sólido - Oral			mg	Valsartán	\$ 9,24	No Regulado
2882	173	VEDOLIZUMAB - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Vedolizumab	\$ 26.962,86	\$ 26.962,86
2883	814	VELAGLUCERASA ALFA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Velaglucerasa Alfa	\$ 479.023,45	No Regulado
2884	159	VENURAFENIB - Sólido - Oral			mg	Vemurafenib Base	\$ 428,28	\$ 428,28
2885	988	VENETOCLAX - Sólido - Oral			mg	Venetoclax	\$ 1.984,84	\$ 1.984,84
2886	458b	VENLAFAXINA - Sólido - Oral	2886a	VENLAFAXINA A - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Venlafaxina Base	\$ 11,69	\$ 11,69
2886	458a	VENLAFAXINA - Sólido - Oral	2886b	VENLAFAXINA A - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Venlafaxina Base	\$ 27,09	No Regulado
2887	989b	VERAPAMILLO - Sólido - Oral	2887a	VERAPAMILLO - Sólido - Oral de liberación modificada	mg	Verapamilo	\$ 2,97	\$ 2,97
2887	989a	VERAPAMILLO - Sólido - Oral	2887b	VERAPAMILLO - Sólido - Oral de liberación no modificada	mg	Verapamilo	\$ 2,38	\$ 2,38
2888	34	VIGABATRINA - Sólido - Oral			mg	Vigabatrina	\$ 3,83	\$ 3,83

ID MR	ID MR Circular 19 2024	Mercado relevante	ID submercado	Submercado	Unidad de medida	Principio activo base del cálculo	Precio máximo de venta transacción primaria, secundaria y final institucional	Precio máximo de venta transacción primaria y secundaria comercial
2889	816	VILDAGLIPTINA - Sólido - Oral			mg	Vildagliptina	\$ 38,59	No Regulado
2892	990	VINORELBINA - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Vinorelbina	\$ 3.960,74	\$ 3.960,74
2896	164	VISMODEGIB - Sólido - Oral			mg	Vismodegib	\$ 4.217,21	No Regulado
2898	991	VITAMINA A + VITAMINA D2 + VITAMINA E + VITAMINA K1 - Líquido/Sólido - Inyectable			UI	Vitamina E	\$ 1.080,47	\$ 1.080,47
2907	495/494	VORICONAZOL - Líquido/Sólido - Inyectable			mg	Voriconazol	\$ 1.369,64	No Regulado
2908	504	VORICONAZOL - Sólido - Oral			mg	Voriconazol	\$ 363,38	No Regulado
2932	454	VORINOSTAT - Sólido - Oral			mg	Vorinostat	\$ 1.650,66	No Regulado
2909	193	VORTIOXETINA - Sólido - Oral			mg	Vortioxetina Base	\$ 340,08	\$ 340,08

* Ciclo*: Precio por la cantidad de Ciclo's (unidades que contienen por ejemplo 21, 24, 28, 30 o 35 tabletas) de la presentación comercial.
 ** DDD: Precio por Dosis Diaria Definida, según lo establecido en la OMS: por ejemplo, Levonorgestrel 1.5 mg y Ulipristal 30 mg.

Parágrafo. El Precio Máximo de Venta del mercado relevante correspondiente al medicamento toxina botulínica solo aplicará para su uso terapéutico. Cualquier uso de este medicamento en las transacciones institucionales se entenderá como terapéutico y no podrá exceder el precio regulado. En las transacciones comerciales, el precio regulado aplicará solo para el uso terapéutico.

Artículo 4. Precio máximo de venta por presentación comercial. El precio máximo de venta contenido en los artículos 1,2 y 3 está en función de la unidad de medida y el principio activo base del cálculo. El precio máximo de venta por presentación comercial deberá ser calculado de conformidad con la descripción técnica que soporta el registro sanitario. La Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos hará público el listado de medicamentos que hacen parte de cada mercado relevante y su precio máximo de venta por presentación comercial.

Parágrafo. Si el actor que realiza la transacción final institucional es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, puede adicionar, al precio máximo de venta, el margen del que trata el artículo 11 de la Circular 18 de 2024 siempre y cuando la adquisición y dispensación del medicamento se realice en el marco de la prestación efectiva de un servicio de salud al paciente, incorporando actividades asistenciales, operativas o logísticas asociadas a dicha atención.

Artículo 5. Aplicación de los precios máximos de venta. Los precios máximos de venta de los mercados relevantes y los medicamentos que los conforman contenidos en los artículos 1, 2 y 3 de la presente circular, aplican a los medicamentos que tengan registro sanitario o sean

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



importados o fabricados bajo la modalidad de vitales no disponibles.

Artículo 6. Formas farmacéuticas agrupadas. Si la descripción de la forma farmacéutica de un mercado relevante es "sólido — oral" y no existe un mercado relevante adicional con el mismo principio activo y una forma farmacéutica "sólido — oral de liberación modificada", se entenderá que el precio para el Mercado Relevante con forma farmacéutica "sólido' — oral" aplicará para todas las presentaciones con esta última forma farmacéutica, independientemente de que modifique o no la liberación del fármaco.'

Artículo 7. Sanciones por incumplimiento al régimen de control de precios. La Superintendencia de Industria y Comercio, en virtud de lo dispuesto en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011, sancionará las infracciones al régimen de control de precios de los medicamentos establecidos en la presente circular.

Artículo 8. Transitoriedad. Los precios máximos de venta previstos en la Circular 19 de 2024 mantendrán su vigencia hasta los dos (2) meses siguientes a la publicación de la presente Circular.

Artículo 9. Vigencia y derogatoria. La presente circular rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y producirá efectos vencido el término señalado en el artículo 8, momento en el cual se entenderá derogada la Circular 19 de 2024.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2.5. Circular Externa Conjunta 22 de 2026

PARA: EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ENTIDADES TERRITORIALES, GESTORES FARMACÉUTICOS Y OPERADORES LOGÍSTICOS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD.

ASUNTO: ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

FECHA: 30 JUNIO 2026

En ejercicio de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de la inspección, vigilancia y control respecto del referido sistema, y en atención a las disposiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley 2297 de 2023 y en la Resolución 2646 de 2024 “por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de registro de caracterización e identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad”, se insta a los actores del SGSSS a garantizar a los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad: i) acceso oportuno a servicios de salud y atención psicosocial; ii) eliminación de barreras administrativas y simplificación de trámites y prevención de riesgos físicos y psicosociales derivados del cuidado, promoviendo la garantía del derecho fundamental a la salud de esta población, bajo un enfoque de derechos humanos, territorial, comunitario y de Atención Primaria en Salud.

1. *Marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad e interoperabilidad con el Sistema Integrado de la Atención Primaria en Salud (SIAPS).*

Las entidades promotoras de salud, las entidades territoriales y las entidades que administran regímenes especiales y de excepción, tal como lo impone las disposiciones antes citadas, en el ámbito de sus competencias, deberán implementar, en sus sistemas de información y procesos institucionales, un marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas



cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, con base en la información contenida en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y en el Registro e Identificación de Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad, como fuentes oficiales de información.

Así mismo, deberán promover la interoperabilidad entre el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIAPS), el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y el Registro e Identificación de Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad, con el fin de fortalecer las acciones de atención integral dirigidas a esta población.

Los marcadores de prioridad deberán reflejarse en los trámites administrativos y en la atención en salud, incluyendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como en las herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión de servicios y tecnologías en salud, de conformidad con la normatividad vigente.

2. Gestión administrativa de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las EPS directamente o a través de su red de prestadores, deberán asegurar la disponibilidad permanente de agendas para la asignación de citas, la oportunidad en el acceso a los servicios de salud y la implementación de mecanismos presenciales y no presenciales para la solicitud y asignación de citas; en particular, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general y odontología general dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la solicitud, la autorización de citas con especialistas dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, y la priorización de la atención de las personas que, por su condición clínica o situación de vulnerabilidad, requieran una gestión preferente conforme al criterio médico tratante y medicina especializada e incrementar su cobertura de manera progresiva, atendiendo a lo dispuesto en la Resolución 1552 de 2013, expedida por este Ministerio.

En este sentido, en el marco de sus competencias, deben dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 2335 de 2023, respecto de garantizar que en los acuerdos de voluntades y en los procesos de atención se incluyan y faciliten el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, mediante mecanismos que favorezcan la actualización de información, la comunicación efectiva con los usuarios, la disponibilidad de canales de atención accesibles y la integralidad de la atención y los tratamientos requeridos.

3. Atención en Salud y Prestación de servicios de salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



3.1. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad deberán recibir las atenciones definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y cuando corresponda, las dispuestas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), de acuerdo con su momento de curso de vida y conforme con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018. Estas atenciones comprenden acciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, educación para la salud y, en el caso de mujeres con intención reproductiva, gestantes, puérperas y recién nacidos, las intervenciones de atención preconcepcional, prenatal, del parto, puerperio y cuidado neonatal.

Gestión del riesgo

Conforme con lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 expedida por este Ministerio, se establecen las siguientes atenciones para la prevención y detección temprana de la discapacidad:

- a) Consulta preconcepcional: Al menos un año antes de la gestación, evalúa riesgos biológicos y psicosociales, especialmente en patologías hereditarias con alto riesgo de discapacidad.
- b) Cuidado prenatal: Mínimo 10 controles en nulíparas y 7 en multíparas, con seguimiento mensual hasta la semana 36 y quincenal hasta la semana 40. Incluye tamizajes de alteraciones fetales y acompañamiento en la toma de decisiones.
- c) Enfoque antenatal de riesgo: Identifica factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para preparar la atención adecuada y reducir secuelas.
- d) Tamizaje neonatal: Se realiza antes del egreso hospitalario e integra condiciones metabólicas, endocrinológicas, cardiológicas, auditivas y visuales. Regulado por la Resolución 117 de 2026. e) Valoración integral por momento del curso de vida: Seguimiento periódico según la etapa de vida para identificar y gestionar oportunamente factores de riesgo.

Por ende, se insta a los destinatarios de la presente circular a que en todos los servicios se realicen ajustes razonables y se aplique el diseño universal para eliminar barreras de acceso a esta ruta, dirigidas a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

3.2. Responsabilidades de las entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud, operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- 3.2.1 Establecer e implementar una ruta prioritaria para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, teniendo en cuenta el marcador de prioridad mencionado en el numeral 1 de la presente circular, el cual involucrará: procedimientos administrativos y la atención en salud propiamente dicha (promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), en el contexto de las condiciones de salud de dicha población.
- 3.2.2 Atención Dual para la persona con discapacidad y su persona cuidadora o asistente personal, teniendo en cuenta el curso de vida de estas poblaciones, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las condiciones de salud y los procesos administrativos propios de la red prestadora de servicios de salud, para lo cual deberán procurar la asignación de citas consecutivas y prioritarias reconociendo con ello el carácter inseparable del cuidado.
- 3.2.3 Implementar y fortalecer las modalidades de atención que favorezcan el acceso de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, a la atención en salud en el marco del enfoque interseccional, reconociendo sus particularidades y contexto, lo que conlleva a su cuidado permanente y continuo.
- 3.2.4 Implementar programas de sensibilización, capacitación y formación en materia de discapacidad y cuidado, bajo un enfoque de derechos humanos, territorial, comunitario y de Atención Primaria en Salud a sus colaboradores, incluyendo el personal médico y administrativo, garantizando la humanización del servicio y el trato digno.

3.3. Responsabilidades de los Equipos Básicos de Salud - Estrategia de Atención Primaria en Salud

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado (ESE), y las entidades territoriales deberán velar porque sus Equipos Básicos de Salud favorezcan la accesibilidad, oportunidad y continuidad en los servicios e intervenciones, con el objetivo de contribuir a la garantía de las atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de alteraciones y educación para la salud, en todos los entornos incluidos el rural, rural disperso y de difícil acceso, de las personas con discapacidad y de las personas cuidadoras o asistentes personales de estas, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y del Plan Nacional de Salud Rural.

3.4. Medicamentos y dispositivos médicos

Las entidades promotoras de salud, a través de su red prestadora de servicios de salud deben suministrar a sus afiliados, incluidas las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el médico

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



tratante con prioridad y entrega domiciliaria, conforme con la situación y condición de salud específica.

En ese orden de ideas, deberán cumplir con lo establecido en el artículo 131 del Decreto 019 de 2012, asegurando la entrega completa e inmediata de los medicamentos y dispositivos médicos, en el marco del principio de oportunidad, establecido en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, que en su artículo 6 lo define como un elemento esencial del derecho fundamental, debiendo suministrarse los servicios y tecnologías sin barreras administrativas y atendiendo lo establecido en el Decreto 780 de 2016 sobre la materia y lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución 1403 de 2007, relativo a los principios especiales que deben regir el servicio farmacéutico.

Como referente jurisprudencial, resulta procedente indicar que mediante Auto 559 de 2025 proferido por la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, se ordenó a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Prestadores de Servicios de Salud y gestores farmacéuticos garantizar el suministro oportuno y continuo de los medicamentos prescritos por el médico tratante, incluso en casos de desabastecimiento o falta de disponibilidad. En tales situaciones, están obligadas a reformular el tratamiento con un medicamento equivalente y asegurar su entrega efectiva. Asimismo, se exige que establezcan canales de comunicación claros y eficientes con los usuarios para informar sobre el punto de dispensación, la fecha de entrega y la persona responsable del suministro.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 1604 de 2013 estableció que, en los eventos de entrega incompleta o no disponibilidad del medicamento al momento de la dispensación, se debe activar el mecanismo excepcional de entrega domiciliaria previsto en la normativa vigente, garantizando su suministro dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación por parte del afiliado.

3.5. Salud mental con enfoque integral

La salud mental con enfoque integral reconoce que el bienestar emocional y psicosocial de las personas está influenciado por factores individuales, familiares, comunitarios y sociales, por lo que requiere acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación e inclusión social desde la Atención Primaria en Salud y bajo enfoques de derechos, curso de vida, diferencial e interseccional.

En este contexto, se insta a los destinatarios de esta circular a implementar rutas diferenciales de atención en salud mental para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, que incluyan escucha activa, acompañamiento psicosocial, autocuidado, fortalecimiento de redes de apoyo y acceso

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



oportuno a servicios especializados, con el fin de prevenir la sobrecarga del cuidado, el agotamiento emocional y otros riesgos psicosociales asociados al rol de cuidado, en coherencia con los enfoques establecidos en la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034.

Así las cosas, deben adoptar las medidas necesarias para asegurar que sus procesos operativos y administrativos sean transparentes, eficaces y ajustados a la ley, para garantizar la correcta prestación del servicio a las personas con discapacidad y a las personas cuidadoras o asistentes personales de estas.

4. Inspección, vigilancia y control

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control frente al cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular y de la gestión integral de la atención en salud de las personas con discapacidad y sus cuidadoras(es) o asistentes personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



3. CONCEPTOS.



3.1. ASUNTO: Alcance de la Resolución 13437 de 1991 frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y funciones de los Comités de Ética Hospitalaria.

Radicado: 202642401468752 Id: 1883391

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta sobre el campo de aplicación de la Resolución 13437 de 1991, particularmente en relación con la equivalencia del término “entidades prestadoras del servicio de salud” frente a las actuales Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, así como respecto de la obligatoriedad y funciones de los Comités de Ética Hospitalaria y su relación con los comités de humanización.

Para los efectos su consulta se plantea de la siguiente manera:

“(…)

De acuerdo con la Resolución 13437 de 1991, que establece los comités de Ética Hospitalaria y adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, surge la siguiente pregunta: Considerando que el Artículo 2 delimita su campo de acción a las 'entidades prestadoras del servicio de salud', ¿es posible entender este término como equivalente al de las instituciones prestadoras de servicios de salud utilizadas actualmente bajo la legislación vigente? Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa y las IPS no hospitalarias deben formar comités de ética hospitalaria, ¿ese comité será el encargado de tratar temas como la divulgación de los derechos y deberes de los pacientes, la formación de la comunidad y del personal de la IPS en dichos derechos y deberes, y la garantía de que estos se cumplan de manera estricta y oportuna? ¿Y esos asuntos no serían responsabilidad del comité de humanización?

(…)”.

Al respecto, nos permitimos señalar:

1. Regulación de los Comités de Ética Hospitalaria en la Resolución 13437 de 1991

La Resolución 13437 de 1991^[1] dispuso la conformación de los Comités de Ética Hospitalaria en las entidades prestadoras del servicio de salud, al establecer en su artículo 2:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



“ARTICULO 2o. Conformer en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera: (...). (resaltos fuera de texto)

Por su parte, el artículo 3 de la citada resolución asignó a dichos comités, entre otras, las siguientes funciones:

“ARTICULO 3o. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

- 1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.*
 - 2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.*
 - 3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.*
 - 4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.*
- (...)”.*

2. Regulación de los Comités de Ética Hospitalaria en el Decreto 1757 de 1994 actualmente compilado en el Decreto 780 de 2016

Con posterioridad a la emisión de la Resolución 13437 de 1991, se emitió el Decreto 1757 de 1994[2] actualmente compilado en el Decreto 780 de 2016[3], en este decreto se reguló aspectos relacionados con las modalidades y formas de participación social en salud, dentro de las cuales se incluyó la conformación y funcionamiento de los Comités de Ética Hospitalaria.

Al respecto, el artículo 15 del Decreto 1757 de 1994 actualmente compilado en el artículo 2.10.1.1.14 del Decreto 780 de 2016 establece:

“Artículo 2.10.1.1.14 Comités de ética hospitalaria. Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

- 1. El director de la institución prestataria o su delegado.*
- 2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.*



3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.

4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Parágrafo. Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente.” (resaltos fuera de texto)

Frente a las funciones de los Comités de Ética Hospitalaria, el artículo 16 del Decreto 1757 de 1994 actualmente compilado en el artículo 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016 establece las siguientes:

“Artículo 2.10.1.1.15 Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.



8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.”

3. Respuesta a lo consultado

Para comenzar, es preciso señalar que, si bien la regulación inicial de los Comités de Ética Hospitalaria se encontraba prevista en la Resolución 13437 de 1991, posteriormente el Decreto 1757 de 1994 hoy compilado en el Decreto 780 de 2016 desarrolló de manera más amplia su creación, conformación y funciones. En este sentido y de acuerdo con los criterios establecidos para determinar la vigencia de las normas^[4] el régimen aplicable en la actualidad, debe atenderse a lo dispuesto en los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016.

Dicho lo anterior, frente a sus inquietudes se procede a dar respuesta en los siguientes términos:

“¿es posible entender este término como equivalente al de las instituciones prestadoras de servicios de salud utilizadas actualmente bajo la legislación vigente?”

Con fundamento en lo previsto en el artículo 2.10.1.1.14 del Decreto 780 de 2016, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, sean públicas, privadas o mixtas, deben conformar el respectivo Comité de Ética Hospitalaria, sin que la norma establezca distinción alguna respecto de su carácter hospitalario o no. En consecuencia, resulta jurídicamente viable entender que el alcance previsto inicialmente para las “entidades prestadoras del servicio de salud” comprende, en el marco normativo vigente, a las IPS, en los términos establecidos por la regulación actual.

“Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa y las IPS no hospitalarias deben formar comités de ética hospitalaria, ¿ese comité será el encargado de tratar temas como la divulgación de los derechos y deberes de los pacientes, la formación de la comunidad y del personal de la IPS en dichos derechos y deberes, y la garantía de que estos se cumplan de manera estricta y oportuna? ¿Y esos asuntos no serían responsabilidad del comité de humanización?”

De conformidad con el artículo 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016, corresponde a los Comités de Ética Hospitalaria, entre otras funciones:

- Divulgar los derechos y deberes en salud entre los funcionarios y la comunidad usuaria.
- Velar por su cumplimiento oportuno.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- Proponer medidas orientadas a mejorar la calidad técnica y humana de los servicios.

A partir de estas disposiciones, se advierte que las actividades relacionadas con la divulgación, formación y garantía de los derechos y deberes de los pacientes se encuentran expresamente asignadas al Comité de Ética Hospitalaria y no a algún otro comité, como lo sería el Comité de Humanización a que refiere su interrogante.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015^[5], el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

[1] Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

[2] por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.

[3] Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

[4] Corte Constitucional Sentencia C-439 de 2016. Magistrado Ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez

“La derogatoria, por el contrario, es la cesación de la vigencia de una disposición como efecto de una norma posterior^[34], es decir, la remoción de una norma del ordenamiento jurídico por voluntad de su creador. Cabe recordar que, como se expresó en el apartado anterior, de acuerdo con las reglas generales de interpretación de las leyes, la derogación puede ser expresa, cuando la nueva ley suprime específica y formalmente la anterior; tácita, cuando la nueva normatividad contiene disposiciones incompatibles o contrarias a las de la antigua; y orgánica, cuando una ley reglamenta integralmente la materia, aunque no exista incompatibilidad con las normas precedentes.”

[5] Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo



3.2. ASUNTO: Traslado por competencia Radicado No. 02EE202641060000016361- Transcripción reconocimiento y pago de incapacidades. Radicado 2026423001832692 ID 1953160

Respetado señor:

Proveniente del Ministerio del Trabajo hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una situación que se presenta con la Nueva EPS frente al reconocimiento de una incapacidad, por lo que manifiesta y solicita:

“El día 05 de febrero de 2026 se procedió a radicar derecho de petición ante la NUEVA EPS (Adjunto) a causa de la negación de reconocimiento económico de una incapacidad medica por carencia de la historia clínica y/o epicrisis, sin embargo, nosotros como empleador no estamos legalmente autorizados para custodiar, recibir o solicitar al trabajador historias clínicas teniendo en cuenta su reserva legal. En dicha petición, se le solicito a la entidad que nos informara expresamente la normal que autoriza a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) a exigir al empleador la historia clínica y/o epicrisis como REQUISITO para el reconocimiento económico de la incapacidad. El día 11 de febrero del año en curso, la NUEVA EPS emite respuesta formal a nuestra petición en donde nos manifiestan que el trámite administrativo del recobro se encuentra devuelto por falta de epicrisis o soporte de la atención medica que origino la incapacidad, además que indicar que "Nueva EPS le informa que la solicitud de la epicrisis y/o del soporte de atención que origino una incapacidad, se enmarca exclusivamente dentro del proceso de transcripción del certificado de incapacidad, y no constituye un requisito para obtener el pago de la prestación económica ante el sistema de seguridad Social en Salud, en ese orden de ideas en cada solicitud del transcripción que se recibe, Nueva EPS aclara que la misma puede ser llevada a cabo por cada afiliado a fin de mantener la reserva clinica, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad vigente que regula la confidencialidad de los datos clínicos por la Ley 1581 de 2012, por lo tanto recomendamos solicitar a sus colaboradores los soportes de incapacidad previamente transcritos con el fin de salvaguardar la información sensible y privada de la historia clinica de sus trabajadores.”, sin embargo, esta es una gestión administrativa que va a cargo del EMPLEADOR. Agradecemos nos aclaren cual es el procedimiento adecuado para poder determinar y ejecutar de manera correcta el proceso de reconocimiento económico de las incapacidades, toda vez, que es contradictoria la norma al esclarecer que no somos legalmente permitidos para recibir o solicitar historias clínicas, informes y/o epicrisis de los trabajadores, pero, aun así las EPS como argumento jurídico manifiesta que el DECRETO 2123 DE 2023, establece este como un documento esencial.”

Al respecto, nos permitimos señalar:



En primer lugar, es preciso indicar que este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, que tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, de igual manera esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos específicos ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.

- **De la Historia Clínica**

El artículo 34 de la Ley 23 de 1981¹⁵⁷, define la historia clínica como un documento de carácter privado y reservado:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

De igual manera, el artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999¹⁵⁸, modificada por la Resolución 1715 de 2005¹⁵⁹, definió la historia clínica así:

“ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. (Subraya fuera de texto).

El artículo 14 ibidem regula el acceso a la historia clínica, de la siguiente forma:

“Artículo 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.***
- 2) El Equipo de Salud.***

1 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Disposición normativa reglamentada por el Decreto 3380 de 1981.

158 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud, julio 8 de 1999.

159 por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.



- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. *El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.”*

En el contexto de lo anteriormente expuesto, se concluye que la historia clínica como parte del derecho a la intimidad, es un documento de naturaleza privada y personal, sometido a reserva, en virtud de lo cual, su acceso se encuentra restringido a los sujetos y eventos determinados en la normativa, dentro de los que se cuentan, el usuario o titular de la historia clínica; el equipo de salud; las autoridades judiciales y de salud y las demás personas determinadas en la ley.

- **De la transcripción y reconocimiento de incapacidades**

El Decreto 2126 de 2023¹⁶⁰ incorporado en el Decreto 780 de 2016¹⁶¹ establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. *Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.*

Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico u odontólogo tratante es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS, también los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los cuales deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben

160 por el cual se sustituyen los Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

161 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, señala lo siguiente:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (...)” (subraya fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que aplica frente a la expedición de una incapacidad por parte de médicos u odontólogos que no se encuentran adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 ibidem, indica:

“Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional



La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto. (subraya y negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS o Entidad Adaptada tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos u odontólogos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad. Este proceso de validación es el que comúnmente se conoce como transcripción.

- **Obligación del empleador frente al trámite de incapacidades**

Respecto del trámite de la incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012¹⁶², en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

¹⁶² “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”



Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia. (Subrayado fuera de texto)

La Ley 1438 de 2011¹⁶³, dispone frente a la prescripción del derecho que le asiste al empleador para solicitar el reembolso de las prestaciones económicas, lo siguiente:

***“ARTÍCULO 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.*”** (Subrayado fuera de texto)

Las anteriores normas, disponen que será el empleador quien adelantará de manera directa ante las Empresas Promotoras de Salud o Entidad Adaptada, los trámites para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad o licencia.

RESPUESTA A LO SOLICITADO

En el marco de lo previsto en el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, es claro que al empleador es a quien le corresponde asumir el trámite del reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad y paternidad ante la EPS, en este caso, la obligación del trabajador es informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.

Ahora, cuando la incapacidad ha sido expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red de la EPS o Entidad Adaptada, el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016 dispone que, para efectos de su validación (transcripción), deberá allegarse ante la referida entidad la incapacidad junto con la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de atención cuando corresponda a consulta externa o atención ambulatoria.

Dicho lo anterior y si bien es cierto que la información de salud o la contenida en la historia clínica goza de reserva, las disposiciones normativas señaladas anteriormente permiten que el empleador acceda a la epicrisis en caso de internación, o al resumen de la atención en salud tratándose de consulta externa o atención ambulatoria, por ser estos documentos esenciales para que el empleador pueda cumplir con el deber legal de tramitar ante la Entidad Promotora de Salud o Entidad Adaptada la transcripción de la incapacidad cuando esta ha sido expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red de la entidad aseguradora en salud.

¹⁶³ "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".



Así las cosas, en caso de que el empleador deba adelantar el trámite de validación o transcripción de incapacidades emitidas por un médico u odontólogo no adscrito a la red de la EPS o Entidad Adaptada, el trabajador deberá entregar a este la incapacidad acompañada de la epicrisis o el resumen de la atención conforme lo ya señalado, para que se pueda proceder a efectuar el respectivo trámite de reconocimiento de la incapacidad ante las entidades mencionadas.

El presente Pronunciamiento tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,



3.3. ASUNTO: Concepto sobre firma electrónica en el consentimiento informado en servicios de salud.

Radicado 2026424001131972 ID 1811212

Respetada señora:

Hemos recibido la solicitud del asunto, mediante la cual requiere la emisión de un concepto jurídico sobre la viabilidad y validez del uso de firma electrónica en el proceso de la suscripción del consentimiento informado en servicios de salud.

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se formula de la siguiente manera:

(...)

La presente solicitud se realiza en el marco del proceso de evaluación e implementación de herramientas tecnológicas por parte de la Clínica San Rafael, institución prestadora de servicios de salud que presta servicios de consulta externa especializada en medicina alternativa, que dentro de su portafolio incluye procedimientos derivados de la consulta como colonterapia, administración de sueros, ozonoterapia, nebulización, Terapia Neural, Biopuntura entre otros.

(...)

De acuerdo con la información técnica suministrada por el proveedor, el mecanismo propuesto operaría bajo las siguientes condiciones:

- Generación del consentimiento informado por parte del profesional de salud desde la historia clínica electrónica.*
- Envío del documento al paciente a través de canales digitales (aplicaciones de mensajería instantánea).*
- Acceso, diligenciamiento y suscripción del consentimiento por parte del paciente mediante un mecanismo de firma electrónica.*
- Registro de trazabilidad del proceso, incluyendo identificación del usuario, fecha, hora, eventos de interacción y almacenamiento del documento en la historia clínica.*

(...)"

PROBLEMA JURÍDICO

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El problema jurídico se ciñe a resolver los interrogantes planteados en la consulta, que giran en torno a clarificar la viabilidad y validez del uso de la firma electrónica en los procesos de suscripción de consentimientos informados en la prestación de los servicios de salud.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS

Para efectos del presente concepto, se tendrán en cuenta los siguientes fundamentos normativos:

Artículos 16¹⁶⁴, 18¹⁶⁵, 19¹⁶⁶ y 20¹⁶⁷, de la Constitución Política

Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015¹⁶⁸

Artículos 1, 14, 15, 16 y 34 de la Ley 23 de 1981¹⁶⁹

Artículos 2, 7 y 28 de la Ley 527 de 1999¹⁷⁰

Artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁷¹

Artículo 45 de la Ley 1753 de 2015¹⁷²

Artículos 1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, y 13 de la Ley 2015 de 2020¹⁷³

Artículos 2.2.2.47.1., 2.2.2.47.2., 2.2.2.47.3., 2.2.2.47.4., 2.2.2.47.5 del Decreto 1074 de 2015¹⁷⁴, que compila al Decreto 2364 de 2012¹⁷⁵

Artículos 1, 2, 10, 11, 18 de la Resolución 1995 de 1999¹⁷⁶, modificada por la Resolución 1715 de 2005¹⁷⁷

164 "Artículo 16. todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico."

165 "Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia."

166 "Artículo 19. Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva."

167 Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. (...)"

168 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

169 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

170 Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

171 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

172 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

173 "por medio del cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones."

174 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.

175 por medio del cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones

176 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

177 por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999



Resolución 3100 de 2019¹⁷⁸, modificada por las Resoluciones 2215 de 2020¹⁷⁹, 1317 de 2021¹⁸⁰, 1138 de 2022¹⁸¹, 1410 de 2022¹⁸², 1719 de 2022¹⁸³, 544 de 2023, 648 de 2023¹⁸⁴, 465 de 2025⁸ y 914 de 2025⁹, como el numeral 11.1.5 del anexo técnico.
Resolución 229 de 2020¹⁸⁵

ANÁLISIS JURÍDICO

➤ GENERALIDADES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Constitución Política de Colombia en los artículos 16, 18, 19 y 20, consagra dentro de los derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado, el cual se puede manifestar en diferentes ámbitos, sin embargo, para el tema objeto de consulta, nos referiremos al consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

La Ley 23 de 1981, al referirse a las relaciones médico – paciente, en los artículos 1, 14, 15, y 16, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos médico-quirúrgicos que se requieran, así:

“Artículo 1. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:

(...)

...el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas

178 “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.”

179 Por la cual se modifican los artículos 19 y 26 de la Resolución 3100 de 2019

180 Por la cual se modifica el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar un plazo a los prestadores de servicios de salud

181 Por la cual se modifican los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID 19

182 “Por la cual se corrige un yerro en el artículo 3 de la Resolución 1138 de 2022 y se adiciona la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 en el anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019”

183 Por la cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar el plazo para registrar el Plan de Visitas de Verificación

184 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.

185 “Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”.



podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.
(...)

ARTÍCULO 14. – El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 15. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTÍCULO 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.
(...) (Subrayas y negrillas fuera de texto)

La Ley 1751 de 2015, sobre los derechos y deberes de las personas relacionadas con la prestación de servicios de salud, determina en su artículo 10:

***“Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:
(...)***

d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;
(...)

f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;” (Subrayas fuera de texto)

De otra parte, resulta necesario mencionar que la Resolución 3100 de 2019, modificada por las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022, 1410 de 2022, 1719 de 2022, 544 de 2023, 648 de 2023, 465 de 2025 y 914 de 2025 define el consentimiento informado de la siguiente forma:

“Consentimiento informado. Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las



condiciones descritas. Para el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado deberá cumplir con los trámites que establezca la normatividad correspondiente.

En caso de que el paciente o usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante responsable.”

Asimismo, dicha resolución establece en el numeral 11.1.5 “*Estándar de procesos prioritarios*”, del anexo técnico que el prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, “4.5. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.”

Seguidamente, la carta de derechos y deberes de los afiliados y de los pacientes del SGSSS, en la Resolución 229 de 2020, establece que toda persona afiliada y paciente tienen el derecho a una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico.

➤ GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica fue definida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, como un documento de carácter privado y reservado, así:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

La Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 1715 de 2005, señala en términos generales, el manejo que debe darse a la historia clínica, donde se resalta lo siguiente:

“ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

(...)

ARTICULO 2. AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

(...)

ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



*Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, **tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.***” (Subrayado fuera de texto)
(...)

ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. *Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.*

PARAGRAFO SEGUNDO. *Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.*
(...)

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.



Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro. (Subrayas y negrillas fuera de texto)

Anudado a lo expuesto, la Ley 1753 de 2015, en su artículo 45, sobre la historia clínica electrónica dispuso lo siguiente:

“Artículo 45. Estándares, modelos y lineamientos de tecnologías de la información y las comunicaciones para los servicios al ciudadano. Bajo la plena observancia del derecho fundamental de hábeas data, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), en coordinación con las entidades responsables de cada uno de los trámites y servicios, definirá y expedirá los estándares, modelos, lineamientos y normas técnicas para la incorporación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), que contribuyan a la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano, los cuales deberán ser adoptados por las entidades estatales y aplicarán, entre otros, para los siguientes casos:

a) Agendamiento electrónico de citas médicas.

b) Historia clínica electrónica.

c) Autenticación electrónica.

d) Publicación de datos abiertos.

e) Integración de los sistemas de información de trámites y servicios de las entidades estatales con el Portal del Estado colombiano.

f) Implementación de la estrategia de Gobierno en Línea.

g) Marco de referencia de arquitectura empresarial para la gestión de las tecnologías de información en el Estado.

(...)

k) Servicios de Telemedicina y Telesalud.

(...)” (Subrayas y negrillas fuera de texto)

➤ **NORMAS GENERALES SOBRE LA FIRMA DIGITAL O ELECTRONICA**

• **Ley 527 de 1999**

En cuanto a la firma digital electrónica, la Ley 527 de 1999, señala:

“Artículo 2 Definiciones. Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

(...)

c) Firma digital. Se entenderá como un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos y que, utilizando un procedimiento matemático conocido, vinculado a la clave del iniciador y al texto del



mensaje permite determinar que este valor se ha obtenido exclusivamente con la clave del iniciador y que el mensaje inicial no ha sido modificado después de efectuada la transformación; (...)"

Artículo 7. Firma. (Reglamentado por el Decreto 2364 de 2012) Cuando cualquier norma exija la presencia de una firma o establezca ciertas consecuencias en ausencia de la misma, en relación con un mensaje de datos, se entenderá satisfecho dicho requerimiento si: (Subrayado fuera de texto) (...)"

A su vez, el artículo 28 ibidem, respecto de los atributos jurídicos de la firma, determina:

“ARTÍCULO 28. Atributos jurídicos de una firma digital. Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.

PARÁGRAFO. El uso de una firma digital tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita, si aquella incorpora los siguientes atributos:

1. Es única a la persona que la usa.
2. Es susceptible de ser verificada.
3. Está bajo el control exclusivo de la persona que la usa.
4. Está ligada a la información o mensaje, de tal manera que si éstos son cambiados, la firma digital es invalidada.
5. Está conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional.”

- **Decreto 1074 de 2015**, que compila al Decreto 2364 de 2012, precisa sobre la firma electrónica:

“Artículo 2.2.2.47.1. Definiciones. Para los fines del presente capítulo se entenderá por: (...)

3. Firma electrónica. Métodos tales como, códigos, contraseñas, datos biométricos, o claves criptográficas privadas, que permite identificar a una persona, en relación con un mensaje de datos, siempre y cuando el mismo sea confiable y apropiado respecto de los fines para los que se utiliza la firma, atendidas todas las circunstancias del caso, así como cualquier acuerdo pertinente.

(...)

ARTÍCULO 2.2.2.47.2. Neutralidad tecnológica e igualdad de tratamiento de las tecnologías para la firma electrónica. Ninguna de las disposiciones del presente capítulo será aplicada de modo que excluya, restrinja o prive de efecto jurídico cualquier método, procedimiento, dispositivo o tecnología para crear una firma electrónica que cumpla los requisitos señalados en el artículo 7 de la Ley 527 de 1999.

ARTÍCULO 2.2.2.47.3. Cumplimiento del requisito de firma. Cuando se exija la firma de una persona,



ese requisito quedará cumplido en relación con un mensaje de datos si se utiliza una firma electrónica que, a la luz de todas las circunstancias del caso, incluido cualquier acuerdo aplicable, sea tan confiable como apropiada para los fines con los cuales se generó o comunicó ese mensaje.

ARTÍCULO 2.2.2.47.4. Confiability de la firma electrónica. La firma electrónica se considerará confiable para el propósito por el cual el mensaje de datos fue generado o comunicado si:

1. Los datos de creación de la firma, en el contexto en que son utilizados, corresponden exclusivamente al firmante.
2. Es posible detectar cualquier alteración no autorizada del mensaje de datos, hecha después del momento de la firma.

PARÁGRAFO. Lo dispuesto anteriormente se entenderá sin perjuicio de la posibilidad de que cualquier persona:

1. Demuestre de otra manera que la firma electrónica es confiable; o
 2. Aduzca pruebas de que una firma electrónica no es confiable.
- (Decreto 2364 de 2012, art. 4)

ARTÍCULO 2.2.2.47.5. Efectos jurídicos de la firma electrónica. La firma electrónica tendrá la misma validez y efectos jurídicos que la firma, si aquel cumple con los requisitos establecidos en el artículo 2.2.2.47.3 de este Decreto. (Subrayado fuera de texto).

Así las cosas, se tiene entonces que si la firma digital implementada en las historias clínicas, cumple con los requisitos que la norma ha previsto para su validez, se entenderá que tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita.

➤ **De la Historia Clínica Electrónica - Ley 2015 de 2020**

La Ley 2015 de 2020 regula la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, y dentro de su contenido indicó, entre otras cosas, lo siguiente:

“Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE), a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes, así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona.

A través de la Historia Clínica Electrónica se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Hábeas Data y la reserva de la misma.
(...)

Artículo 2°. Definiciones.

Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del



paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

Artículo 5°. Guarda y custodia. Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, seguirán teniendo la responsabilidad de la guarda y custodia de las historias clínicas de las personas en sus propios sistemas tecnológicos de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia. En todo caso, también serán responsables de la guarda y custodia los demás actores de salud involucrados en el marco de interoperabilidad de la historia clínica electrónica.
(...)

Artículo 6°. Titularidad. Cada persona será titular de su Historia Clínica Electrónica, a la cual tendrán acceso, además del titular, los sujetos obligados en el artículo 3° de la presente ley, con el previo y expreso consentimiento de la persona o paciente de acuerdo con la normatividad vigente.

Artículo 7°. Autorización a terceros. Solo la persona titular de la Historia Clínica Electrónica podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida de acuerdo con la normatividad vigente, salvo en los casos que por ley no sea requerido el otorgamiento de dicha autorización.

Artículo 8°. Contenido. La Historia Clínica Electrónica deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad.
(...)

Artículo 10. Autenticidad. La Historia Clínica Electrónica se presumirá auténtica de acuerdo con la normatividad vigente.
(...)

Artículo 13. Seguridad de la información y seguridad digital. Los actores que traten información en el marco del presente título deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de la prestación del servicio, para lo cual establecerán una estrategia a través de la cual deberán realizar periódicamente una evaluación del riesgo de seguridad digital, que incluya una identificación de las mejoras a implementar en su Sistema de Administración del Riesgo Operativo.”



RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO

En primer lugar, es preciso indicar que este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, que tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, de igual manera esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos particulares ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.

Hechas las anteriores precisiones, se procede a resolver el problema jurídico planteado, dando respuesta a cada uno de los interrogantes formulados previa transcripción de estos, así:

- 1. ¿El mecanismo de firma electrónica descrito resulta jurídicamente válido para la suscripción de consentimientos informados en el sector salud, conforme al ordenamiento jurídico colombiano, especialmente en servicios de medicina alternativa?***
- 2. ¿La utilización de firma electrónica tal como lo describe el proveedor tecnológico es suficiente para dotar de validez jurídica y fuerza probatoria a los consentimientos informados, para los procedimientos derivados de la consulta que se mencionaron anteriormente?***

Dado que los anteriores interrogantes guardan unidad de materia, se procede a dar respuesta conjunta en los siguientes términos:

Sí. Conforme a la Ley 527 de 1999 y el Decreto 1074 de 2015 que compila al Decreto 2364 de 2012, la firma electrónica tiene validez jurídica, siempre que el mecanismo utilizado permita identificar al firmante, acreditar su aceptación del contenido y garantizar confiabilidad e integridad del documento.

Así mismo, la normativa del sector salud, particularmente las Resoluciones 1995 de 1999 y 3100 de 2019, permiten el manejo de documentos clínicos electrónicos, siempre que se garantice la seguridad y conservación de la información.

En consecuencia, el uso de la firma electrónica para los consentimientos informados en servicios de salud, incluidos los de medicina alternativa, resulta jurídicamente viable y suficiente para dotar

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de validez jurídica y fuerza probatoria al documento, siempre que el mecanismo técnico implementado sea idóneo para:

- Identificar de manera inequívoca al paciente o usuario.
- Acreditar su manifestación libre, previa e informada de voluntad.
- Garantizar la integridad del documento.
- Permitir la trazabilidad del proceso de suscripción.
- Asegurar la conservación y disponibilidad del documento en la historia clínica.

3. ¿Existen lineamientos, directrices o recomendaciones específicas por parte de ese Ministerio respecto al uso de firma electrónica en documentos clínicos, particularmente en lo relacionado con mecanismos de autenticación y verificación de identidad del paciente?

Para la firma electrónica de documentos clínicos, el marco normativo vigente contempla lineamientos generales relacionados con seguridad de la información, autenticidad, integridad, confidencialidad, disponibilidad y trazabilidad de los mismos. Lo anterior se deriva principalmente de las Leyes 527 de 1999, 1753 de 2015 y 2015 de 2020, el Decreto 1074 de 2015 que compila al Decreto 2364 de 2012 y las Resoluciones 1995 de 1999 y 3100 de 2019 expedidas por esta entidad.

No obstante, a la fecha no se ha expedido por este Ministerio alguna norma que defina de manera particular mecanismos técnicos de autenticación o verificación de identidad para la firma electrónica en documentos clínicos, por lo que corresponderá a los prestadores de servicios de salud implementar soluciones tecnológicas que, en el marco de la normativa vigente, aseguren el cumplimiento de los estándares exigidos.

4. ¿Se considera necesario, desde el punto de vista normativo o técnico, implementar mecanismos o esquemas de autenticación reforzada para determinados procedimientos en salud?

Como respuesta a este interrogante, nos permitimos transcribir lo expresado por la Subdirección de Prestación de Servicios en concepto técnico contenido en correo electrónico de fecha 20 de mayo de 2026, así:

“La autenticidad de documentos y firmas hacen parte del proceso que se lleva cabo por cada prestador de servicios de salud en el marco del desarrollo del acto médico y la atención de salud. En el caso del prestador que utiliza soluciones informáticas para el manejo de historia clínica, dicha herramienta de software debe considerar los procesos institucionales

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



para garantizar el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 y las normas asociadas a la seguridad de la información.

Además de lo anterior la Sala Penal de la Corte Suprema sostuvo que si bien la firma es un medio o una forma con la cual se verifica la autoría de un escrito y se presume su autenticidad, no es único elemento que se debe analizar para verificar la identidad de quien lo elaboró y si este es genuino. La corporación indicó que si solo se examina la signatura del documento se incurre en un defecto procedimental “por exceso ritual manifiesto” ya que se deben considerar los demás ítems inmersos en la demanda y sus anexos para comprobar su legitimidad; además, se comete una imprecisión al renunciar conscientemente a la verdad jurídica objetiva evidente en los hechos aplicando las normativas procesales con extremo rigor.

(https://cortesuprema.gov.co/corte/index.php/2019/09/17/rd_sl2689-2019/)”

De acuerdo con lo señalado por el área técnica competente, la definición de los mecanismos de autenticación aplicables a los documentos clínicos hace parte de los procesos que cada prestador de servicios de salud debe implementar en el marco de la prestación del servicio y del uso de herramientas tecnológicas para la gestión de la historia clínica.

En ese sentido, la normativa vigente no establece la obligación de implementar esquemas de autenticación reforzada para procedimientos específicos en salud. Sin embargo, corresponde a cada prestador, en ejercicio de su autonomía y bajo el cumplimiento de las normas sobre seguridad de la información, evaluar e implementar los mecanismos tecnológicos que resulten adecuados para garantizar la autenticidad, integridad y confiabilidad de los documentos clínicos.

El presente pronunciamiento tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en cuanto a que “*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución*”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



**3.4. ASUNTO: Consulta sobre la conformación y representación del área administrativa en la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención.
Radicado: 202642402274562 Id: 2050062**

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual plantea una consulta relacionada con la conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, en particular frente a la representación del área administrativa y las situaciones que podrían afectar la designación y participación. Al respecto, nos permitimos dar respuesta en el marco de nuestras competencias, en los siguientes términos:

➤ **ANTECEDENTES**

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se formula de la siguiente manera:

“(…)

La consulta tiene por objeto obtener orientación institucional respecto de la conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel y, específicamente, sobre la representación de los empleados públicos del área administrativa de la institución prevista en la normativa vigente.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las disposiciones que regulan la integración de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado establecen la participación de un representante del estamento administrativo, específicamente de un representante profesional de los de los empleados públicos del área administrativa de la institución, elegido entre los profesionales del área administrativa de dicha entidad.

Sin embargo, en determinadas circunstancias pueden presentarse situaciones que dificulten o imposibiliten la designación o el ejercicio efectivo de dicha representación, tales como la ausencia temporal del profesional habilitado para ejercerla o la inexistencia de más de un profesional administrativo disponible para asumir dicha función.

Particularmente, la presente consulta se formula considerando que en la planta de personal de la entidad existe un único profesional universitario del área administrativa habilitado para integrar la Junta Directiva en representación de dicho estamento y que, adicionalmente, la entidad cuenta únicamente con dos (2) servidores públicos del nivel técnico, circunstancias que generan incertidumbre respecto de los

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



mecanismos jurídicos aplicables para garantizar la debida conformación y funcionamiento del órgano directivo.

(...)”.

Sobre el tema consultado y teniendo en cuenta que la Empresa Social del Estado –E.S.E. Central de Urgencias Louis Pasteur de Melgar - Tolima es una institución del I nivel de atención, se señala lo siguiente:

➤ MARCO NORMATIVO

Las Empresas Sociales del Estado, de conformidad con lo previsto en el artículo 194¹⁸⁶ de la Ley 100 de 1993¹⁸⁷, son: *“una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso”*.

El artículo 70 de la Ley 1438 de 2011¹⁸⁸ establece la forma como se integra la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, así:

“Artículo 70. De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:

70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.

70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.

70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

186 ARTÍCULO 194. NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

187 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

188 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Parágrafo 1°. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años.

(...)” (Resaltos fuera de texto)

Por su parte, el Decreto 780 de 2016¹⁸⁹ desarrolla las disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado y, en particular, regula el proceso de elección del representante de los empleados públicos del área administrativa en las ESE del I nivel de atención. En este sentido, el artículo 2.5.3.8.7.4 dispone:

“Artículo 2.5.3.8.7.4. Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa. Podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los profesionales del área administrativa, todos los profesionales que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel directivo, asesor o profesional y posean título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

De no existir profesionales del área administrativa, podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los técnicos o tecnólogos del área administrativa, todos los técnicos o tecnólogos que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel técnico o asistencial y posean título de técnico o tecnólogo en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

Parágrafo. Cuando en la Empresa Social del Estado solo exista un empleado público profesional del área administrativa, situación que debe ser certificada por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos del área administrativa en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.

En el evento en que no acepte, o no manifieste por escrito su voluntad dentro del término indicado, la elección se efectuará entre los empleados públicos del área administrativa que acrediten formación de técnico o tecnólogo; si solo existe un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, lo cual deberá ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el Gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.”.

➤ ANÁLISIS JURÍDICO Y RESPUESTA A LOS INTERROGANTES

¹⁸⁹ por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



De conformidad con lo previsto en las normas citadas, nos permitimos dar respuesta a los interrogantes planteados en su consulta, previa transcripción de los mismos, así:

“1. ¿Cómo debe garantizarse la representación del estamento administrativo en la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado de primer nivel cuando el único profesional universitario habilitado para ejercer dicha representación se encuentre incurso en alguna situación administrativa que implique su ausencia temporal (por ejemplo: disfrute de licencia de maternidad u otra)?”

En relación con este interrogante, se precisa que el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, regulan la forma como se surtirá la participación del representante de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención, previéndose como regla que esa participación debe recaer en un profesional del área administrativa posesionado en la entidad en un cargo del nivel directivo, asesor o profesional y que posea título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

Ahora, las disposiciones en comento contemplan que en caso de no existir profesionales del área administrativa, podrán elegir y ser elegidos para ser representante de los técnicos o tecnólogos del área administrativa, todos los técnicos o tecnólogos que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel técnico o asistencial y posean título de técnico o tecnólogo en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

Por su parte, el párrafo del artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, determina que cuando en la ESE del I nivel de atención solo exista un empleado público profesional del área administrativa, lo cual debe ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces en la entidad, recaerá en este la representación de los empleados públicos del área administrativa, previéndose que en el evento de que este no acepte o no manifieste por escrito su voluntad, se habilitará la posibilidad de que la representación de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención, recaiga en un empleado público con formación de técnico o tecnólogo.

Dicho lo anterior, debe señalarse que las disposiciones que regulan la conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, no prevén de forma expresa un paso a seguir cuando se requiere proveer la representación de los empleados públicos del área administrativa de la institución y el único profesional habilitado se encuentra en una situación administrativa que implica su ausencia temporal, en este caso y desde el punto de vista netamente conceptual, consideramos que frente a esta situación y en aplicación de lo reglado en el

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



parágrafo del artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, independientemente de esa situación administrativa, recaerá en esa persona la representación en comento, solamente en caso de que este no acepte o no manifieste su voluntad de aceptarla en los términos señalados en el parágrafo en cita, se habilitaría la posibilidad de que esa representación recaiga en un empleado público con formación de técnico o tecnólogo. En este caso, la Junta Directiva en referencia deberá sesionar con los demás integrantes, en tanto culmina la situación administrativa que afecta al servidor público en el caso objeto de consulta.

“2. En el evento en que exista un único profesional universitario habilitado para representar al estamento administrativo y este rechace formalmente su postulación o designación para integrar la Junta Directiva, ¿cuál es el procedimiento que debe seguir la entidad para suplir dicha representación?”

“3. Ante la inexistencia de otro profesional universitario que pueda ejercer la representación del estamento administrativo, ¿resulta jurídicamente viable que dicha representación sea asumida por servidores públicos del nivel técnico o tecnológico vinculados a la entidad?”

“4. En caso de ser procedente la participación de servidores públicos del nivel técnico o tecnológico y teniendo en cuenta lo dispuesto en el parágrafo del artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, ¿cuál sería el mecanismo aplicable para su elección o designación como representante ante la Junta Directiva?”

Como estos interrogantes tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta, así:

Tal y como se ha expresado anteriormente, si solamente hay un profesional habilitado para asumir la representación de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención, y este no acepta o no manifiesta su voluntad de aceptarla en los términos señalados en el parágrafo del artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, se abre la posibilidad de que esa representación recaiga en un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, caso en el cual la ESE debe proceder a efectuar la elección correspondiente y únicamente si en la institución sólo existe un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, aspecto que debe ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces en la entidad, se prescindirá del proceso de elección y recaerá en esa persona la mencionada representación.



“5. En caso de ser procedente la participación de servidores públicos del nivel técnico o tecnológico y existir únicamente dos (2) servidores habilitados para integrar el proceso de elección, o un número par de estos, ¿cuál sería el mecanismo aplicable para resolver un eventual empate y garantizar la designación del representante ante la Junta Directiva?”.

Frente a este interrogante, se precisa que la normativa aplicable, en particular el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, no establecen de manera expresa un mecanismo para resolver empates en el proceso de elección del representante del área administrativa ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención.

En consecuencia, corresponderá a la entidad, en el marco de su autonomía administrativa, definir los mecanismos procedimentales que permitan resolver dicha situación, en observancia de los principios de igualdad, transparencia y debido proceso, lo cual puede ser efectuado en el acto mismo de convocatoria a la elección correspondiente, esto último en caso de que no se haya regulado lo pertinente en los estatutos de la ESE.

“6. Si ninguna de las alternativas anteriores resulta jurídicamente procedente, ¿qué mecanismos o medidas contempla el ordenamiento jurídico para garantizar la conformación y el funcionamiento de la Junta Directiva en los términos exigidos por la normativa vigente?”

Frente a esta inquietud, debe indicarse que el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, son las únicas disposiciones normativas que regulan la elección del representante de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención, así como las posibilidades de materializar esa elección frente a las distintas particularidades que prevén expresamente esas normas. Ahora, de presentarse la situación de que no sea viable materializar la representación en comento bajo las reglas previstas en las normas en cita, la Junta Directiva en referencia deberá operar con sus demás integrantes.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁹⁰ en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas*

¹⁹⁰ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,



3.5. ASUNTO: Consulta - manejo de las IPS frente al ingreso de alimentos y agresiones por parte de los pacientes al personal médico. Radicado. 202642401814662 ID 1949496

Respetado señor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual plantea una serie de inquietudes relacionadas con la existencia de protocolos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, respecto al ingreso de alimentos y manejo de las agresiones por parte de los pacientes al personal médico y asistencial.

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que amerita el presente pronunciamiento, se plantea de la siguiente manera:

“Hace dos semanas se presentó el siguiente caso en una IPS privada que opera en la ciudad de Bogotá, D.C., de propiedad de Nueva EPS: una médico general contratada por la IPS atendía en su turno de trabajo los pacientes que estaban hospitalizados. Uno de los pacientes hospitalizados por un cuadro de origen abdominal solicitó comida a un restaurante, pidiendo que se lo hicieran llegar al primer piso de la IPS. En ese momento el paciente solicita a la médico de turno que le de permiso de ingresar el pedido. La médico se opone indicándole que por protocolo institucional no es posible y que, además, genera un riesgo para su salud dado su cuadro abdominal. El paciente se torna agresivo. Exige el pago del domicilio a la médico. Manifiesta que en hospitalizaciones anteriores le han permitido el ingreso del domicilio. Inicia con insultos, coprolalia y trato amenazante, con posteriores episodios de hiperquinesia, hiperactividad, golpea el escritorio y las paredes, expresa su ira y frustración hacia la negativa de la médico. Pese a contención verbal por parte de la médico, el paciente persiste agitado, inicia amenazas verbales de muerte, inicia filmación con su celular de la médico. A solicitud de la médico se activa protocolo de paciente agresivo, acude enfermera jefe y personal de seguridad, quienes deciden ir al primer piso a recoger el domicilio del paciente. Ante el retraso, el domiciliario se va sin entregar el pedido, lo que genera mayor ira en el paciente. Continúan amenazas hacia la médico. Dado persistencia de hipervigilancia, hiperactividad y agitación psicomotora del paciente que no cede a contención verbal de médicos, enfermera y personal de vigilancia, se indicó por parte de la médico contención física para el suministro de medicamentos de contención química. Se dan indicaciones a la jefe de enfermería de turno, las cuales no son acatadas porque no existe disponibilidad de elementos de sujeción. El paciente manifiesta que no está dispuesto a aceptar nada de la médico por lo que se gestiona salida voluntaria de la institución, la cual se niega a firmar. Se encierra en su habitación, golpea la puerta y los muebles.

(...)”

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a dar respuesta a los interrogantes planteados en la consulta, relacionados con el proceder que debe adelantarse frente a conductas agresivas de los pacientes con el personal de salud y del ingreso de alimentos no autorizados a una Institución Prestadora de Servicios IPS.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS

Artículos 159 y 160 de la Ley 100 de 1993¹⁹¹

Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015¹⁹²

Artículos 22, 33, 166 y 180 de la Ley 1801 de 2016¹⁹³

Artículo 2.1.1.10 del Decreto 780 de 2016¹⁹⁴

Artículos 2.6.1.1.1.1.1, 2.6.1.1.1.1.4, 2.6.1.1.3.1.1 y 2.6.1.1.3.1.2 del Decreto 1070 de 2017¹⁹⁵

Artículos 1 y 4 de la Resolución 229 de 2020¹⁹⁶ del Ministerio de Salud y Protección Social

Artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 741 de 1997¹⁹⁷ del Ministerio de Salud

ANÁLISIS JURÍDICO

➤ De los deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud

Los derechos y deberes del afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS están contemplados en los artículos 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 y el artículo 2.1.1.10 del Decreto 780 de 2016, que obedecen, respectivamente, a lo siguiente:

- Ley 100 de 1993

191 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

192 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

193 por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana

194 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

195 Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa

196 Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

197 Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



“ARTICULO 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el Gobierno Nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.
4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud. ”

“ARTÍCULO 160. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- (...)
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad al personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- (...)(Subrayas fuera del texto)



- Ley 1751 de 2015

“ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

(...)

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

(...)

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud;

(...)” (Subrayado fuera del texto)

- Decreto 780 de 2016

“Artículo 2.1.1.10. Deberes de las personas. Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.”

Es del caso indicar que, el artículo 1198 de la Resolución 229 de 2020 dispone que dicho acto administrativo tiene por objeto expedir la regulación acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, para la elaboración y entrega de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

198 Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto expedir la regulación acerca de los lineamientos que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, para la elaboración y entrega de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño, que les permita a las personas afiliadas contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos. Adicionalmente, se establecen las obligaciones operativas para su efectivo cumplimiento.



El artículo 4 ibidem precisa el contenido mínimo de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente, así:

“Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente. La Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

(...)

4.3 Capítulo de deberes Son deberes de la persona afiliada y del paciente, los siguientes:

4.3.1 Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.

4.3.2 Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 4.3.3 Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

4.3.4 Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.

(...)”(Subrayas fuera del texto)

➤ **De la seguridad y vigilancia de los usuarios y personal en la Instituciones y demás prestadores de Servicios de Salud**

El artículo 1 de la Resolución 741 de 1997 dispone que las instrucciones previstas en dicho acto administrativo son aplicables a todas las Instituciones de Salud y demás prestadores de servicios sean estos, públicos, privados o mixtos que presten servicios de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ambulatorios y de hospitalización en el territorio nacional.

Ahora, el artículo 2 ibidem, señala que las instituciones que prestan servicios de salud deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores, precisando:

“ARTICULO 2o. OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES. Las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores.

PARAGRAFO 1o. Las Instituciones y demás prestadores de Servicios de Salud, deberán elaborar, adoptar, publicar, implementar y divulgar un Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el mismo por todos los trabajadores y usuarios de la Institución.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



PARAGRAFO 2o. En los casos en que la seguridad de las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud esté a cargo de personal contratado se debe informar y capacitar a los contratistas en el contenido y aplicación del Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios.

PARAGRAFO 3o. Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, establecerán las medidas de seguridad y protección necesarias en la infraestructura, especialmente en lo que se refiere a iluminación, señalización y accesos como puertas, ventanas, techos, paredes, muros, zonas verdes e instalaciones deportivas, de tal forma que contribuyan a la seguridad personal

PARAGRAFO 4o. En los diseños de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se incorporarán elementos que minimicen los riesgos de robo de menores o de agresiones por parte de terceros hacia los usuarios.

PARAGRAFO 5o. Los trabajadores de las Instituciones que presten servicios de salud y demás personas que ingresen al mismo, deben conocer, cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en el Manual de Vigilancia y Seguridad existentes.

PARAGRAFO 6o. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, implementarán mecanismos de comunicación interna entre los diferentes servicios externos, especialmente con las autoridades de policía con el fin de disponer de un apoyo oportuno en los casos que se requiera. (Subrayas fuera del texto)

El artículo 3199 de la resolución en comento establece que los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud están en la obligación de conocer y cumplir con las normas de Vigilancia y Seguridad y ser solidarios en la protección y cuidado de su integridad personal y la de los demás usuarios.

De otro lado, el artículo 2.6.1.1.1.1 del Decreto 1070 de 2015 señala que el servicio especial de vigilancia y seguridad privada es aquel que en forma expresa, taxativa y transitoria puede autorizar la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada a personas jurídicas de derecho público o privado, con el objeto exclusivo de proveer su propia seguridad para desarrollar actividades en áreas de alto riesgo o de interés público, que requieren un nivel de seguridad de alta capacidad.

El artículo 2.6.1.1.1.1.4 del decreto en cita consagra que los servicios especiales de vigilancia y seguridad privada deberán desarrollar sus funciones de acuerdo con los siguientes deberes y obligaciones:

199 ARTICULO 3o. OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS. Los Usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud están en la obligación de conocer y cumplir con las normas de Vigilancia y Seguridad y ser solidarios en la protección y cuidado de su integridad personal y la de los demás usuarios.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



“Artículo 2.6.1.1.1.4. Deberes y Obligaciones. Los servicios especiales de vigilancia y seguridad privada, deberán desarrollar sus funciones de acuerdo con los siguientes deberes y obligaciones:

- 1. Acatar la Constitución, la ley y la ética profesional.*
- 2. Respetar los derechos fundamentales y libertades de la comunidad, absteniéndose de asumir conductas reservadas a la Fuerza Pública.*
- 3. Actuar de manera que se fortalezca la confianza pública en los servicios que prestan.*

(...)

10. Asumir actitudes disuasivas o de alerta, cuando observen la comisión de actos delictivos en los alrededores del lugar donde están prestando sus servicios, dando aviso inmediato a la autoridad de manera que pueda impedirse o disminuirse sus efectos.

11. El personal integrante de los servicios especiales y comunitarios de vigilancia y seguridad privada que tenga conocimiento de la comisión de hechos punibles durante su servicio o fuera de él, deberá informar de inmediato a la autoridad competente y prestar toda la colaboración que requieran las autoridades.

(...)

27. Abstenerse de desarrollar actividades diferentes a las establecidas en su objeto social.

28. Informar oportunamente a las autoridades competentes, cuando en ejercicio de su actividad tengan conocimiento de la comisión de actos delictivos, violación de Derechos Humanos o del Derecho Internacional Humanitario.

29. Darle aviso inmediato a las autoridades competentes de toda situación de peligro que se cierna sobre la comunidad.” (Subrayas fuera de texto)

Por su parte, el artículo 2.6.1.1.3.1.1. del Decreto 1070 de 2017 indica que son acciones esenciales de la vigilancia y seguridad privada las actividades que tienden a prevenir, detener, disminuir o disuadir las amenazas que afecten o puedan afectar la vida, integridad personal y bienes de las personas que reciban la protección o custodia que les brindan los servicios de vigilancia y seguridad privada, así adquieran éstos una denominación diferente y cuenten o no con licencia o credencial expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.



El artículo 2.6.1.1.3.1.2 del decreto en cita señala que se entiende por vigilante, la persona natural que en la prestación del servicio se le ha encomendado como labor proteger, custodiar, efectuar controles de identidad en el acceso o en el interior de inmuebles determinados y vigilar bienes muebles e inmuebles de cualquier naturaleza, de personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado a fin de prevenir, detener, disminuir o disuadir los atentados o amenazas que puedan afectarlos en su seguridad.

➤ **Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana.**

El artículo 33 del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana tipifica aquellas conductas que puedan afectar la tranquilidad y relaciones respetuosas con las personas en espacio público, lugares abiertos al público o sitios privados que trasciendan a lo público, así:

“ARTÍCULO 33. Comportamientos que afectan la tranquilidad y relaciones respetuosas de las personas. Los siguientes comportamientos afectan la tranquilidad y relaciones respetuosas de las personas y por lo tanto no deben efectuarse

(...)

2. En espacio público, lugares abiertos al público, o que siendo privados trasciendan a lo público:

a) Irrespetar las normas propias de los lugares públicos tales como salas de velación, cementerios, clínicas, hospitales, bibliotecas y museos, entre otros.

(...)

d) Fumar en lugares prohibidos.

(...)

PARÁGRAFO 1. Quien incurra en uno o más de los comportamientos antes señalados, será objeto de la aplicación de las siguientes medidas correctivas:

COMPORTAMIENTOS	MEDIDA CORRECTIVA A APLICAR
Numeral 1	Multa General tipo 4. Disolución de reunión o actividad que involucre aglomeraciones de público no complejas
Numeral 2, literal a)	Multa General tipo 3

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



<i>Numeral 2, literal b)</i>	<i>Multa General tipo 3</i>
<i>Numeral 2, literal c)</i>	<i>Multa General tipo 2. Disolución de reunión o actividad que involucra aglomeraciones de público no complejas</i>
<i>Numeral 2, literal d)</i>	<i>Amonestación</i>
<i>Numeral 2, literal e)</i>	<i>Multa General tipo 1</i>

(...).(resalto y subrayas fuera de texto)

Teniendo en cuenta el comportamiento establecido en el literal a) del numeral 2, literal del artículo 33 de la Ley 1801 de 2016, que es irrespetar las normas propias de lugares públicos como hospitales da lugar a la aplicación de una multa general tipo 3 que según el artículo 180200 ibidem, sería la imposición del pago de una suma en dinero equivalente a 8 salarios mínimos diarios legales vigentes (smdlv) por la autoridad administrativa competente.

A su vez, es necesario indicar que el artículo 166 del Código de Convivencia Ciudadana señala que el uso de la fuerza es el medio material necesario, proporcional y racional, empleado por el personal uniformado de la Policía Nacional como último recurso físico para proteger la vida e integridad física de las personas incluida la de ellos mismos, sin mandamiento previo y escrito, para prevenir, impedir o superar la amenaza o perturbación de la convivencia y la seguridad pública, de conformidad con la ley y precisa en qué casos se usa la fuerza:

“ARTÍCULO 166. Uso de la fuerza. *Es el medio material, necesario, proporcional y racional, empleado por el personal uniformado de la Policía Nacional, como último recurso físico para proteger la vida e integridad física de las personas incluida la de ellos mismos, sin mandamiento previo y escrito, para prevenir, impedir o superar la amenaza o perturbación de la convivencia y la seguridad pública, de conformidad con la ley.*

El uso de la fuerza se podrá utilizar en los siguientes casos:

200 Artículo 180. Multas. Es la imposición del pago de una suma de dinero en moneda colombiana, cuya graduación depende del comportamiento realizado, según la cual varía el monto de la multa. Así mismo, la desobediencia, resistencia, desacato, o reiteración del comportamiento contrario a la convivencia, incrementará el valor de la multa, sin perjuicio de los intereses causados y el costo del cobro coactivo.

las multas se clasifican en generales y especiales.

Las multas generales se clasifican de la siguiente manera. (...)

Multa Tipo 3: Ocho (8) salarios mínimos diarios legales vigentes (smdlv).

(...)

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



1. Para prevenir la inminente o actual comisión de comportamientos contrarios a la convivencia, de conformidad con lo dispuesto en el régimen de Policía y en otras normas.

2. Para hacer cumplir las medidas correctivas contempladas en este Código, las decisiones judiciales y obligaciones de ley, cuando exista oposición o resistencia.

3. Para defenderse o defender a otra persona de una violencia actual o inminente contra su integridad y la de sus bienes, o proteger la de peligro inminente y grave.

4. Para prevenir una emergencia o calamidad pública o evitar mayores peligros, daños o perjuicios, en caso de haber ocurrido la emergencia o calamidad pública.

5. Para hacer cumplir los medios inmateriales y materiales, cuando se presente oposición o resistencia, se apele a la amenaza, o a medios violentos.

PARÁGRAFO 1. *El personal uniformado de la Policía Nacional sólo podrá utilizar los medios de fuerza autorizados por ley o reglamento, y al hacer uso de ellos siempre escogerá entre los más eficaces, aquellos que causen menor daño a la integridad de las personas y de sus bienes.*

(...)

PARÁGRAFO 3. *El personal uniformado de la Policía Nacional está obligado a suministrar el apoyo de su fuerza por iniciativa propia o a petición de persona que esté urgida de esa asistencia, para proteger su vida o la de terceros, sus bienes, domicilio, su libertad personal o la de animales que se encuentren en situación similar.*

PARÁGRAFO 4. *El personal uniformado de la Policía Nacional que dirija o coordine el uso de la fuerza, informará al superior jerárquico y a quien hubiese dado la orden de usarla, una vez superados los hechos que dieron lugar a dicha medida, precisando las circunstancias de tiempo, modo y lugar, y desenlace de los hechos. En caso de que se haga uso de la fuerza que cause daños colaterales, se remitirá informe escrito al superior jerárquico y al Ministerio Público.”(subraya fuera de texto)*

El artículo 22 de la ley en comento indica que la utilización de la fuerza legítima corresponde de manera exclusiva, en el marco de dicho código, a los miembros uniformados de la Policía Nacional, de conformidad con el marco jurídico vigente, salvo en aquellos casos en los que de manera excepcional se requiera la asistencia militar.

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Después de precisado lo anterior, nos permitimos resolver el problema jurídico planteado, dando respuesta a las inquietudes formuladas, previa transcripción de las mismas, así:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- “1. Qué mecanismos institucionales deben tener previstos las IPS y EPS para abordar el tratamiento de pacientes alterados como el del caso expuesto?
2. Qué mecanismos institucionales deben tener previstos las IPS y EPS para proteger al personal médico ante pacientes alterados como el del caso expuesto?”*

En relación a estos interrogantes y como tienen unidad de materia se procede a dar una única respuesta.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que los derechos y obligaciones de las personas afiliadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran previstos en los artículos 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 2.1.1.10 del Decreto 780 de 2016 y, adicionalmente, aquellos condensados en la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente contenidos en la Resolución 229 de 2020.

Ahora, se debe señalar que el artículo 2 de la Resolución 741 de 1997 indica que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores, precisando en su parágrafo 6 que dichas instituciones implementarán mecanismos de comunicación interna entre los diferentes servicios externos, especialmente con las autoridades de policía, con el fin de disponer de un apoyo oportuno en los casos que se requiera.

A su vez, el artículo 2.6.1.1.1.4 del Decreto 1070 de 2017 prevé que los servicios especiales de vigilancia y seguridad privada deberán respetar los derechos fundamentales y libertades de la comunidad absteniéndose de asumir conductas reservadas para la fuerza pública, así como informar de inmediato a la autoridad competente y prestar toda la colaboración que requieran las autoridades cuando tengan conocimiento de la comisión de hechos punibles durante su servicio o fuera de él.

Por lo tanto y sobre el particular, cabe indicar que no hay un protocolo o procedimiento establecido por este Ministerio y dirigido a las instituciones prestadoras de servicios de salud, al personal asistencial, administrativo y de seguridad de las IPS, que indique el margen de acción ante pacientes o usuarios que amenacen, enfrenten, agredan o emprendan actos violentos, físicos o verbales hacia el personal de salud y/o demás usuarios. No obstante, lo anterior, en concordancia con el artículo 2 de la Resolución 741 de 1997, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores, por lo tanto, el tratamiento de pacientes alterados en primera medida debe estarse a los protocolos que la propia institución haya establecido.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Lo anterior, sin perjuicio de que la institución prestadora de servicios de salud pueda apoyarse en las autoridades de policía, para que estas adelanten las acciones de control pertinentes en el marco de lo establecido en el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana.

“3. Es una práctica adecuada de una IPS que se permita a los pacientes en hospitalización el ingreso de alimentos de restaurantes externos, pedidos a domicilio, por fuera de cualquier indicación de la médico tratante?”

Sobre esta inquietud, el ingreso de alimentos a las instalaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud y su suministro a pacientes hospitalizados, deberá estarse a lo previsto en los protocolos y lineamientos previstos para el efecto por la institución, y también particularmente a las recomendaciones que emita el personal de salud frente a la situación particular del paciente.

“4. Qué puede hacer la médico del caso expuesto, ante el paciente y ante la IPS por la desprotección en que la dejó en el evento descrito y ante la EPS propietaria de la IPS?”

Respecto a esta pregunta tal y como ya se señaló, es un deber de la institución prestadora de servicios de salud en el marco de lo previsto en el artículo 2 de la Resolución 741 de 1997, el adoptar un procedimiento de vigilancia y seguridad de los usuarios y trabajadores, razón por la que el actuar de la profesional de la salud debe sujetarse a las reglas que el prestador haya establecido para el efecto, lo anterior sin olvidar que en todo caso podrá pedirse la intervención o acompañamiento de las autoridades de policía, tal y como se ha señalado en la respuesta dada a su primer y segundo interrogante.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.*”

Cordialmente



3.6. ASUNTO: Concepto sobre la inembargabilidad de recursos del sector salud

Radicado No. 2026423001919502 ID 1976825

Respetado doctor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual solicita a este Ministerio concepto sobre la procedencia de medidas cautelares como el embargo de los recursos destinados al sector Salud Pública y/o recursos del Sistema General de Participaciones – SGP Salud. Al respecto, me permito manifestar lo siguiente:

➤ **ANTECEDENTES**

Para los efectos del presente concepto, se hace necesario reseñar lo expuesto en su consulta, así:

“(…)

HECHOS

1. *El Fondo Territorial de Pensiones del Departamento de Bolívar adelanta proceso administrativo de cobro coactivo identificado con expediente FTPCP-016-2026 por concepto de cuotas partes pensionales.*
2. *Dentro del referido trámite fue decretada medida cautelar de embargo sobre productos financieros del municipio.*
3. *Como consecuencia de dicha medida, resultó afectada una cuenta bancaria del BBVA destinada exclusivamente al manejo de recursos de Salud Pública del MUNICIPIO DE SAN FERNANDO.*
4. *Los recursos contenidos en dicha cuenta corresponden a recursos con destinación específica para el financiamiento del sector salud y ejecución de programas de salud pública del municipio.*
5. *La medida cautelar actualmente genera afectación presupuestal y administrativa en la ejecución de programas, obligaciones y actividades relacionadas con la prestación del servicio público esencial de salud.*

(…)”

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Ahora, para efectos de dar respuesta a los interrogantes expuestos en su requerimiento, es necesario hacer el siguiente abordaje al tema de la inembargabilidad de los recursos que financian la salud, así:

➤ **INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Los recursos de la seguridad social son de carácter público y por ello tienen destinación específica y son inembargables, como lo establece la Constitución Política en los artículos 48 y 63 respectivamente:

*“**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

(...)

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

*“**Artículo 63.** Los bienes de uso público, los parques naturales, las tierras comunales de grupos étnicos, las tierras de resguardo, el patrimonio arqueológico de la Nación y los demás bienes que determine la ley, son inalienables, imprescriptibles e inembargables.” (subraya fuera de texto).*

En concordancia con los artículos anteriormente citados, el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015²⁰¹ establece la destinación específica y la inembargabilidad de los recursos que financian la salud:

*“**Artículo 25.** Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.” (Subrayas fuera de texto).*

Ahora bien, la Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014²⁰² en la cual se realizó el análisis de constitucionalidad del artículo 25 del proyecto de ley estatutaria en salud hoy Ley 1751 de 2015, señala que la inembargabilidad no opera como una regla, sino como un principio y por ende no debe tener carácter absoluto puesto que no pueden perderse de vista otros

²⁰¹ por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

²⁰² Referencia: expediente PE-040, Magistrado Ponente: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, Bogotá D. C., veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014)



valores, principios y derechos constitucionales como la dignidad humana, el principio de seguridad jurídica, el derecho a la propiedad, el acceso a la justicia y el derecho al trabajo²⁰³.

El inciso segundo del artículo 84²⁰⁴ de la Ley 715 de 2001²⁰⁵ indica que los ingresos percibidos por el Sistema General de Participaciones, por ser de destinación específica, no forman parte de los ingresos corrientes de libre destinación de las entidades territoriales beneficiarias de estos. El artículo 91²⁰⁶ ibidem señala que los recursos del Sistema General de Participaciones no harán unidad de caja con los demás recursos del presupuesto y su administración deberá realizarse en cuentas separadas de los recursos de la entidad y por sectores, así mismo se prevé que por su destinación social constitucional, estos recursos no pueden ser sujetos de

203 “El artículo 25 del Proyecto hace referencia al tratamiento de los recursos que financian la salud, a los cuales dota de las siguientes características: i) son públicos, ii) son inembargables, iii) tienen destinación específica y, por ende, iv) no podrán ser dirigidos a fines diferentes de los previstos constitucional y legalmente. (...) En este último sentido, advierte el Tribunal Constitucional que la aplicación del enunciado deberá estar en consonancia con lo que ha sentado y vaya definiendo la jurisprudencia, pues, la Corte se ha pronunciado respecto de la inembargabilidad de los dineros públicos, entre ellos algunos destinados a la salud, muestra de esto es la sentencia C-1154 de 2008, en la cual, se estudió si el mandato contenido en el artículo 21 del Decreto 28 de 2008 el cual preceptúa que los recursos del Sistema General de Participaciones son inembargables, concluyendo la Sala que: “(...) la prohibición de embargo de recursos del SGP (i) está amparada por el artículo 63 de la Carta Política, que autoriza al Legislador para determinar qué bienes y recursos públicos son inembargables. Así mismo, (ii) está dirigida a garantizar la destinación social y la inversión efectiva en los servicios de educación, salud, saneamiento básico y agua potable, de acuerdo con la exigencia prevista en los artículos 356 y 357 de la Constitución y la reforma introducida en el Acto Legislativo No. 4 de 2007. Además, (iii) es coherente con el mandato que el Constituyente dio al Gobierno Nacional para definir una estrategia de monitoreo, seguimiento y control al gasto ejecutado con recursos del SGP, con miras a garantizar las metas de continuidad, calidad y cobertura definidas en la ley. Desde esta perspectiva, es claro que la cláusula de inembargabilidad de los recursos del SGP persigue fines constitucionalmente legítimos, compatibles con la naturaleza y destino social de esos recursos (...)”. Sin embargo, en la misma decisión se reconoce que la inembargabilidad no opera como una regla, sino como un principio y por ende no debe tener carácter absoluto. Observó la Sala: “(...) no pueden perderse de vista otros valores, principios y derechos constitucionales como la dignidad humana, el principio de seguridad jurídica, el derecho a la propiedad, el acceso a la justicia y el derecho al trabajo, entre otros. Es por ello que (la norma cuestionada) acepta la imposición de medidas cautelares, para lo cual advierte que las mismas se harán efectivas sobre ingresos corrientes de libre destinación de las entidades territoriales (...)”. “(...) podrán imponerse medidas cautelares sobre los ingresos corrientes de libre destinación de la respectiva entidad territorial, y, si esos recursos no son suficientes para asegurar el pago de las citadas obligaciones, deberá acudir a los recursos de destinación específica (...)”

204 Artículo 84. Apropriación territorial de los recursos del sistema general de participaciones. Los ingresos y gastos de las entidades territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones se apropiarán en los planes y presupuestos de los departamentos, distritos y municipios. Los ingresos percibidos por el Sistema General de Participaciones, por ser de destinación específica, no forman parte de los ingresos corrientes de libre destinación de las entidades territoriales beneficiarias de los mismos

205 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros

206 Artículo 91. Prohibición de la unidad de caja. Los recursos del Sistema General de Participaciones no harán Unidad de caja con los demás recursos del presupuesto y su administración deberá realizarse en cuentas separadas de los recursos de la entidad y por sectores. Igualmente, por su destinación social constitucional, estos recursos no pueden ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera. (...).



embargo, titularización u otra clase de disposición financiera, lo anterior en consonancia también con lo dispuesto en el artículo 45²⁰⁷ de la Ley 1551 de 2012²⁰⁸.

Además, debe tenerse en cuenta lo contemplado en el artículo 594 de la Ley 1564 de 2012²⁰⁹ Código General del Proceso, sobre la inembargabilidad de los recursos de la seguridad social entre ellos los de salud y de los bienes destinados al servicio público:

“Artículo 594. Bienes inembargables. Además de los bienes inembargables señalados en la Constitución Política o en leyes especiales, no se podrán embargar:

1. Los bienes, las rentas y recursos incorporados en el presupuesto general de la Nación o de las entidades territoriales, las cuentas del sistema general de participación, regalías y recursos de la seguridad social.

(...)

Parágrafo. Los funcionarios judiciales o administrativos se abstendrán de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables. En el evento en que por ley fuere procedente decretar la medida no obstante su carácter de inembargable, deberán invocar en la orden de embargo el fundamento legal para su procedencia.

Recibida una orden de embargo que afecte recursos de naturaleza inembargable, en la cual no se indicare el fundamento legal para la procedencia de la excepción, el destinatario de la orden de embargo, se podrá abstener de cumplir la orden judicial o administrativa, dada la naturaleza de inembargable de los recursos. En tal evento, la entidad destinataria de la medida, deberá informar al día hábil siguiente a la autoridad que decretó la medida, sobre el hecho del no acatamiento de la medida por cuanto dichos recursos ostentan la calidad de inembargables. La autoridad que decretó la medida

207 **Artículo 45.** No procedibilidad de medidas cautelares. La medida cautelar del embargo no aplicará sobre los recursos del sistema general de participaciones ni sobre los del sistema general de regalías, ni de las rentas propias de destinación específica para el gasto social de los Municipios en los procesos contenciosos adelantados en su contra.

En los procesos ejecutivos en que sea parte demandada un municipio solo se podrá decretar embargos una vez ejecutoriada la sentencia que ordena seguir adelante con la ejecución.

En ningún caso procederán embargos de sumas de dinero correspondientes a recaudos tributarios o de otra naturaleza que hagan particulares a favor de los municipios, antes de que estos hayan sido formalmente declarados y pagados por el responsable tributario correspondiente.

Parágrafo. De todas formas, corresponde a los alcaldes asegurar el cumplimiento de las obligaciones a cargo del municipio, para lo cual deberán adoptar las medidas fiscales y presupuestales que se requieran para garantizar los derechos de los acreedores y cumplir con el principio de finanzas sanas.

208 Por la cual se dictan normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios

209 Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.



deberá pronunciarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación, acerca de si procede alguna excepción legal a la regla de inembargabilidad. Si pasados tres (3) días hábiles el destinatario no se recibe oficio alguno, se entenderá revocada la medida cautelar.

En el evento de que la autoridad judicial o administrativa insista en la medida de embargo, la entidad destinataria cumplirá la orden, pero congelando los recursos en una cuenta especial que devengue intereses en las mismas condiciones de la cuenta o producto de la cual se produce el débito por cuenta del embargo. En todo caso, las sumas retenidas solamente se pondrán a disposición del juzgado, cuando cobre ejecutoria la sentencia o la providencia que le ponga fin al proceso que así lo ordene.” (subrayas fuera de texto)

El párrafo del precitado artículo consagra que los funcionarios judiciales o administrativos se abstendrán de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables y que en el evento en que por ley fuere procedente decretar la medida, pese al carácter inembargable, deberán invocar en la orden de embargo de las cuentas el fundamento legal para su procedencia. Esta norma contempla así mismo un procedimiento para el cumplimiento de la medida cautelar que afecte recursos de naturaleza inembargable.

En Sentencia T-172 de 2022²¹⁰ la Corte Constitucional se pronunció respecto al alcance del principio de inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

“61. La siguiente tabla resume el contenido y alcance del principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS:

Inembargabilidad de los recursos del SGSSS	
1.	<i>Fundamento constitucional y definición.</i> La inembargabilidad de los recursos del SGSSS es un principio constitucional que se deriva de los artículos 48 y 63 de la Constitución. En virtud de este principio, estos recursos no pueden ser objeto de gravámenes tributarios ni de medidas judiciales o administrativas de embargo.
2.	<i>Contenido y excepciones.</i> El contenido del principio de inembargabilidad, así como el alcance de sus excepciones, depende de la fuente del recurso. En concreto, la Corte Constitucional ha diferenciado entre los recursos del SGSSS que provienen del SGP y aquellos cuya fuente son las cotizaciones de los afiliados ²¹¹ :
(i)	<i>Recursos que provienen del SGP.</i> El principio de inembargabilidad de los recursos del

210 Referencia: expediente T-8.324.336, Magistrada ponente: Paola Andrea Meneses Mosquera, Bogotá D.C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil veintidós (2022)

211 Ib.



- SGSSS que provienen del SGP no es absoluto y admite excepciones. En concreto, estos recursos pueden ser embargados con el objeto de garantizar el pago de: (a) obligaciones laborales, (b) sentencias judiciales y (c) títulos emanados del Estado que reconocen una obligación clara, expresa y exigible. Lo anterior, siempre y cuando las obligaciones reclamadas tengan como fuente alguna de las actividades a las cuales estaban destinados los recursos del SGP.
- (ii) *Recursos que provienen de cotizaciones.* Las cotizaciones son recursos parafiscales²¹² que pertenecen al sistema de seguridad social en salud, de modo que no ingresan al presupuesto general de la Nación ni se mezclan con otros recursos del erario. Por esta razón, a estos recursos no son aplicables las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS que provienen del SGP.
3. *La inembargabilidad de las cuentas maestras de recaudo.* Las cuentas maestras de recaudo que las EPS registran a nombre de la ADRES contienen recursos que provienen de las cotizaciones de los afiliados y los beneficiarios y, por lo tanto, son inembargables. A estas cuentas no les son aplicables las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS que provienen del SGP. Los recursos que son recaudados en estas cuentas pertenecen al Sistema de Seguridad Social, son administradas por la ADRES y no forman parte del patrimonio de las EPS. Por estas razones, la Constitución no permite que estas cuentas sean embargadas con el objeto de garantizar el pago de deudas de las EPS a IPS, derivadas de la prestación de servicios o actos médicos.

En fallo de Tutela T-053 de 2022²¹³, la Corte Constitucional manifestó que el principio general de la inembargabilidad de los recursos de la salud es para garantizar el funcionamiento de la institucionalidad y el cumplimiento de los deberes estatales para con las personas, pues es necesario proteger y asegurar la efectividad de los derechos fundamentales de la salud y seguridad social, sentencia que en sus apartes señala:

“(…)

Aunado a lo anterior, cabe agregar que, a partir de una interpretación sistemática de los postulados trazados en la jurisprudencia constitucional, es razonable inferir que los recursos del SGSSS cuya destinación específica es preservar el funcionamiento del sistema como condición sine qua non para la prestación permanente del servicio de salud no pueden ser bloqueados so pretexto de procurar el pago a los acreedores de las EPS, en tanto con ello se genera un sacrificio desproporcionado de los derechos fundamentales de los afiliados y beneficiarios.

(…)

212 Corte Constitucional, sentencias C-577 de 1995, SU-480 de 1997.

213 Magistrado ponente Alberto Rojas Ríos, Sala Novena de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional.



Asimismo, de lo expuesto en precedencia se concluye que, junto con la inembargabilidad, el mandato superior de destinación específica de los recursos parafiscales del sistema de seguridad social en salud ha sido reiteradamente defendido por esta Corporación en orden a reforzar su protección prevalente, incluso frente a otros recursos del erario, y asegurar de esa manera que en la administración de estos se persiga estrictamente la finalidad social del Estado para la que han sido asignados, que no es otra sino la prestación efectiva del servicio de salud a la población.

(...)

8. Análisis del caso concreto

(...)

En cambio, respecto de los recursos provenientes de las cotizaciones al SGSSS recaudados por las EPS, la jurisprudencia constitucional no ha introducido excepción alguna a su inembargabilidad.

Antes bien, acerca de esta tipología de recursos que son los aportes que reciben las entidades promotoras de salud por parte de sus afiliados con capacidad económica, ha sostenido la Corte que (i) son parafiscales, de modo que no ingresan al presupuesto general de la Nación ni se mezclan con otros recursos del erario; (ii) tienen una destinación específica, cual es la financiación de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, previa su conversión a UPC mediante el proceso de compensación; (iii) pertenecen al SGSSS y no al patrimonio de las EPS, por lo que deben manejarse en cuentas separadas de los dineros propios de dichas entidades – las cuales solo obran como delegatarias del Estado en lo que a su recaudo concierne–; (iv) están exentos de ser gravados con impuestos y otros tributos, pues ello desnaturalizaría su destinación específica; (v) deben ser excluidos de la masa a liquidar de los entes financieros que, siendo sus depositarios, entren en proceso de liquidación; (vi) no pueden ser utilizados para la adquisición de activos fijos e infraestructura por parte de las EPS; (vii) no pueden ser objeto de acuerdos de pagos con acreedores que conduzcan a que tales recursos no lleguen al destino ordenado en la Carta; y, (viii) el Legislador tiene prohibido modificar su destinación específica.

De modo que, acogiendo íntegra y fielmente el precedente sentado por la Sala Plena de esta Corporación, de ninguna parte se extrae que los dineros producto del recaudo que adelantan las EPS en relación con los aportes al SGSSS hayan sido calificados como susceptibles de embargos, como equivocadamente lo asumió el juez accionado en el presente trámite. (subrayas fuera de texto)

Igualmente, debe tenerse en cuenta que la inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Participaciones se exceptúa cuando la medida cautelar tiene por finalidad garantizar



una obligación relacionada con el objeto o finalidad específica de los mismos como lo manifestó la Corte Constitucional en Sentencia C-793 de 2002²¹⁴, así:

“Ahora bien, considera la Corte que las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos a que alude el artículo 18 de la Ley 715 sólo proceden frente a obligaciones que tengan como fuente las actividades señaladas en el artículo 15 de la Ley 715.[19] El legislador ha dispuesto, en ejercicio de su libertad de configuración en materia económica, que los recursos del Sistema General de Participaciones para el sector educación se apliquen sólo a tales actividades. Por lo tanto, el pago de obligaciones provenientes de otros servicios, sectores o actividades a cargo de las entidades territoriales no podrá efectuarse con cargo a los recursos del sector educación. De lo contrario se afectaría indebidamente la configuración constitucional del derecho a las participaciones establecido en el artículo 287 numeral 4 y regulado por los artículos 356 y 357 de la Carta, que privilegian al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, sobre otros servicios y funciones a cargo del Estado.”

De otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular 032 del 2025 sobre “*Aplicación del Principio de Inembargabilidad de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*”, donde instruye a los prestadores de servicios de salud y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, sobre el carácter inembargable de los recursos del SGSSS y la aplicación restrictiva de las excepciones al principio de inembargabilidad que se predica de los mismos, así:

“(…)

II. Excepciones aplicables y gestión de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta el principio ya enunciado, los recursos del SGSSS solo pueden ser afectados de manera excepcional y bajo condiciones estrictas. El precedente constitucional vigente ha delimitado las condiciones para exceptuar el principio general de inembargabilidad de los recursos de la salud correspondientes al SGP en los siguientes términos: (i) que se trate de obligaciones de índole laboral, (ii) que estén reconocidas mediante sentencia, (iii) que se constate que para satisfacer dichas acreencias son insuficientes las medidas cautelares impuestas sobre los recursos de libre destinación de la entidad territorial deudora.

No procede el embargo sobre los recursos del régimen contributivo depositados en las cuentas maestras de recaudo, ni sobre aquellos transferidos por la ADRES para financiar la Unidad de Pago por Capitación (UPC), incapacidades, licencias de maternidad o paternidad, programas de salud pública o gastos administrativos autorizados; de igual manera, no constituyen excepción válida las obligaciones contractuales derivadas de la prestación de servicios de salud entre Instituciones

214 Referencia: expediente D-3963, Magistrado Ponente:Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO, Bogotá, D.C., veinticuatro (24) de septiembre de dos mil dos (2002).



Prestadoras de Servicios (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS), principalmente porque los recursos de salud no son de propiedad de las promotoras.(subraya fuera de texto)

(...)”

➤ RESPUESTA A LAS SOLICITUDES PLANTEADAS EN SU COMUNICACIÓN

Como los interrogantes 1, 2, 3 y 5 formulados en su consulta tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta así, previa transcripción de los mismos:

***“ 1. Naturaleza jurídica de los recursos destinados a Salud Pública y recursos SGP Salud administrados por las entidades territoriales.
2. Alcance del principio de inembargabilidad aplicable a dichos recursos.
3. Procedencia o improcedencia de medidas cautelares de embargo sobre cuentas bancarias destinadas exclusivamente al manejo de recursos de Salud Pública.
5. Alcance de la protección prevista en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 frente a procesos de cobro coactivo.”***

Este Ministerio ha reiterado de manera constante que los recursos que financian la salud son de naturaleza pública o parafiscal, según su fuente, cuentan con destinación específica y gozan de una protección constitucional reforzada, dentro de la cual se encuentra el principio de inembargabilidad. Dicho principio tiene sustento, entre otras disposiciones, en los artículos 48 y 63 de la Constitución Política, en el artículo 25 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y en el artículo 594 del Código General del Proceso, entre otras disposiciones, normas cuyo alcance ha sido ampliamente desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, particularmente en lo relacionado con la diferenciación entre las fuentes de los recursos y el carácter restrictivo de las excepciones al principio de inembargabilidad.

Así mismo, resulta pertinente indicar que el tema objeto de su solicitud ya ha sido abordado por este Ministerio mediante un pronunciamiento institucional y unificado, actualmente vigente, contenido en la Circular 032 del 29 de septiembre de 2025, denominada *“Aplicación del principio de inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, en la cual esta Cartera reitera el carácter inembargable de los recursos del SGSSS, precisa el alcance restrictivo de las excepciones reconocidas por la jurisprudencia constitucional, y señala expresamente los eventos en los cuales no procede la adopción de medidas cautelares de embargo sobre recursos del sistema, constituyéndose en el marco orientador institucional vigente sobre la materia.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



En consecuencia, la posición del Ministerio de Salud y Protección Social frente a la aplicación del principio de inembargabilidad de los recursos que financian la salud se encuentra definida en la referida Circular 032 de 2025, en donde claramente respecto de las excepciones a ese principio señala: “Teniendo en cuenta el principio ya enunciado, los recursos del SGSSS solo pueden ser afectados de manera excepcional y bajo condiciones estrictas. El precedente constitucional vigente ha delimitado las condiciones para exceptuar el principio general de inembargabilidad de los recursos de la salud correspondientes al SGP en los siguientes términos: (i) que se trate de obligaciones de índole laboral, (ii) que estén reconocidas mediante sentencia, (iii) que se constate que para satisfacer dichas acreencias son insuficientes las medidas cautelares impuestas sobre los recursos de libre destinación de la entidad territorial deudora.”

Frente la procedencia de medidas cautelares en las cuentas bancarias destinadas exclusivamente al manejo de recursos de Salud Pública - SGP del municipio, que son objeto de un proceso de cobro coactivo adelantado por el Fondo Territorial de Pensiones del Departamento de Bolívar según escrito, es necesario reiterar que la inembargabilidad es un principio no una regla, razón por la que frente a esa figura operan unas excepciones claramente especificadas por la Corte Constitucional e su jurisprudencia, la cual ha sido transcrita en el presente concepto y que han sido también abordadas en la Circular 032 de 2025 de este Ministerio, razón por la que la aplicación de estas excepciones deben ser analizada de manera individual y contextual por las autoridades competentes. Para ello, se requiere un estudio detallado basado en las reglas jurisprudenciales y normativas vigentes, garantizando que cualquier determinación sobre la posibilidad de embargo no vulnere el derecho fundamental a la salud ni afecte la continuidad en la prestación de los servicios médicos a la población.

“4. Consecuencias administrativas, presupuestales y operativas derivadas de la afectación de recursos destinados al financiamiento del sector salud.”

Es preciso indicar que este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, que tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, de igual manera esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos particulares ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.



Dicho lo anterior, vía concepto, no podemos definirle particularmente las consecuencias que acarrearían las medidas cautelares decretadas sobre los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y del Sistema General de Participaciones del municipio, en este caso lo que sí debe quedar claro es que aplicar una medida de embargo sobre un recurso respecto del cual es improcedente totalmente la medida cautelar, por no ser viable la aplicación de las excepciones al principio de inembargabilidad, es afectar la financiación y flujo de recursos del sistema y con ello obstruir la adecuada prestación del servicio de salud.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1²¹⁵ de la Ley 1755 de 2015²¹⁶, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

215 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

216 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



3.7. ASUNTO: Concepto relacionado con el proceso de evaluación del gerente de una ESE y la recusación presentada a su Junta Directiva. Radicado: 2026423001564852 Id: 1901692

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual expone la situación relacionada con el proceso de evaluación de la gerente de la ESE Hospital San Francisco Javier del municipio de Acevedo (Huila), así como la recusación presentada contra integrantes de su Junta Directiva. Su solicitud se plantea, en lo sustancial, en los siguientes términos:

“(…)

En la actualidad, y conforme a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del orden municipal deben adelantar los procesos de evaluación de la gestión de sus gerentes. En ese sentido, el municipio no es ajeno a dicha obligación; sin embargo, actualmente nos encontramos ante una situación jurídica que podría retrasar el desarrollo de este proceso.

Respetuosamente, me permito contextualizar lo ocurrido con el fin de que se tenga conocimiento de la situación:

La gerente de la ESE Hospital San Francisco Javier presentó el informe correspondiente al Plan de Gestión Gerencial de la vigencia 2025, para efectos de su evaluación. No obstante, de manera prácticamente concomitante a dicha presentación, y antes de que la Junta Directiva —de la cual hago parte— fijara fecha y hora para dar inicio al proceso de verificación y contrastación de la información contenida en el informe con sus respectivos soportes, la gerente presentó solicitud de impedimento en contra de la suscrita y del señor Alcalde. En dicha solicitud, la gerente expone una serie de argumentos que, a su juicio, configuran causales de impedimento que nos impedirían participar en el proceso de evaluación.

Frente a lo anterior, y tras analizar los argumentos expuestos, considero que no se configuran las causales de impedimento invocadas, por lo que no me encuentro inhabilitada para participar en el referido proceso. En consecuencia, elaboré un pronunciamiento jurídico al respecto. Inicialmente, este debía ser remitido al despacho del señor Alcalde; sin embargo, teniendo en cuenta que dicho funcionario también fue objeto de recusación, se procedió a remitir directamente a la Procuraduría Provincial de Garzón (Huila), en aplicación de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1437 de 2011.

A la fecha, me encuentro a la espera del respectivo pronunciamiento por parte de la Procuraduría, el

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



cual permitirá definir si puedo participar en el proceso de evaluación o, en su defecto, que la Junta Directiva adopte las decisiones pertinentes para garantizar su realización. De otra parte, es importante manifestar que la Secretaría a mi cargo se ha visto afectada por diversas decisiones adoptadas por la ESE, tales como la no entrega oportuna de información requerida, el retraso en procesos que son de obligatorio cumplimiento y la negativa en la contratación de actividades como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), entre otras. Esta situación ha impactado negativamente nuestros resultados en procesos de evaluación institucional, pese a que históricamente la Secretaría se ha caracterizado por su adecuado desempeño

(...)”.

Al respecto, se precisa lo siguiente:

I. MARCO NORMATIVO APLICABLE

1. Planes de gestión de las Empresas Sociales del Estado

En relación con el procedimiento para la aprobación del plan de gestión en las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, la Ley 1438 de 2011²¹⁷, en su artículo 73, establece que corresponde al director o gerente presentar dicho plan a la Junta Directiva, y a esta última aprobarlo dentro de los términos previstos, en los siguientes términos:

“Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

²¹⁷ por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.”

Ahora bien, en lo relacionado con la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, la misma ley en su artículo 74 dispone que corresponde a la Junta Directiva adelantar dicha evaluación con sujeción a los términos y condiciones legalmente establecidos, así:

“Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.”

2. Trámite de impedimentos y recusaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



En lo relacionado con el trámite de los impedimentos y recusaciones en las actuaciones administrativas, el artículo 12 de la Ley 1437 de 2011²¹⁸ establece que corresponde a la autoridad competente resolver estas situaciones y que su formulación suspende el curso de la actuación administrativa, tal como lo dispone la citada norma, así:

“Artículo 12. Trámite de los impedimentos y recusaciones. En caso de impedimento el servidor enviará dentro de los tres (3) días siguientes a su conocimiento la actuación con escrito motivado al superior, o si no lo tuviere, a la cabeza del respectivo sector administrativo. A falta de todos los anteriores, al Procurador General de la Nación cuando se trate de autoridades nacionales o del Alcalde Mayor del Distrito Capital, o al procurador regional en el caso de las autoridades territoriales.

La autoridad competente decidirá de plano sobre el impedimento dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de su recibo. Si acepta el impedimento, determinará a quién corresponde el conocimiento del asunto, pudiendo, si es preciso, designar un funcionario ad hoc. En el mismo acto ordenará la entrega del expediente.

Cuando cualquier persona presente una recusación, el recusado manifestará si acepta o no la causal invocada, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su formulación. Vencido este término, se seguirá el trámite señalado en el inciso anterior.

La actuación administrativa se suspenderá desde la manifestación del impedimento o desde la presentación de la recusación, hasta cuando se decida. Sin embargo, el cómputo de los términos para que proceda el silencio administrativo se reiniciará una vez vencidos los plazos a que hace referencia el inciso 1 de este artículo.”

II. RESPUESTA

De los hechos expuestos en su comunicación se evidencia que el proceso de evaluación del plan de gestión de la gerente de la ESE Hospital San Francisco Javier del municipio de Acevedo (Huila) se encuentra condicionado por la presentación de una recusación contra integrantes de su Junta Directiva.

De conformidad con lo previsto en el artículo 12 de la Ley 1437 de 2011, la formulación de una recusación conlleva la suspensión de la actuación administrativa, lo cual implica que no es posible continuar con el trámite hasta tanto la autoridad competente adopte una decisión de fondo.

A su vez, debe tenerse en cuenta que, conforme a los artículos 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011, la aprobación y evaluación del plan de gestión del gerente de una Empresa Social del Estado constituye una competencia asignada a la Junta Directiva, la cual debe ejercer dicha función dentro

²¹⁸ por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



de los términos y condiciones establecidos en la ley.

Por lo anterior, la continuidad del proceso de evaluación se encuentra supeditada a la decisión que adopte la autoridad competente frente a la recusación presentada, según lo expresado en su escrito.

Las situaciones relacionadas con impedimentos o recusaciones hacen parte de actuaciones administrativas cuyo conocimiento y decisión corresponde a la autoridad competente en los términos del ordenamiento jurídico - entre ellas, la Procuraduría Regional, tratándose de autoridades del orden territorial, como ocurre en el caso que nos ocupa.

Ahora, es preciso señalar que a este Ministerio le corresponde la formulación, adopción y evaluación de la política pública en materia de salud y protección social. En ese contexto, no le compete a esta entidad intervenir en la situación que se presenta con el proceso de evaluación del plan de gestión de la gerente de la ESE Hospital San Francisco Javier del municipio de Acevedo (Huila), ya que la misma deberá resolverse teniendo en cuenta lo que se decida por parte de la procuraduría.

Lo anteriormente expuesto se expone, teniendo en cuenta la previsión de orden constitucional contenida en el artículo 121, donde se fijan límites a las competencias de los funcionarios públicos, así:

“(…)

Artículo 121. Ninguna autoridad del Estado podrá ejercer funciones distintas de las que le atribuyen la Constitución y la ley.”

En los anteriores términos damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este pronunciamiento tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015²¹⁹ en cuanto a que “*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución*”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

219 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”