



BOLETÍN JURÍDICO No. 02 FEBRERO 2026



BOLETIN JURIDICO N° 02 DE FEBRERO DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1.	JURISPRUDENCIA	4
1.1.	SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1.	<i>Sentencia T-528-25 – Corte Constitucional</i>	6
2.	NORMATIVA	43
2.1.	LEYES	44
2.1.1.	Ley 2566 de 2026	45
2.2.	DECRETOS	57
2.2.1.	Decreto 182 de 2026.....	58
2.3.	RESOLUCIONES.....	81
2.3.1.	Resolución 196 de 2026	82
2.3.2.	Resolución 197 de 2026	86
2.3.3.	Resolución 199 de 2026	90
2.3.4.	Resolución 228 de 2026	109
2.3.5.	Resolución 276 de 2026	114
2.3.6.	Resolución 347 de 2026	129
2.2.	CIRCULAR.....	148
2.3.1.	Circular Externa 02 de 2026	149
2.3.2.	Circular Externa 03 de 2026	172
2.3.3.	Circular Conjunta 04 de 2026	187
3.	CONCEPTOS.....	210
3.1.	ASUNTO: Consulta jurídica relacionada con la naturaleza y destinación de los gastos de Administración de la UPC de las Empresas Promotoras de Salud -E.P.S.	
	Radicado: 2026423000058392 (ID: 1566795).	211



3.2. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre la vigencia del concepto sanitario para establecimientos de bajo riesgo.	
Radicado No 202642400081572 ID 1571776	220
3.3. ASUNTO: Respuesta a Derecho de Petición – Funcionamiento de las Juntas Directivas de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención.	
Rad. 202642400628832 ID 1682434	233
3.4. ASUNTO: Solicitud de concepto técnico sobre la digitalización de procesos de Inspección, Vigilancia y Control sanitario y validez de firmas electrónicas/digitales.	
Radicado 202642400083892 ID 1572119.....	238



1. JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



1.1.1. Sentencia T-528-25 – Corte Constitucional

Referencia: Expedientes T-10.918.666 y T- 10.919.277 AC

Asunto: Acciones de tutela interpuestas por *Constanza* (T-10.918.666) y por *Danna* (T-10.919.277) en representación de su hijo en contra de la EPS Suramericana S.A.

Temas: Servicio de transporte para acceder a la atención en salud y copagos.

Magistrado Ponente: Jorge Enrique Ibáñez Najar

Bogotá, D.C., dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinticinco (2025).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada Paola Andrea Meneses Mosquera y por los Magistrados Miguel Polo Rosero y Jorge Enrique Ibáñez Najar, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente de las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política^[1], y 33 y siguientes del Decreto Ley 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela proferidos en el expediente T-10.918.666, (i) el 24 de enero de 2025 por el Juzgado 7 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Cali, en el trámite iniciado por *Constanza* en contra de la EPS Suramericana S.A.; y en el expediente T-10.919.277, (ii) el 9 de diciembre de 2024 por el Juzgado 20 Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Cali, y el 4 de febrero de 2025 por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Cali, en la acción de tutela promovida por *Danna* en representación de su hijo, en contra de la EPS Suramericana S.A.

Aclaración previa

El presente caso involucra una problemática que hace referencia a historias clínicas e información relativa a la salud de un niño y de una mujer. Por este motivo, como medida de protección a la intimidad, se ordenará suprimir de esta providencia y de toda futura publicación, sus nombres reales, datos e información que permitan su identificación^[2]. En atención a lo

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



expuesto, esta Corporación proferirá dos copias de esta providencia. Así, en la versión pública de esta providencia, los nombres de las partes serán reemplazados por nombres ficticios.

Síntesis de la decisión

La Corte Constitucional revisó los fallos proferidos por los jueces de instancia, con ocasión de dos acciones de tutela interpuestas por afiliados a la EPS Suramericana S.A., por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida digna. Para los accionantes, la entidad incurrió en dicha vulneración al negarle la prestación del servicio de transporte intermunicipal a una paciente con cáncer de mama y a un niño con autismo que necesitaban atención especializada en una ciudad distinta a la de su residencia; así como, al rechazar la solicitud de exoneración de copagos presentada por la madre del niño.

Con fundamento en las reglas jurisprudenciales establecidas en la Sentencia SU-508 de 2020, esta Corporación recordó que las EPS deben cubrir los gastos de traslado cuando autorizan la prestación de servicios de salud incluidos en el PBS, fuera del municipio de residencia del usuario, sin exigir una prescripción médica, ni condicionar la ayuda a la capacidad de pago de los pacientes. Así, en ambos casos, constató que la accionada vulneró los derechos de los accionantes al negarles la prestación del servicio. En consecuencia, ordenó que se le garantizara dicha prestación. Adicionalmente, en el caso del niño, advirtió que la decisión de negarle la exoneración del copago desconoció el principio de accesibilidad. Por tanto, le ordenó a la EPS que se abstenga de exigirle el pago de copagos para acceder a la prestación de los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Con este fallo, la Corte reafirmó que la salud es un derecho fundamental real y exigible, y no un beneficio condicionado.

I. ANTECEDENTES

A. Expediente T-10.918.666.

Hechos probados

1. La señora *Constanza* es una mujer de 60 años con antecedentes de arteritis de takayasu e hipertensión arterial, entre otras enfermedades.^[3]
2. La accionante se encuentra afiliada a la EPS Suramericana S.A. por medio del régimen contributivo, en calidad de cotizante. El 20 de febrero del 2023, fue diagnosticada con cáncer de mama derecha (compromiso óseo, axila der /adrenal lzq) HER2 positivo, luminal b.^[4]

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. La accionante indicó que se encuentra incapacitada desde el 18 de diciembre del 2023, según consta en la certificación expedida por la entidad EPS Suramericana S.A. A su vez, manifestó que el único sustento con el que cuenta es el salario mínimo legal y que es madre cabeza de familia.^[6]

4. La señora *Constanza* señaló que actualmente reside en el municipio de Guapi, departamento del Cauca. De acuerdo con su relato, el 21 de noviembre de 2024, el médico tratante le ordenó realizarse el tratamiento de quimioterapias, cada 21 días, vía endovenosa por 42 días, y ácido zoledrónico, solución inyectable vial, 4 miligramos, cada 90 días, vía endovenosa, durante 90 días^[6]. Este tratamiento se ordenó en la Clínica Imbanaco de la ciudad de Cali. No obstante, la accionante afirmó que su residencia está en Guapi y que no cuenta con los recursos económicos para asumir los costos de transporte desde el municipio de Guapi hasta la ciudad de Cali.

5. *Solicitud de tutela*. En virtud de lo anterior, la ciudadana presentó acción de tutela contra la EPS Suramericana S.A. y solicitó: (i) tutelar su derecho a la salud, a la vida digna, y a la seguridad social; y (ii) ordenar a la citada EPS que autorice el servicio de transporte desde el municipio de Guapi, Cauca hasta la ciudad de Cali, en la Clínica Imbanaco, institución que le ha realizado el tratamiento médico desde el diagnóstico, para garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, con observancia de los principios de integralidad y continuidad.

Trámite procesal de la acción de tutela

6. *La admisión de la tutela*. El 16 de enero de 2025, el Juzgado Séptimo Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Cali avocó conocimiento de la acción constitucional, corrió los traslados correspondientes y vinculó a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, a la Secretaría de Salud Municipal de Cali, a la Clínica Valle del Lili, a la Clínica Imbanaco, al Centro de Estudios de Reumatología y Dermatología S.A.S y a la IPS Cardioprevent.^[7]

Contestación de las entidades accionada y vinculadas

7. *EPS Suramericana S.A.* Mediante escrito del 20 de enero de 2025, la EPS informó que, al momento de su vinculación a la entidad, la usuaria, con diagnóstico de tumor maligno de mama, reportó que su lugar de residencia se encontraba ubicado en la ciudad de Cali. Por esa razón, le asignó como IPS básica Cardioprevent y le autorizó la prestación de los servicios requeridos en dicha ciudad.

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



8. Luego, advirtió que, a pesar de lo expuesto, en la acción de tutela, la ciudadana manifestó que reside en el municipio de Guapi (Cauca) y que no cuenta con los recursos para trasladarse a la ciudad de Cali. Ante esta situación, la EPS señaló que, hasta el momento, ha prestado todos los servicios que los médicos adscritos a la red de la EPS Suramericana S.A. le han prescrito a la accionante en la ciudad que ella misma reportó como lugar de residencia. Además, advirtió que, en virtud de lo dispuesto en la Resolución 011265 de 2018, EPS Suramericana S.A. no opera, ni está habilitada para prestar sus servicios en ese municipio. Por tanto, solicitó negar la protección requerida por la accionante e instarla a que escoja una EPS que opere en su domicilio actual o a que, en su defecto, traslade su lugar de residencia a Cali, donde sí se garantizan los servicios requeridos.^[8]

9. *Clínica Imbanaco, Fundación Valle del Lili, Centro de Estudios de Reumatología y Dermatología S.A.S, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca y Secretaría de Salud municipal de Cali.* Mediante escritos allegados al despacho los días 17,^[9] 21, 23 y 27 de enero de 2025, las instituciones referidas coincidieron en solicitar su desvinculación del proceso por falta de legitimación en la causa por pasiva, tras considerar que no les corresponde la prestación directa en el servicio reclamado y que la responsabilidad frente a los hechos planteados recae exclusivamente en la EPS Suramericana S.A.^[10]

10. *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.* En escrito del 17 de enero de 2025, la entidad indicó que la normativa actual establece que los medicamentos, insumos y procedimientos que antes se recobraban a la ADRES ahora son responsabilidad directa de las EPS, quienes reciben anticipadamente y de forma periódica un presupuesto máximo, además del giro por unidad de pago por capitación (UPC). Esto busca asegurar el suministro oportuno y continuo de servicios de salud. Según la Resolución 205 de 2020, los costos derivados de órdenes judiciales también deben ser cubiertos con ese presupuesto máximo. A su turno solicitó su desvinculación del trámite por falta de legitimación en la causa por pasiva, en la medida en que no ha desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los derechos fundamentales de la actora.^[11]

Decisión objeto de revisión

11. *Sentencia de primera instancia*^[12]. A través de Sentencia del 24 de enero de 2025, el Juzgado 7 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Cali negó la tutela por improcedente y desvinculó a la ADRES, a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, a la Secretaría de Salud Municipal de Cali, a la Clínica Valle del Lili, Clínica Imbanaco, al Centro de Estudios de Reumatología y Dermatología S.A.S, y a la IPS Cardioprevent del trámite. Para justificar su

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



decisión, señaló que, según la jurisprudencia, la prestación del servicio de transporte solo procede cuando el tratamiento es autorizado en un municipio distinto al de residencia. Luego, analizó el caso concreto y advirtió que, aunque la accionante asegura que reside en el municipio de Guapi, lo cierto es que, al afiliarse a la EPS Suramericana S.A., reportó que su lugar de residencia estaba ubicado en la ciudad de Cali, lugar donde recibe su tratamiento médico en la Clínica Imbanaco. Por tanto, concluyó que este caso no cumple con los requisitos fijados por la Corte Constitucional para exigir el servicio de transporte y refirió que no hay evidencia de que a la accionante se le haya negado el acceso a tratamientos o servicios de salud. Esta providencia no fue recurrida en el término legal establecido en la Sentencia del 24 de enero de 2025.

B. Expediente T-10.919.277

Hechos probados

12. La señora *Danna* presentó acción de tutela en representación de su hijo, quien actualmente tiene 8 años de edad, y fue diagnosticado con trastorno del espectro autista y retraso en el habla y el lenguaje. La madre del niño manifestó que las pruebas neuropsicológicas practicadas a su hijo indican que tiene una edad mental de un niño de año y medio. Este diagnóstico le exige contar con un tratamiento que incluye terapias de manera regular, de acuerdo con lo prescrito por el médico tratante. El niño se encuentra afiliado como beneficiario al régimen contributivo de la EPS Suramericana S.A.^[13]

13. Según lo manifestado por la señora *Danna*, su familia reside en el municipio de Jamundí, tienen una situación económica precaria y los servicios médicos que recibe su hijo se suministran en la ciudad de Cali. De modo que, para cumplir con las citas médicas, le corresponde realizar traslados constantes a la ciudad mencionada, bajo difíciles condiciones, porque su hijo utiliza pañales y tiene reacciones comportamentales adversas durante el transporte que, en algunas oportunidades, se tornan agresivas. Esto convierte cada desplazamiento en una experiencia agotadora tanto física como emocional.^[14]

14. *Solicitud de tutela.* En virtud de lo anterior, la afectada interpuso acción de tutela en calidad de representante legal de su hijo contra la EPS Suramericana S.A., y solicitó: (i) tutelar sus derechos fundamentales a la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana; y (ii) ordenar a la “EPS Sura el suministro del transporte necesario para las terapias y citas médicas del [niño], así como la exoneración de copagos”.^[15]

Trámite procesal de la acción de tutela

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



15. *Admisión de la acción de tutela.* El 25 de noviembre de 2024, el Juzgado 20 Municipal de Cali con Funciones de Control de Garantías avocó conocimiento de la presente acción de tutela, y corrió el traslado a la entidad accionada para que ejerciera su derecho de defensa y contradicción.^[16] Vencido el término dispuesto para la recepción de las contestaciones, la entidad accionada allegó su respuesta.

Contestación de la entidad accionada

16. *EPS Suramericana S.A.* La entidad reconoció que el niño, de 8 años con diagnóstico de autismo, recibe seguimiento por neurología infantil y tiene orden vigente de terapias de neurodesarrollo y lenguaje, las cuales se han garantizado. Sin embargo, aclaró que el transporte no es una prestación cubierta por el sistema de salud, por lo que debe ser asumido por los familiares. Por otra parte, se opuso a la exoneración de recobros, alegó que los cobros son legales y el niño no pertenece a la población exenta de copagos. En consecuencia, solicitó que no se acceda a las pretensiones de la tutela, porque no se vulneraron los derechos invocados.^[17]

Decisiones objeto de revisión

17. *Sentencia de primera instancia*^[18]. Por medio de Sentencia del 9 de diciembre de 2024, el Juzgado 20 Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Cali tuteló los derechos fundamentales a la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana del hijo de la señora *Danna*. En consecuencia, ordenó a la EPS Suramericana S.A. asumir el transporte intermunicipal desde la residencia del niño, ubicada en el municipio de Jamundí, hasta la IPS Integrarte en Cali, junto con su madre como acompañante, mientras esté vigente la orden de terapias de fonoaudiología emitida el 20 de septiembre de 2024. A su turno, negó la solicitud de exoneración de copagos, toda vez que la madre del niño no demostró que estuviera imposibilitada para asumir dicho valor.

18. Por medio de escrito del 13 de diciembre de 2024, la EPS Suramericana S.A. recurrió la decisión.^[19]

19. *Sentencia de segunda instancia*^[20]. A través de Sentencia del 4 de febrero de 2025, el Juzgado Primero Penal del Circuito de Cali revocó la Sentencia No. 367 del 09 de diciembre de 2024 y, en su lugar, negó las pretensiones de la tutela. En relación con el caso concreto, manifestó que no se evidencia que la falta de transporte ponga en riesgo la salud del niño, ya que las terapias están autorizadas. La madre argumentó no tener recursos para costear 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



traslados, pero no presentó pruebas suficientes sobre su situación económica, ni existe prescripción del transporte. Tampoco consta que haya solicitado formalmente a la mencionada EPS una valoración para que el médico tratante determine la necesidad del servicio.

20. En relación con la solicitud de exoneración de copagos, esta instancia se abstuvo de emitir pronunciamiento, por cuanto el recurrente no formuló reparo específico frente a dicho aspecto en el escrito de impugnación.

Actuaciones en sede de revisión

21. Remitido el expediente a la Corte Constitucional, mediante Auto del 28 de marzo de 2025, notificado el 21 de abril de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Tres escogió para su revisión los expedientes 10.918.666 y T- 10.919.277, los acumuló por presentar unidad de materia y, por sorteo, los repartió a la Sala Quinta de Revisión.

Pruebas decretadas y recolectadas en el marco del expediente T-10.918.666

22. *Auto de pruebas del 12 de junio de 2025.* En esa providencia, el Magistrado Sustanciador decretó la práctica de pruebas con el fin de (i) verificar el lugar de residencia actual de la accionante, (ii) conocer la información reportada por la accionante a la EPS en el formulario de vinculación al régimen contributivo, (iii) determinar la posible ocurrencia de procesos de actualización de datos ante la EPS y (iv) conocer el estado actual de salud de la accionante.

23. En escrito del 19 de junio de 2025, la señora *Constanza* indicó que se encuentra afiliada desde el 4 de julio de 2002 a Coomeva EPS. Sin embargo, con ocasión de la liquidación de esa entidad, fue trasladada de forma aleatoria a EPS Suramericana S.A. A su turno, esta entidad decidió remitirla a la Clínica Imbanaco en la ciudad de Cali, por la cercanía al municipio de Guapi.

24. Al respecto, aseguró que se vio obligada a aceptar esta situación para salvaguardar su vida. Así, desde febrero de 2023, decidió viajar a la ciudad de Cali, cada 21 días, para acceder al tratamiento de las quimioterapias. De otra parte, señaló que EPS Suramericana S.A. no tiene cobertura en el municipio de Guapi, ya que es un municipio de difícil acceso y solo cuenta con un hospital de bajo nivel. Además, advirtió que allí no puede ser atendida, dada su patología de arteritis de takayasu, que es su enfermedad de base.

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



25. Indicó que actualmente vive en el municipio de Guapi con su madre, y que devenga un salario mínimo legal mensual como ama de casa. Para justificar sus afirmaciones, adjuntó copia: (i) del carné de afiliación a Coomeva EPS; (ii) de los recibos de energía de los meses de febrero, marzo y abril de 2025 a nombre de la señora *Inés*; (iii) del servicio de televisión a nombre de *Constanza* de los meses de marzo, abril y mayo de 2025; (iv) del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo a nombre de la señora *Inés*, correspondiente a los meses de marzo, abril y mayo de 2025; y, (v) de los últimos cuatro recibos de pago de sus planillas de salud, en las que se evidencia que está afiliada a la EPS Suramericana S.A. y que fueron pagadas en Guapi, Cauca.

26. *Auto del 7 de julio de 2025.* En esta decisión, el Magistrado Sustanciador requirió a la EPS Suramericana S.A. para que contestara al decreto probatorio previamente referido. Con todo, la accionada se abstuvo de aportar los elementos solicitados por esta Corporación.

27. *Auto del 21 de julio de 2025.* A través de este pronunciamiento, el Magistrado Sustanciador (i) vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES y al Ministerio de Salud y Protección Social como terceros con interés legítimo; y, (ii) decretó pruebas en relación con el proceso de traslado forzoso que tuvo que enfrentar la accionante a la EPS Suramericana S.A., con ocasión de la terminación y liquidación de la existencia legal de la EPS Coomeva S.A. En atención a esta actuación, la Corte recibió los siguientes elementos de prueba.

28. El 24 de julio de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social indicó que, mediante Resolución 2022320000000189-6 de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la liquidación de COOMEVA EPS debido a incumplimientos financieros y operativos que comprometían su sostenibilidad y la atención de los usuarios. En consecuencia y en aplicación del artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 709 de 2021, el Ministerio, con apoyo de la ADRES, adelantó el procedimiento de asignación excepcional de afiliados a las EPS receptoras habilitadas y certificadas por la Superintendencia Nacional de Salud, para garantizar la continuidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios. En el caso concreto, la señora *Constanza* fue asignada a la EPS Suramericana S.A., el 1 de febrero de 2022.^[21]

29. Sobre el procedimiento adelantado, el Ministerio fue enfático en señalar que, durante el trámite, las responsabilidades en materia de salud estaban claramente diferenciadas. Así, la EPS en liquidación debía entregar las bases de datos completas y actualizadas de sus afiliados. En ellas, debían identificar a los pacientes de alto costo, a las personas gestantes, las tutelas en curso y los servicios autorizados. Por su parte, las EPS receptoras, como la EPS Suramericana S.A., debían garantizar desde el primer día hábil la continuidad en la atención, habilitar canales

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 información, contratar oportunamente su red y asegurar los tratamientos en curso, sin exigir trámites adicionales. El Ministerio resaltó que su rol es rector y regulador y, en esa medida, no presta directamente los servicios de salud. Además, indicó que cumplió con el procedimiento legal y los criterios objetivos para asegurar la protección del derecho fundamental a la salud de los afiliados trasladados.^[22]

30. El 31 de julio y 6 de agosto de 2025, la Superintendencia Nacional de Salud indicó que, en el marco de la liquidación de COOMEVA EPS, actuó conforme a los Decretos 709 de 2021 y 780 de 2016, le ordenó al liquidador la entrega de las bases de datos de afiliados y remitió al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las EPS receptoras habilitadas, que acreditaban los requisitos financieros exigidos. Explicó que la asignación de los usuarios a las EPS receptoras, como en el caso de la señora *Constanza* trasladada a la EPS Suramericana S.A., dependió de la información suministrada por COOMEVA en liquidación, de los criterios de cobertura territorial y de la capacidad operativa. Además, señaló que la entidad competente para informar sobre la trazabilidad del traslado es el Ministerio de Salud y Protección Social, quien realizó el trámite con apoyo de la ADRES.^[23]

31. Asimismo, la entidad precisó que su competencia se limita a ordenar la entrega de información, certificar las EPS receptoras habilitadas y vigilar el proceso. En esa medida, no define directamente la ubicación de los afiliados. Además, aclaró que, al revisar las bases de datos, no se encontraron reclamos abiertos de la señora *Constanza* y que, en consecuencia, la asignación cumplió con los parámetros normativos de continuidad, oportunidad y calidad en la prestación del servicio de salud.^[24]

32. En todo caso, informó que, en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, radicó una PQR en el caso de la señora *Constanza* para que la EPS garantice la prestación de los servicios médicos pendientes, como el transporte aéreo para sus tratamientos de quimioterapia. Aclaró que no es superior jerárquico de las EPS, ni de otros actores del sistema, sino autoridad de control que investiga y sanciona incumplimientos mediante procesos administrativos. En consecuencia, sostuvo que ha cumplido con las labores necesarias para proteger los derechos fundamentales de la accionante, solicitó su desvinculación del trámite y reiteró que la responsabilidad de la trazabilidad recae en el Ministerio de Salud y Protección Social.^[25]

33. Solo hasta el 12 de agosto de 2025, la EPS Suramericana S.A. informó que la señora *Constanza* se encuentra afiliada de manera activa a esta entidad desde el 1 de febrero de 2022, en calidad de cotizante en el régimen contributivo, sin que se haya presentado interrupción alguna en su aseguramiento. Explicó que dicho traslado no fue voluntario, sino que ocurrió como consecuencia de la liquidación de COOMEVA EPS, a través de un procedimiento

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



automático dirigido por el Ministerio de Salud y Protección Social y ejecutado por la ADRES a través de la consulta a la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, conforme a la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES. Al respecto, señaló que este mecanismo garantizó la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la protección del derecho fundamental a la salud de la usuaria. Finalmente, precisó que la responsabilidad sobre la calidad de los datos corresponde a las EPS que los reportan.^[26]

34. En este punto, la Sala precisa que los artículos 19 al 21 del Decreto Ley 2591 de 1991 imponen a las entidades accionadas y a los intervinientes el deber de responder de manera oportuna, completa y veraz a los requerimientos de la Corte Constitucional, con el fin de remitir los informes, antecedentes y documentos solicitados. Este deber materializa el principio de buena fe procesal y la colaboración con la justicia, por lo que su incumplimiento genera responsabilidad y afecta el ejercicio del derecho de defensa. Asimismo, la omisión injustificada en la entrega de la información dentro del término legal faculta a la Corte para presumir como ciertos los hechos alegados por el accionante y decidir de plano, salvo que considere necesaria una verificación adicional. Esta presunción de veracidad actúa como una consecuencia probatoria de la falta de colaboración y garantiza la celeridad y eficacia en la protección de los derechos fundamentales.

Pruebas decretadas y recolectadas en el marco del expediente T-10.919.277

35. *Auto del 12 de junio de 2025.* En esta providencia, el Magistrado Sustanciador también decretó pruebas para determinar la situación actual de salud del niño, la atención recibida por parte de la EPS Suramericana S.A., y la capacidad económica del accionante.

36. En atención a lo expuesto, el 19 de junio de 2025, la señora *Danna*, en representación de su hijo, allegó una declaración con fines extraprocesales, suscrita por los padres del niño - *Danna* y *Fernando*-, acompañada de copias de sus cédulas de ciudadanía. En ese documento, los ciudadanos manifestaron que el padre está encargado de asumir los gastos del hogar; mientras que la madre se dedica al cuidado de su hijo y a las labores domésticas, ya que el niño no está escolarizado por no tener control de esfínteres. Asimismo, indicaron que los ingresos mensuales del padre son limitados y se destinan a cubrir necesidades básicas como servicios públicos, transporte para las terapias del niño, seguridad social, alimentación, productos de higiene y otros gastos menores. En todo caso, precisaron que no tienen gastos de vivienda, ya que residen en una casa familiar.



II. CONSIDERACIONES

A. Competencia

37. La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar las decisiones proferidas dentro de los trámites de la referencia, con arreglo a lo establecido en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33, 34 y 35 del Decreto 2591 de 1991, y en cumplimiento de lo resuelto por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres, en Auto del 28 de marzo de 2025, notificado el 21 de abril de 2025.^[27]

B. Análisis de procedibilidad de las acciones de tutela

38. A continuación, la Sala Quinta de Revisión analizará si las acciones de tutela acumuladas en este expediente cumplen con los requisitos de procedencia establecidos en el artículo 86 de la Constitución y en el Decreto 2591 de 1991. De acreditar estos presupuestos, procederá a plantear los problemas jurídicos correspondientes y analizará los casos concretos.

39. *Legitimación en la causa por activa*^[28]. Respecto del expediente T-10.918.666, la Sala advierte que la acción de tutela fue presentada por *Constanza*, es decir, por la titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados, quien actúa en nombre propio. Asimismo, evidencia que, en el expediente T-10.919.277, la demanda fue interpuesta por *Danna*,^[29] quien actúa, en ejercicio de la patria potestad, como representante judicial de su hijo menor de edad, en los términos previstos en el artículo 306 del Código Civil.^[30] En consecuencia, se concluye que el presupuesto de legitimación por activa se encuentra acreditado en ambos casos.

40. *Legitimación en la causa por pasiva*^[31]. El artículo 42.2 del Decreto 2591 de 1991 establece que la acción de tutela procede en contra de los particulares encargados de prestar el servicio de salud. En los casos acumulados a este expediente, las demandas fueron presentadas en contra de la EPS Suramericana S.A., quien, en virtud de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993^[32], está encargada de prestar el servicio de salud a quienes ostenten la calidad de afiliados a la entidad, como es el caso de los accionantes. En consecuencia, es posible atribuir la presunta vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes a la EPS demandada y, en esa medida, el presupuesto se encuentra acreditado.

41. Adicionalmente, en el expediente T-10.918.666, fueron vinculadas, en calidad de terceros interesados, las entidades Ministerio de Salud y Protección Social, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y Superintendencia Nacional de Salud, dada su participación institucional en la regulación, financiación, supervisión

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 control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas entidades ostentan un interés directo en el asunto objeto de debate, en la medida en que intervienen de manera determinante en los procesos de asignación y reasignación de afiliados, particularmente cuando se presentan situaciones de liquidación o retiro de las entidades promotoras de salud.

42. Así las cosas, el análisis de la legitimación en la causa por pasiva debe extenderse a dichas autoridades, en tanto su omisión o actuación insuficiente podría dar lugar a una eventual vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la continuidad en la prestación del servicio médico asistencial. En consecuencia, resulta procedente que se incorpore en las consideraciones de esta sentencia la actuación y posible grado de responsabilidad de cada una de estas entidades, a efectos de determinar si la vulneración de los derechos invocados obedece únicamente a la actuación de la EPS o si, por el contrario, se configura una afectación sistémica derivada de falencias estructurales en la gestión y articulación de las mencionadas autoridades.

43. *Inmediatez*^[33]. Según consta en el expediente de tutela T-10.918.666, el 21 de noviembre de 2024, el médico especialista en hematología oncológica adscrito a la Clínica Imbanaco, ubicada en la ciudad de Cali prescribió la aplicación de unos medicamentos vía endovenosa, sin contemplar el medio de transporte para la accionante, y el 15 de enero de 2025 se presentó la acción de tutela, es decir, al cabo de un mes y medio aproximadamente.

44. Por su parte, en el expediente T-10.919.277 se tiene que el 20 de septiembre de 2024 la EPS Sura autorizó la práctica de 12 terapias de lenguaje en protocolo de neurodesarrollo y 12 terapias ocupacionales en protocolo de neurodesarrollo en el Centro de Neuroestimulación Conductual Integrarte S.A.S. ubicado en la ciudad de Cali, para el niño, y el 25 de noviembre de mismo año se presentó la acción de tutela, es decir, al cabo de dos meses aproximadamente.

45. A partir de lo expuesto, la Sala considera que transcurrió un tiempo razonable entre las últimas actuaciones ante la entidad accionada y la presentación de las acciones de tutela de la referencia.^[34] En especial, porque las circunstancias particulares de salud expuestas por los accionantes son continuas y actuales. En consecuencia, este presupuesto se encuentra acreditado.

46. *Subsidiariedad*^[35]. De conformidad con lo previsto en el artículo 2, numeral 4 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social (CPTSS),^[36] la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad laboral y de seguridad social es la llamada a conocer, en forma principal y prevalente, de las controversias que se susciten en torno a la prestación de los servicios de la seguridad social, entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras. Esto significa que, las controversias suscitadas con ocasión 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



la prestación del servicio público de salud, como componente del sistema de seguridad social integral, serán conocidas por la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad laboral.

47. Sobre la competencia para tramitar estos asuntos, el mismo código estableció que los jueces laborales del circuito conocerán, en primera instancia, de los asuntos que no sean susceptibles de fijación de cuantía; y, en única instancia, de aquellos cuya cuantía no exceda los diez salarios mínimos legales vigentes.^[37]

48. Por su parte, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, estableció que la Superintendencia Nacional de Salud podrá “conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez [, entre otros, los conflictos] entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”. Al analizar esta disposición, en Sentencia C-119 de 2008, la Sala Plena de esta Corporación consideró que “en el caso de las atribuciones judiciales asignadas [...] a la Superintendencia Nacional de Salud (conflictos de la seguridad social en salud relacionados con coberturas del POS, reembolso de gastos de urgencia, multifiliación y libre elección y movilidad dentro del sistema), **dicha entidad desplaza, a prevención, a los jueces laborales del circuito** (o civiles del circuito en los lugares en que no existen los primeros)” (énfasis añadido).

49. Con fundamento en lo expuesto, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que el procedimiento judicial asignado a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) es el medio judicial dispuesto para definir las controversias referidas.^[38] De ahí se sigue que, en estos casos, la acción de tutela es meramente residual.^[39]

50. Con todo, en diferentes oportunidades la Corte ha resaltado que, en estos escenarios, también debe analizarse la idoneidad y eficacia del mecanismo ante la SNS,^[40] de cara a las falencias que el mecanismo ha presentado en la resolución de los casos que se tramitan por esa vía. Así, en diversas sentencias, esta Corporación ha señalado que la regulación del procedimiento judicial referido tiene varios vacíos legales y que su aplicación tiene varias limitaciones. De manera que, hasta que no se superen estas dificultades de regulación, el mecanismo no será idóneo, ni eficaz para proteger los derechos de los afiliados al sistema.

51. Recientemente, en Sentencia SU-239 de 2024, la Sala Plena de esta Corporación analizó un caso relacionado con el mecanismo jurisdiccional ante la Supersalud y advirtió que aún persisten (i) los problemas estructurales en la entidad, y (ii) la falta de regulación sobre aspectos como la impugnación, los plazos para decidir en segunda instancia y el cumplimiento

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 las decisiones.^[41] En consecuencia, concluyó que dicho mecanismo continúa sin ser idóneo ni eficaz. Por lo tanto, las acciones de tutela objeto de estudio acreditan el requisito de subsidiariedad al no existir otros mecanismos efectivos para proteger los derechos fundamentales invocados.

52. En conclusión, las acciones de tutela son procedentes. Por tanto, la Sala analizará de fondo cada uno de los asuntos.

C. Problemas jurídicos y metodología de la decisión.

53. En el caso del expediente T-10.918.666, la accionante señaló que la EPS Suramericana S.A. vulneró sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social, al negarse a autorizarle el servicio de transporte desde el municipio de Guapi, Cauca hasta la ciudad de Cali, para ser atendida en la Clínica Imbanaco, en donde su médico tratante le ordenó la aplicación de unos medicamentos vía endovenosa y la realización de quimioterapias. Al respecto, la EPS indicó que la información de registro de la accionante refiere que reside en la ciudad de Cali y, que no está está habilitada para ejercer sus actividades de EPS en el municipio de Guapi (Cauca).

54. Posteriormente, en sede de revisión, la accionante informó que su afiliación a la EPS Suramericana S.A. no fue voluntaria, sino que ocurrió como consecuencia de la liquidación de la EPS Coomeva, a la cual se afilió en el año 2002 y le informó que residía en el municipio de Guapi. La información relativa al proceso de asignación forzosa de la usuaria fue confirmada por la accionada.

55. Ahora bien, en virtud del carácter informal, oficioso y preferente de la acción de tutela, la Corte Constitucional ha señalado que el juez de tutela cumple un papel activo en la protección de los derechos fundamentales que le permite asegurar la efectiva realización de esas garantías. En este contexto, su actuación no está restringida a analizar los hechos expuestos, las pretensiones formuladas o los derechos invocados por el solicitante, como sí lo estaría en otras jurisdicciones judiciales. Por el contrario, le corresponde:

“(i) establecer los hechos relevantes y, en caso de no tenerlos claros, indagar por ellos; (ii) adoptar las medidas que estime convenientes y efectivas para el restablecimiento del ejercicio de las garantías ius fundamentales; y (iii) precisar y resguardar todos los derechos que advierta comprometidos en determinada situación. Al hacerlo e ir más allá de lo expuesto y lo pretendido en el escrito de tutela, el juez emplea facultades ultra y extra petita, que son de aquellas “facultades oficiosas que debe asumir de forma activa, con el



fin de procurar una adecuada protección de los derechos fundamentales de las personas”.^[42]

56. Al respecto, esta Corporación indicó en las Sentencias SU-484 de 2008, SU-195 de 2012 y T-433 de 2024, que estas facultades son oficiosas y deben ser asumidas activamente por la autoridad judicial correspondiente. En este sentido, advirtió que el juez de tutela no está limitado por el principio de congruencia típico, en la medida en que la naturaleza informal, expedita y prevalente de la acción de tutela lo habilita para adoptar decisiones que excedan lo solicitado (*ultra petita*) o se refieran a aspectos no invocados en la demanda (*extra petita*), siempre que ello sea necesario para garantizar de manera efectiva los derechos fundamentales comprometidos. De esta manera, en atención al principio *iura novit curia*, el juez debe aplicar el derecho sustancial correcto, sin depender de si ha sido invocado por las partes. Esta prerrogativa constituye, en realidad, una obligación del juzgador, quien debe calificar los hechos y subsumirlos en las normas jurídicas pertinentes.^[43]

57. Esta postura fue ratificada por la Sentencia T-173 de 2024, al reafirmar la posibilidad de emitir decisiones *extra* y *ultra petita* con el propósito de garantizar la protección sustancial de los derechos fundamentales comprometidos en el caso concreto.

58. En el expediente **T-10.918.666**, la señora *Constanza* promovió acción de tutela y solicitó únicamente la autorización del servicio de transporte para asistir al tratamiento médico prescrito por su médico tratante. No obstante, del análisis integral de los hechos y del acervo probatorio allegado en sede de revisión, se constató que la EPS a la cual se encuentra afiliada la accionante no cuenta con cobertura en el municipio donde ella reside. Tal circunstancia impone al juez constitucional la obligación de trascender el ámbito estrictamente delimitado por el *petitum* de la demanda, con el propósito de asegurar la protección efectiva de los derechos fundamentales comprometidos. En virtud de ello, la Sala de Revisión no solo examinará la solicitud relativa a la autorización del servicio de transporte para la realización del tratamiento médico, sino que, en ejercicio de sus facultades *ultra* y *extra petita*, estudiará la asignación forzosa de la accionante a una EPS que no cuenta con cobertura en el lugar de domicilio de la accionante y el impacto que esa actuación administrativa pudo generar en el derecho a la salud de la accionante. En concreto, analizará si procede la reubicación de la accionante en una EPS que disponga de cobertura en su lugar de domicilio, para asegurar la prestación efectiva del servicio de salud a la accionante, en el municipio de su residencia.

59. En ese sentido, la Sala Quinta de Revisión debe resolver los siguientes problemas jurídicos:

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 EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social de la accionante al no autorizar el servicio de transporte desde el municipio de Guapi (Cauca) hasta la ciudad de Cali, para que le realicen el tratamiento médico ordenado en la Clínica Imbanaco, a pesar de que la EPS Sura no opera ni está habilitada en el municipio de Guapi, Cauca?

b) ¿El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud vulneraron los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social de la accionante al asignarle una EPS receptora que no opera, ni está habilitada en el municipio de Guapi, Cauca?

60. Por su parte, en el caso del expediente T-10.919.277, la madre del accionante indicó que la EPS vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la dignidad humana de su hijo, al negarse a proporcionarle el servicio de transporte intermunicipal entre Jamundí y Cali para que acceda a las terapias prescritas, así como al exigir el pago de copagos. Por su parte, Sura EPS refirió que el transporte no es una prestación cubierta por el sistema de salud, por lo que debe ser asumido por los familiares y que el usuario no hace parte de la población exenta de copagos. En consecuencia, a la Sala Quinta de Revisión le corresponde resolver los siguientes problemas jurídicos:

a. ¿La EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la dignidad humana del accionante al negarse a autorizar el servicio de transporte desde el municipio de Jamundí a la ciudad de Cali para realizarse las terapias de lenguaje y ocupacionales ordenadas por el médico tratante?

b. ¿La EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social, y a la dignidad humana del accionante al oponerse a conceder la exoneración de los copagos exigidos para las terapias de lenguaje y ocupacionales ordenadas por el médico tratante?

61. Para resolver los problemas jurídicos planteados, la Sala Quinta de Revisión reiterará su jurisprudencia sobre (i) el servicio de transporte ambulatorio intermunicipal como medio para acceder al servicio de salud. Luego, aludirá (ii) al régimen aplicable al traslado de afiliados en caso de liquidación de una EPS y, (iii) al marco normativo de exoneración de cuotas moderadoras y copagos. Con fundamento en ello, (iv) examinará los casos concretos.

D. El servicio de transporte ambulatorio intermunicipal como mecanismo para acceder al derecho a la salud. Reiteración de la Sentencia SU-508 de 2020

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



62. Según el artículo 49 de la Constitución Política, el Estado tiene el deber de garantizar la prestación de los servicios públicos de salud y saneamiento ambiental. Por tanto, le compete organizar, dirigir y regular dicha prestación conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.^[44] A partir de esta disposición, el derecho a la salud adquiere una doble dimensión.^[45] Por un lado, es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda persona; y, por el otro, constituye un servicio público cuya prestación es obligación del Estado. Esta doble faceta exige que los servicios de salud sean brindados de manera oportuna, eficaz y con calidad.

63. El derecho a la salud fue reconocido como fundamental por la jurisprudencia de la Corte Constitucional^[46] y posteriormente por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (LES).^[47] En esta normativa, el Legislador (i) precisó que la salud es “un derecho fundamental y autónomo”^[48]; (ii) determinó los elementos esenciales^[49] e interrelacionados^[50] que lo integran, esto es, la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional;^[51] y, (iii) consagró los principios que deben regir la prestación de este servicio,^[52] entre los cuales se destacan los de continuidad, oportunidad, integralidad y *pro homine*.

64. En efecto, el principio de continuidad^[53] establece que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud sin interrupciones una vez iniciado el tratamiento, con el fin de evitar suspensiones por razones administrativas o económicas—^[54]. Por su parte, el de oportunidad,^[55] dispone que la atención en salud, así como el acceso a los servicios y tecnologías debe garantizarse sin retrasos ni dilaciones que puedan empeorar el estado de salud del paciente.^[56] Este precepto comprende dos garantías. La primera consiste en que el usuario obtenga un diagnóstico que le permita iniciar un tratamiento adecuado; y la segunda exige que el paciente reciba los medicamentos y los servicios de salud que requiere, a tiempo.^[57]

65. A su turno, el principio de integralidad^[58] implica que los servicios y tecnologías en salud deben prestarse de forma total y suficiente para prevenir, aliviar o tratar la enfermedad, sin importar su causa, la condición de salud del paciente o el esquema de provisión, cobertura o financiación establecido por la ley. Por tal razón, no podrá dividirse la responsabilidad sobre la atención de un servicio específico, si ello implica afectar la salud del usuario.^[59] Finalmente, el principio *pro homine* exige que las autoridades y demás actores del sistema de salud apliquen siempre la interpretación de las normas vigentes que resulten más favorables para la garantía del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, las exclusiones deben entenderse de manera restrictiva, mientras que las inclusiones han de interpretarse de forma amplia.^[60]

66. En la Sentencia SU-508 de 2020, la Corte Constitucional unificó la jurisprudencia relacionada con el suministro del servicio transporte intermunicipal, cuando el usuario del Sistema de Salud debe desplazarse a un municipio distinto al de su domicilio para acceder a 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



servicios de salud prescritos por los médicos adscritos a su EPS. En esa oportunidad, la Corte precisó que, si bien el servicio de transporte no es una prestación médica como tal, sí es un medio para acceder a los servicios de salud. En esa medida, su ausencia puede desconocer el elemento esencial del derecho a la salud conocido como accesibilidad, particularmente, en su componente de asequibilidad económica.

67. A partir de lo anterior, la Sala Plena estableció que el suministro de los gastos de transporte intermunicipal para paciente ambulatorio

“i) Está **incluido en el PBS**.

ii) Se reitera que los lugares donde no se cancele prima adicional por dispersión geográfica, se presume que tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requiera todo usuario; por consiguiente, la EPS debe contar con una red de prestación de servicios completa. De tal forma, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente a su domicilio, el transporte deberá asumirse con cargo a la UPC general pagada a la entidad promotora de salud, so pena de constituirse en una barrera de acceso que ha sido proscrita por la jurisprudencia constitucional e incumplir las obligaciones derivadas del art. 178 de la Ley 100 de 1993.

iii) No es exigible el requisito de capacidad económica para autorizar el suministro de los gastos de transporte intermunicipal de los servicios o tecnologías en salud incluidos por el PBS.

iv) No requiere prescripción médica atendiendo a la dinámica de funcionamiento del sistema (prescripción, autorización y prestación). Es obligación de la EPS a partir del mismo momento de la autorización del servicio en un municipio diferente al domicilio del paciente.

v) Estas reglas no son aplicables para gastos de transporte interurbano, ni transporte intermunicipal para la atención de tecnologías excluidas del PBS”.^[61]

E. Servicio de transporte ambulatorio intermunicipal para el acompañante del paciente

68. Frente a este presupuesto, la jurisprudencia ha considerado que, si bien el servicio de transporte para el acompañante de un usuario del sistema de salud tampoco constituye un servicio médico, sí es un medio para acceder al servicio de salud.^[62] En atención a lo anterior,

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



esta Corporación ha establecido que, de manera excepcional, la EPS debe asumir este costo cuando las condiciones etarias o de salud del usuario lo exigen.^[63]

69. En efecto, a partir de la Sentencia SU-508 de 2020, la Corte ha sostenido que cuando el usuario se ve obligado a desplazarse a un municipio distinto al que reside, para acceder al servicio o a la tecnología en salud incluida en el PBS y debe hacerlo en compañía de otra persona, los gastos del acompañante también deben ser cubiertos por el sistema. Lo expuesto, siempre que el usuario dependa de un tercero para desplazarse o requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas.^[64] Tal es el caso de los niños, las niñas y los adolescentes. Ciertamente, frente a esta población la jurisprudencia ha indicado que estos sujetos se encuentran en un estado de indefensión y de dependencia que exige el acompañamiento de un adulto durante su traslado a otros municipios para recibir prestaciones del servicio de salud.^[65]

70. Ahora bien, inicialmente, la jurisprudencia consideró que la provisión de este servicio estaba sujeta a la falta de capacidad económica de la familia. Sin embargo, a partir de la Sentencia SU-508 de 2020, la Corte manifestó que no es necesario acreditar este requisito, cuando la EPS no cumple con la obligación de garantizar la red de prestación de servicios en el municipio donde reside el usuario y este no es de aquellos en los que se reconoce la UPC adicional. Al respecto, la Sentencia T-147 de 2023 la Corte indicó que:

“Respecto al requisito de la incapacidad económica en el caso de los acompañantes, la Sala considera que no es necesario para la garantía del servicio de transporte intermunicipal. Lo anterior puesto que el usuario y su acompañante no tienen por qué sufragar los gastos en los que deban incurrir por la forma en que las EPS constituyen su red de prestación de servicios. En efecto, no existe justificación para que las consecuencias de la conducta de las EPS de autorizar servicios en municipios diferentes al lugar de residencia de los afiliados deban ser asumidas por estos”.

F. El Régimen aplicable al traslado de afiliados en caso de liquidación de una EPS

71. En caso de retiro, revocatoria o intervención forzosa administrativa para liquidar a una EPS, el ordenamiento prevé un procedimiento de asignación de sus afiliados a las EPS receptoras, con la finalidad de asegurar la continuidad, integralidad y oportunidad en la atención en salud y evitar barreras administrativas que les impidan a los afiliados de las EPS que están en proceso de liquidación el acceso a la atención en salud. Esta regla se desprende del Título 11 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 1424 de 2019^[66] y del Decreto 709 de 2021,^[67] que modificó el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016; los cuales desarrollan el mecanismo de reasignación y sus cargas institucionales. A continuación, la Sala precisará 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



competencias y obligaciones de cada una de las entidades que intervienen en el mencionado procedimiento.

72. *La Superintendencia Nacional de Salud.* Esta entidad se encarga de ordenar la entrega de la información relevante para adelantar el proceso, de certificar cuales son las EPS que pueden actuar como receptoras de los usuarios y de hacer seguimiento al trámite en el marco de sus funciones de inspección y vigilancia.^[68]

73. En efecto, en el acto que acepta el retiro, liquidación o que dispone la intervención para liquidar, (i) la Supersalud le ordena a la EPS objeto de la medida, que entregue, de manera inmediata, las bases de datos de afiliados y de sus grupos familiares para el proceso de asignación. Al día hábil siguiente a la notificación del acto, (ii) remite al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de EPS receptoras habilitadas en el territorio y certifica su cumplimiento de capital mínimo y patrimonio adecuado conforme a la última información reportada. Posteriormente, en el marco de sus funciones de inspección y vigilancia, adelanta actividades de seguimiento sobre la transición, con el fin de garantizar los servicios de salud a la población reasignada.

74. *Ministerio de Salud y Protección Social.* Esta autoridad tiene a su cargo la asignación y del aseguramiento de la continuidad del servicio.^[69] Para el efecto, la entidad retoma la información remitida por la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las EPS habilitadas para ser receptoras, y las bases de datos de los usuarios del sistema, remitidas por la EPS en liquidación. Con fundamento en esa información, procede a asignarle a cada usuario una EPS receptora, bajo criterios objetivos de habilitación territorial, condiciones financieras y capacidad operativa. Así, el Ministerio garantiza la trazabilidad del proceso de traslado y coordina las medidas necesarias para evitar que dicho procedimiento genere barreras en el acceso a los servicios de salud.

75. *La EPS objeto de medida de intervención, y su liquidador.* Estas instituciones son responsables^[70] de entregarle al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud las bases de datos BDUA con corte al último proceso. Es decir, los bancos de datos que contengan la siguiente información de los afiliados: (i) grupos familiares, (ii) pacientes de alto costo con su red prestadora, (iii) madres gestantes, (iv) datos del domicilio, (v) poblaciones especiales, (vi) contactos, (vii) fallos de tutela y actas del comité técnico científico – CTC y, (viii) servicios autorizados vigentes.

76. Además, dentro de un plazo máximo de dos (2) meses desde la asignación, deben suministrarle a cada EPS receptora la carpeta original con los documentos que respaldan la afiliación de cada persona.

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



77. *La EPS receptora.* Las entidades que asumen la prestación del servicio de salud de los usuarios están encargadas de:^[74]

i) Realizar la contratación de servicios requeridos para atender a los nuevos usuarios. Antes de la efectividad de la asignación, la EPS receptora debe adelantar los procesos de contratación necesarios para garantizar la continuidad de los servicios a la población asignada.

ii) Brindar la información pertinente a los nuevos usuarios de forma inmediata. Al día hábil siguiente a la recepción, cada institución debe publicar y divulgar su información de contacto, la fecha en la que asume la responsabilidad y los datos necesarios para que los usuarios puedan ejercer su derecho de libre elección, dentro de los noventa (90) días siguientes a la efectividad de la asignación. Asimismo, debe informarle a: (i) los aportantes los lugares de aseguramiento, canales y datos de contacto; y, (ii) los pacientes de alto costo y madres gestantes la red prestadora disponible encargada de su atención.

iii) Garantizar la continuidad de los tratamientos y servicios autorizados. Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la efectividad de la asignación, las instituciones receptoras deben prestar, los servicios o tecnologías previamente autorizados por la EPS de origen, sin exigir trámites adicionales al afiliado. Si existe riesgo para la vida, la atención debe ser oportuna e inmediata. Asimismo, deben continuar con la prestación los servicios y tecnologías ordenados por autoridades administrativas o judiciales.

78. *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.*^[72] La entidad debe: (i) entregarle a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA; (ii) prestar apoyo operativo al Ministerio de Salud y Protección Social durante el proceso; y, (iii) asegurar el flujo de recursos (UPC) hacia las EPS receptoras, para garantizar la continuidad ininterrumpida de la prestación del servicio de salud.

G. Marco normativo de exoneración de cuotas moderadoras y copagos. Reiteración de la jurisprudencia.

79. El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece que los pagos moderadores tienen como finalidad contribuir a la financiación y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Estos aportes se fijan conforme a un porcentaje determinado por la autoridad competente y en atención a la capacidad económica del usuario; y, buscan evitar el



uso inadecuado o innecesario de los servicios de salud, así como, facilitar la obtención de los recursos indispensables para financiar el PBS.

80. Por su parte, el Acuerdo 260 de 2004 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su artículo 3, dispone que estos pagos se aplican tanto a los cotizantes, como a los beneficiarios del sistema. Así, las denominadas cuotas moderadoras son cobradas a los afiliados cotizantes, mientras que los copagos corresponden exclusivamente a los beneficiarios.

81. Las cuotas moderadoras y los copagos fueron concebidos como una forma de participación económica de los usuarios en el financiamiento del sistema de salud, de acuerdo con los servicios que les sean prestados. No obstante, la normativa y la jurisprudencia establecen que tales cobros no pueden exigirse cuando así lo determine la ley, ni cuando al paciente le resulte imposible cubrir esos gastos. Esto, con el fin de evitar que tales exigencias generen una barrera de acceso al servicio de salud^[73]. En ese sentido, el artículo 2.10.4.9 del Decreto 1652 de 2022^[74] dispuso lo siguiente:

“Además de las excepciones señaladas en los artículos 2.10.4.6 y 2. 10.4.8 del presente decreto, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales:

En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa [...]

1.5. Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2 con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan”.

“...”

“1.9. Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 9, numeral 9 de la Ley 1618 de 2013 o las normas que los modifiquen o sustituyan”.

82. Por su parte, la jurisprudencia ha indicado que “el cobro de copagos o cuotas moderadoras no puede convertirse en una barrera de acceso al servicio de salud, sobre todo cuando quienes lo requieren son sujetos de especial protección constitucional y se acreditan los requisitos de la ley y la jurisprudencia. Lo anterior, ya que las causales de exoneración de cobro de copagos tienen una mayor relevancia para estas personas, frente a quienes se busca alcanzar y mantener un mejor estado de salud y el pleno goce de la vida en sociedad”.^[75]

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



83. Asimismo, ha precisado que, además de las exenciones previstas en la ley, es posible exonerar al usuario de los copagos o de las cuotas moderadoras, cuando se demuestre que él o su núcleo familiar carecen de los recursos económicos necesarios para asumir estos costos, sin importar el régimen al que estén afiliados. Para la Corte, la exigibilidad de este tipo de cobros “tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada”.^[76] En esa medida, esta previsión debe aplicarse cuando el usuario no tiene capacidad de pago, así como, cuando, teniéndola, no puede efectuar el desembolso oportunamente antes de recibir un servicio médico que es requerido de manera urgente.^[77]

84. No obstante, la Corte ha reiterado que en muchos casos resulta complejo determinar con precisión la capacidad económica del usuario, motivo por el cual el juez de tutela desempeña un papel fundamental en la valoración probatoria. Esto, en la medida en que, al mismo tiempo, deben garantizarse el equilibrio entre la protección de derechos fundamentales del paciente-usuario, la vigencia del principio de solidaridad y la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

85. En atención a lo expuesto, la jurisprudencia ha insistido en que debe concederse la exoneración del pago de cuotas moderadoras o copagos, cuando se demuestre que su cobro impide el acceso a los servicios de salud y pone en riesgo derechos fundamentales, debido a la falta de recursos económicos del usuario. En particular, la Sentencia T-402 de 2018 fijó dos reglas para ordenar la exoneración de dichos pagos:

“(i) Cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio”.^[78]

86. Adicionalmente, la Corte ha sostenido que cuando un accionante afirma no tener medios económicos suficientes en el trámite de tutela, se configura una negación indefinida 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



no requiere demostración inicial, lo que implica que se desplaza la carga de la prueba a la entidad accionada, quien deberá desvirtuarla.^[79]

Así mismo, se ha indicado por la Corte que “cuando el accionante alegue carencia de recursos económicos para acceder al insumo o servicio médico requerido, le corresponde a la EPS desvirtuar esa afirmación. Ello es así por las siguientes razones: (i) se trata de una negación indefinida que invierte la carga de la prueba y (ii) se presume la buena fe del solicitante. El juez de tutela debe ejercer activamente sus amplias facultades en materia probatoria, para que éste cuente con los elementos suficientes que le permitan tomar una decisión. Sobre todo en aquellos casos en que no pueda tener certeza sobre el cumplimiento de este requisito a partir del material probatorio obrante en el expediente”^[80].

87. En este sentido, es importante precisar que de las negaciones indefinidas no se sigue que exista una exoneración absoluta de la carga de la prueba a cargo de los accionantes. En este tipo de asuntos no se excluye el *onus probandi*, sino que se matiza, justamente, por las razones previamente expuestas. De modo que, quien afirma un hecho con consecuencias jurídicas debe probarlo.

88. En suma, la exigencia de los copagos o de las cuotas moderadoras no pueden utilizarse como justificación para impedir la prestación oportuna de los servicios de salud, ni pueden constituir una barrera para el acceso a los servicios o tecnologías de salud. En especial, cuando se trata de personas en condición de vulnerabilidad económica o de sujetos que gozan de especial protección constitucional y cumplen con los requisitos establecidos por la ley y la jurisprudencia para acceder a dicha exoneración. Lo expuesto, en atención a que uno de los componentes esenciales del derecho fundamental a la salud es el de accesibilidad y aquel pretende garantizar que todas las personas puedan disfrutar de un mejor estado de salud, en igualdad de condiciones.^[81]

H. Casos concretos

Expediente T-10.918.666

89. La señora *Constanza* interpuso acción de tutela contra la EPS Suramericana S.A., y alegó la vulneración de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social, debido a que no cuenta con los recursos económicos para cubrir el transporte desde su lugar de residencia, Guapi, Cauca, hasta la Clínica Imbanaco en la ciudad de Cali, donde recibe tratamiento para el cáncer de mama, diagnosticado en febrero del año 2023. Por lo anterior, le solicitó a la EPS la autorización del servicio de transporte para acceder a sus tratamientos cada 21 días, de conformidad con lo prescrito por el médico tratante.

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



90. La EPS se opuso e indicó que el servicio de transporte no era procedente, ya que, en su sistema, aparece registrado que el lugar de domicilio de la accionante está ubicado en la ciudad de Cali. El juez de única instancia negó la protección de los derechos invocados, tras considerar que no se cumplían los requisitos establecidos en la jurisprudencia para ordenar la prestación del servicio de transporte. En su criterio, los servicios fueron autorizados en la misma ciudad de residencia de la accionante, de conformidad con los registros de la EPS y, en esa medida, no procedía la prestación del transporte. Por tanto, consideró que los derechos fundamentales de la accionante no fueron vulnerados.

91. En sede de revisión, se decretaron pruebas para establecer la residencia real de la accionante, así como la información reportada ante la EPS en el formulario de inscripción al régimen contributivo, y, además, determinar si se ha efectuado el procedimiento de actualización de datos ante la EPS, y conocer el estado actual de salud de la accionante. En respuesta, la señora *Constanza* afirmó vivir en el municipio de Guapi con su madre, desde donde ha viajado regularmente a Cali para realizarse su tratamiento. Aportó comprobantes de pago al sistema de salud efectuados en Guapi, facturas de servicios públicos y su carné de afiliación al sistema de salud como pruebas de su residencia, y explicó que la remisión a Cali se dio por la falta de cobertura de la EPS Sura en su municipio.

92. Además, en la información que reportó la accionante, se resalta lo siguiente:

“Yo inicialmente como se evidencia en el carnet (sic) quede afiliada a COOMEVA EPS; y cuando se acabó trasladaron los pacientes de manera aleatoria y desde allí me dejaron en SURA; por mis patologías SURA remitieron a Cali Imbanaco que era lo más cercano a Guapi; aclaro que para priorizar mi vida debí aceptarlo y estar viajando desde febrero del 2023 cada 21 días a Cali para las quimioterapias (...) Cuento con un ingreso de un salario mínimo mensual como ama de casa; y vivo con mi madre”^[82].

93. Mediante consulta a la base de datos del Sisbén,^[83] la Sala pudo determinar que la señora *Constanza* se encuentra clasificada en el grupo IV C2, correspondiente a la categoría de “vulnerable”. Esta calificación da cuenta de la condición socioeconómica de la accionante, lo cual si bien no es un requisito para acceder a la prestación del servicio de transporte, si demuestra la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la accionante, y las barreras que enfrenta para acceder al tratamiento prescrito por su médico tratante con ocasión del cáncer de mama derecha que le fue diagnosticado.

94. Asimismo, en las pruebas allegadas al expediente se observa el carné de afiliación de la accionante a Coomeva EPS, en el cual consta que se encuentra vinculada a dicha entidad desde el 4 de julio de 2002 y que la “ciudad de la IPS” corresponde al municipio de Guapi, Cauca.

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



Ello permite establecer que, para la fecha indicada, la accionante registró como domicilio el mismo que señaló posteriormente en la acción de tutela interpuesta.

95. Por su parte, se advierte que (i) el traslado de la accionante a la EPS Suramericana no obedeció a una decisión voluntaria, sino que se produjo de manera automática como consecuencia de la liquidación de Coomeva EPS, en virtud de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social. (ii) Conforme a la Resolución 1133 de 2021, la ADRES, dio cumplimiento a las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023, ejecutó el traslado en el sistema BDUA y, aseguró la continuidad del servicio sin periodos de desprotección.

96. En este orden de ideas, es preciso señalar que la Superintendencia Nacional de Salud fue la entidad que ordenó la liquidación de Coomeva EPS, mediante la Resolución 2022320000000189-6 de 2022. En consecuencia y en aplicación del artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 709 de 2021 el Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo de la ADRES, adelantó el procedimiento de asignación excepcional de afiliados a las EPS receptoras habilitadas y certificadas por la Supersalud, para garantizar la continuidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios. Con fundamento en lo expuesto la Sala procede a pronunciarse sobre los problemas jurídicos planteados.

97. *La EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social de la accionante al negarle la prestación del servicio de transporte que requería para acceder a su tratamiento de cáncer de mama.* La Sala reitera que, si un paciente es remitido a una IPS ubicada en un municipio diferente al de su residencia o domicilio, para la prestación de un servicio de salud incluido en el PBS, su EPS está obligada a asumir el costo del servicio de transporte. Para lo expuesto, el usuario no debe acreditar su falta de capacidad económica para sufragar la prestación del servicio, ni debe aportar una prescripción del médico tratante. En estos casos, la EPS debe otorgar la prestación del servicio de transporte desde el momento mismo en el que autoriza el suministro del servicio médico en otro municipio.

98. En este caso, la Sala advierte que, si bien, en sede de instancia, la EPS Suramericana S.A. aseguró que la accionante le reportó que residía en la ciudad de Cali, no aportó pruebas de su dicho. Además, en sede de revisión, la accionante manifestó que, desde su proceso de afiliación al sistema de salud, le informó a la extinta Coomeva EPS que su lugar de residencia se encontraba en el municipio de Guapi, Cauca. Posteriormente, la accionada ratificó que la afiliación de la usuaria no había sido voluntaria, sino forzosa dentro del trámite de liquidación de Coomeva EPS. Con todo, guardó silencio frente a los requerimientos probatorios de esta Corporación que tenían por propósito indagar sobre la vinculación de la accionante a la EPS, identificar su lugar de residencia y determinar el motivo de la discordancia entre lo dicho por las partes.

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



99. Según el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991, el juez constitucional debe presumir que los hechos son ciertos, cuando la persona contra la que se dirige la solicitud no rinde los informes requeridos por la autoridad judicial. Para la Corte, la presunción de los hechos es un mecanismo que pretende, de un lado, sancionar el desinterés de la entidad demandada frente a la presunta violación de los derechos fundamentales de una persona; y, del otro, garantizar que la protección de las garantías comprometidas se de en atención a los principios de inmediatez, celeridad y buena fe. En ese sentido, ha señalado que esta presunción puede aplicarse cuando la autoridad o el particular accionado: (i) omite completamente los requerimientos del juez constitucional; o (ii) remite una respuesta formal que no atiende a los interrogantes planteados.^[84]

100. En atención a lo expuesto, la Sala evidencia que la EPS Suramericana S.A. remitió una respuesta formal y extemporánea a esta Corporación que no abordó los cuestionamientos planteados. En consecuencia, aplicará la presunción de veracidad frente a los hechos planteados por la accionante y dará por cierto que, desde su vinculación al sistema de salud, en el régimen contributivo, informó que reside en el municipio de Guapi, Cauca, que por demás hace parte del listado de municipios y corregimientos departamentales, a los que se les reconocerá prima adicional por zona especial de dispersión geográfica para el régimen contributivo.^[85]

101. Bajo este escenario, la Sala evidencia que la EPS Suramericana S.A. remitió a la accionante a una IPS en la ciudad de Cali, para que se le prestaran los servicios médicos asociados con su tratamiento de cáncer de mama, los cuales hacen parte del PBS. Sin embargo, la usuaria reside en el municipio de Guapi, Cauca. Por lo tanto, la EPS estaba obligada a otorgarle el servicio de transporte. Al no hacerlo, le impuso una barrera administrativa que desconoció el componente esencial de accesibilidad del derecho a la salud de la accionante y terminó por desconocer sus garantías *iusfundamentales* no solo a la salud, sino a la seguridad social también.

102. En este punto, es necesario recordar que para esta Corporación la protección constitucional de las personas que padecen enfermedades como el cáncer, cobra una especial relevancia en la medida que, al encontrarse en un estado de debilidad manifiesta, merecen una singular y especial atención por parte del Estado y de la sociedad, al igual que por parte del juez constitucional. Este último deberá sopesar las circunstancias de un caso en el que vislumbre la posible vulneración de los derechos fundamentales del enfermo, siempre en consideración a la protección constitucional reforzada que se ha dispuesto para los pacientes con enfermedades catastróficas o ruinosas como el cáncer.^[86] En ese sentido, a estas personas siempre se les debe procurar garantizar “una atención apropiada con el fin de aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida”.^[87]

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



103. Asimismo, la obligación de cubrir el transporte intermunicipal nace automáticamente con la autorización del servicio, sin que sea válido trasladar al usuario la carga de su financiación, especialmente cuando se encuentra en situación de vulnerabilidad económica, como ocurre en este caso. La Corte ha sostenido que las EPS deben asumir estos costos con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) o a la UPC adicional reconocida por dispersión geográfica. Ignorar esta obligación implica no solo una omisión administrativa, sino una afectación directa del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.

104. Ahora bien, a partir de los elementos probatorios recaudados en el expediente, la Sala advierte que es probable que la vulneración de los derechos referidos haya ocurrido como consecuencia de la asignación forzosa realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. A pesar de ello, la EPS Suramericana S.A. guardó silencio frente a los pronunciamientos de la entidad encargada de realizar el procedimiento y no explicó si el proceso de afiliación de la accionante se dio con ocasión de algún error en las bases de datos reportadas por las autoridades involucradas en el proceso o tuvo lugar bajo la aplicación de los supuestos de hecho previstos en los artículos 2.1.11.3 y 2.1.11.4 del Decreto 1424 de 2019. Tampoco, informó si adelantó algún proceso ante el Ministerio correspondiente para discutir la asignación de una usuaria que reside en un municipio en el que la EPS no opera, ni está habilitada para prestar servicios.

105. Así las cosas, lo cierto es que la EPS Suramericana S.A. ha sido la encargada de prestarle el servicio de salud a la accionante desde el año 2022 y le asignó una IPS fuera de su municipio de residencia. En consecuencia, vulneró los derechos fundamentales invocados. Por tanto, la Corte le ordenará que otorgue la prestación del servicio de transporte para que la accionante pueda continuar con su tratamiento en debida forma.

106. *El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud vulneraron los derechos a la salud y a la protección social.* La Sala advierte que las entidades referidas vulneraron los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social de la accionante, al realizar su vinculación forzosa a la EPS Suramericana S.A., sin tener en cuenta que esa entidad no opera, ni está habilitada para operar en su lugar de residencia, el municipio de Guapi, Cauca.

107. Ciertamente, durante el procedimiento de liquidación de la EPS Coomeva, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladó a la accionante a la EPS Suramericana S.A. Esa decisión administrativa implicó que la accionante, diagnosticada con cáncer, tuviera que desplazarse periódicamente a Cali para recibir quimioterapias, y asumir costos de transporte que superan sus posibilidades económicas. Esta situación configura una barrera de acceso proscrita por la Constitución y la jurisprudencia de esta Corporación, que exige a las autoridades garantizar 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 la continuidad formal en el aseguramiento, sino la accesibilidad material y efectiva al servicio de salud.

108. Según el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 709 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social es la autoridad competente para adelantar el procedimiento de asignación excepcional de afiliados cuando una EPS entra en liquidación, con el fin de asegurar que la reasignación respete criterios de continuidad, integralidad y accesibilidad. Si bien el Ministerio manifestó que la reasignación se efectuó con base en la información remitida por Coomeva en liquidación, lo cierto es que en el expediente no obra soporte de dicha información. Además, el Ministerio tampoco aportó elementos materiales de prueba que dieran cuenta de la trazabilidad del proceso adelantado para la asignación de la usuaria a las EPS receptoras. Es más, ni siquiera explicó si realizó ese trámite con fundamento en lo dispuesto en el artículo 2.1.11.3 o si tuvo que hacerlo en atención al artículo 2.1.11.4 del Decreto 1424 de 2019.

109. Esta ausencia de información, aunada a la aplicación de la presunción de veracidad expuesta, le permite a esta Sala concluir que el sistema de seguridad social en salud estaba informado de que el lugar de residencia de la accionante es Guapi, Cauca. Ello demuestra que existía un conocimiento previo del domicilio real de la usuaria, y que la reasignación no tuvo en cuenta dicha circunstancia, lo cual generó un déficit de protección constitucional. De modo que, las actuaciones del Ministerio de Salud y Protección Social vulneraron el derecho a la salud de la accionante, en la medida en que desconocieron el componente esencial de accesibilidad del derecho a la salud.

110. Por su parte, conforme al artículo 230 de la Ley 100 de 1993 y al Decreto 2462 de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud está llamada a ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre el proceso de reasignación de afiliados, y garantizar que no se convierta en un obstáculo para el acceso efectivo a los servicios de salud. En este caso, la Supersalud se limitó a certificar las EPS receptoras habilitadas y a remitir la información al Ministerio, sin constatar la correspondencia entre la red prestadora de la EPS receptora y el lugar de residencia de la afiliada, lo que configuró una omisión grave en el cumplimiento de sus deberes constitucionales y legales, máxime tratándose de un paciente de alto costo y sujeto de especial protección. En consecuencia, también vulneró los derechos a la salud y a la seguridad social de la accionante.

111. En este punto, la Sala pone de presente que, la permanencia de la accionante en una EPS, sin cobertura en su domicilio, constituye una vulneración flagrante a este elemento esencial del derecho a la salud. En esa medida, advierte que el único mecanismo idóneo para restablecer los derechos de la accionante es garantizar su traslado a una EPS que sí cuente con una red prestadora en el municipio de Guapi, Cauca. Ciertamente, una decisión de esta naturaleza

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



permitiría materializar el principio de accesibilidad, expresamente reconocido en el literal c) del artículo 6º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, según el cual el sistema de salud debe asegurar que los servicios se presten de manera geográfica y económicamente asequible para los usuarios.

112. Con todo, la Corte advierte que el procedimiento previsto para la asignación forzosa de afiliados en el contexto referido no prevé la posibilidad de trasladar a la usuaria a otra EPS, ni establece mecanismos específicos para que las EPS receptoras cuestionen las asignaciones correspondientes. Por el contrario, el artículo 2.1.11.2 del Decreto 1424 de 2019 dispone que “ninguna EPS autorizada podrá negarse a recibir a los afiliados asignados”. Además, encuentra que, en los municipios reconocidos como especiales por su dispersión geográfica, puede existir un déficit de entidades prestadoras de los servicios de salud. Por tanto, concluye que un proceso de traslado forzoso de la accionante a otra EPS puede conllevar a la inaplicación de una norma que fue prevista para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud; así como, generar una situación adversa para la accionante, en la medida en que se desconoce si las EPS que tienen cobertura en su municipio de residencia, cumplen con todos los requerimientos para garantizar el derecho a la salud de la accionante.

113. En consecuencia, le ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud que, en ejercicio de la función de vigilancia que le fue atribuida en el artículo 2.1.11.12 del Decreto 1424 de 2019, garantice que la accionante pueda ejercer su derecho a la libre escogencia de EPS. Para el efecto, deberá informarle a la accionante cuales son las EPS que cuentan con cobertura en el municipio de Guapi y si cuentan con todos los requerimientos necesarios para garantizar el derecho a la salud de la accionante, en especial, los necesarios para tratar su diagnóstico de cáncer de mama, bajo las condiciones requeridas por sus enfermedades de base. Asimismo, deberá acompañarla durante el proceso, para que la accionante pueda decidir de forma libre e informada la EPS que le prestará el servicio de salud.

114. En virtud de lo anterior, esta Sala revocará la sentencia proferida el 24 de enero de 2025 por el Juzgado Séptimo Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Cali, que negó por improcedente la acción de tutela interpuesta por la señora *Constanza* contra la EPS Suramericana S.A. En su lugar, tutelaré los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social de la accionante.

115. En consecuencia, le ordenará a la EPS Suramericana S.A., a través de su representante legal o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia autorice y garantice la cobertura integral y oportuna de todos los gastos relacionados con el servicio de transporte intermunicipal desde el municipio de Guapi, Cauca hasta la ciudad de Cali, ida y regreso, con cargo a la Unidad de Pago por

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



Capitación (UPC) adicional, por dispersión geográfica. Lo anterior, con el fin de asegurar que la señora *Constanza* acceda de manera continua, efectiva y sin dilaciones al tratamiento especializado para el cáncer de mama derecha que padece, el cual debe prestarse bajo los estándares de calidad, oportunidad, seguridad y pertinencia científica exigidos por la normatividad vigente para patologías de alta complejidad.

116. Asimismo, en ejercicio de las facultades oficiosas para proferir fallos *ultra y extra petita*, le ordenará a la Superintendencia Nacional de Salud que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia y en el marco de sus competencias, garantice que la accionante pueda ejercer su derecho a la libre escogencia de EPS.

117. Para el efecto, deberá informarle cuales son las EPS que cuentan con cobertura en el municipio de Guapi y si cuentan con todos los requerimientos necesarios para garantizar el derecho a la salud de la accionante, en especial, los necesarios para tratar su diagnóstico de cáncer de mama, bajo las condiciones requeridas por sus enfermedades de base. Asimismo, deberá acompañarla durante el proceso, para que la accionante pueda escoger, de manera libre e informada, la EPS que le prestará los servicios de salud.

118. En caso tal que la accionante decida trasladarse de EPS, la entidad deberá implementar un mecanismo de coordinación entre la EPS Suramericana S.A. y la EPS receptora, que garantice la continuidad ininterrumpida en la prestación del servicio de salud de la señora *Constanza*. En cualquier caso, la Superintendencia deberá presentar un informe sobre el trámite adelantado a la autoridad judicial de única instancia y a la EPS Suramericana S.A. Aquel deberá contar con los soportes que den cuenta de la trazabilidad del proceso.

119. De igual manera, le ordenará a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES que, en ejercicio de sus funciones de administración, flujo y giro oportuno de los recursos del sistema de salud, efectúe a favor de la EPS Suramericana S.A. el giro correspondiente de la UPC adicional por dispersión geográfica de la señora *Constanza*, en el evento en que no se hubiere realizado. Dicho giro tendrá como finalidad cubrir los costos del transporte intermunicipal requeridos por la accionante, particularmente aquellos generados por la necesidad de trasladarse desde el municipio de Guapi, Cauca hasta la ciudad de Cali y de regreso, para efectos de garantizar el acceso efectivo al tratamiento integral del cáncer de mama que padece, hasta tanto la accionante ejerza su derecho a la libre escogencia de EPS con el acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Expediente T-10.919.277

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



120. La madre del niño, en calidad de representante legal, interpuso acción de tutela contra la EPS Suramericana S.A., y argumentó la vulneración de los derechos fundamentales a la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana de su hijo, de 8 años, diagnosticado con trastorno del espectro autista y retraso en el lenguaje. El niño requiere terapias continuas y está afiliado al régimen contributivo.

121. La madre indicó que residen en el municipio de Jamundí y enfrentan dificultades económicas. Las terapias se realizan en Cali, y el traslado hasta allí resulta oneroso y complejo, dado que el niño usa pañales, presenta comportamientos difíciles de manejar y ella no puede cargarlo, lo cual vuelve los desplazamientos desgastantes.

122. La EPS señaló que autorizó las terapias ordenadas para el niño, pero que el transporte no está cubierto por el sistema de salud, el cual debe ser asumido por la familia. También se opuso a la exoneración de copagos, al no encontrarse el niño dentro de la población exenta legalmente.

123. En sede de revisión, se profirió un Auto de pruebas de fecha 12 de junio de 2025 para obtener mayor información sobre el estado de salud del niño, la atención prestada por la EPS y la situación socioeconómica del núcleo familiar. El 19 de junio de 2025, la señora *Danna* en representación de su hijo allegó a esta Corporación una declaración con fines extraprocesales suscrita por los padres del niño, en la que se resalta lo siguiente:

“(…) MANIFESTAMOS BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SOMOS PADRES DEL [NIÑO], IDENTIFICADO CON T.I. No. [0000] EXPEDIDA EN JAMUNDI (VALLE), QUIEN FUE DIAGNOSTICADO CON AUTISMO CON RETRASO EN EL HABLA LENGUAJE. MANIFESTAMOS QUE EL SEÑOR [FERNANDO], PADRE DE[L] [NIÑO], ES QUIEN SUFRAGA TODOS LOS GASTOS DE MANUTENCIÓN DEL HOGAR, Y LA SEÑORA [DANNA], MADRE DE[L] [NIÑO], ES QUIEN SE OCUPA DE LAS LABORES DEL HOGAR Y ES CUIDADORA DE SU HIJO, YA QUE NO ESTA ESCOLARIZADO DEBIDO A QUE EL NINO NO TIENE UN CONTROL DE ESFINTERES. MANIFESTAMOS QUE LOS INGRESOS MENSUALES DEL SEÑOR [FERNANDO], QUE SON DESTINADOS A LOS GASTOS DE MANUTENCIÓN DEL HOGAR, SON EN PROMEDIO DE UN MILLÓN SETECIENTOS MIL PESOS (\$1.700.000), Y LOS EGRESOS MENSUALES CORRESPONDEN A LOS SIGUIENTES GASTOS: (1) SERVICIOS PUBLICOS: \$150.000, (2) TRANSPORTE PARA QUE EL NIÑO ASISTA A TERAPIAS: \$390.000 (QUIEN ASISTE TRES VECES A LA SEMANA), (3) APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL: \$420.000, ALIMENTACIÓN: \$500.000, COMBUSTIBLE DE MEDIO DE TRANSPORTE DEL SEÑOR [FERNANDO]: \$80.000, (6) PAÑALES Y PAÑITOS: \$110.000, (7) GASTOS



VARIOS: \$60.000. POR ULTIMO, DECLARAMOS QUE NO TENEMOS GASTOS DE VIVIENDA, YA QUE VIVIMOS EN UNA CASA FAMILIAR. ES TODO (...).”

124. Posteriormente, el día 24 de agosto de 2025 se consultó la base de datos del Sisbén, en la cual se verificó que la señora *Danna* se encuentra clasificada en el grupo IV B3, correspondiente a la categoría de “pobreza moderada”. Esta información refleja de manera objetiva su situación económica y constituye una prueba adicional de que no cuenta con los recursos necesarios para asumir los costos de transporte requeridos para llevar a su hijo a las terapias derivadas del diagnóstico de autismo que padece, lo cual representa una carga económica significativa para su núcleo familiar.

125. *La EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos a la salud, a la vida digna, y a la seguridad social del niño, al negarle la prestación del servicio de transporte.* En este caso, la Sala evidencia que, en virtud de las reglas jurisprudenciales previstas en la Sentencia SU-508 de 2020, el accionante tiene derecho al reconocimiento del transporte desde su lugar de residencia hasta el lugar en el que se le prestan las terapias.

126. Ciertamente, Jamundí no se encuentra dentro de los municipios por los que se reconoce UPC adicional, por lo que se presume que la EPS Suramericana S.A. tienen la disponibilidad de infraestructura y servicios necesarios para la atención en salud integral que requieran sus usuarios en esa entidad territorial. Por lo anterior, al autorizar que la prestación de los servicios incluidos en el PBS que requiere el accionante se realice en Cali, es decir, en un municipio distinto al de su lugar de residencia, está obligada a cubrir los gastos de transporte con cargo a la UPC. Todo ello, sin exigir la acreditación de una falta de capacidad económica, ni la expedición de una prescripción médica. En atención a lo expuesto, al no otorgar la prestación requerida, la accionada desconoció el componente esencial de accesibilidad y, en consecuencia, vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida digna del accionante.

127. Ahora bien, en este caso, el beneficiario del servicio es un niño de 8 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Según la jurisprudencia, los niños y las personas que requieren de asistencia para su movilidad o para el desarrollo de sus funciones vitales se encuentran en una situación de debilidad manifiesta que amerita que cuenten con un acompañante durante su desplazamiento para la realización de sus procedimientos médicos que permita garantizar su integridad física. En consecuencia, la EPS Sura también debió sufragar los gastos de transporte de la acompañante y al no hacerlo vulneró los derechos fundamentales del accionante a la salud, a la seguridad social y a la vida digna. Por tanto, la Sala revocará la decisión de segunda instancia, para, en su lugar, tutelar los derechos del accionante. En consecuencia, ordenará la prestación del servicio de transporte del accionante con su acompañante.

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



128. *La EPS Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales del accionante a la salud y a la seguridad social al no eximirle del cobro de copagos.* Ciertamente, en este caso, la Sala advierte que las excepciones del cobro de cuotas moderadoras y copagos previstas en los numerales 1.5 y 1.9 del artículo 2.10.4.9 del Decreto 1652 de 2022, descritas con antelación, resultan plenamente aplicables al accionante, con ocasión de su diagnóstico de autismo y de su condición de vulnerabilidad económica. En efecto, el numeral 1.5 contempla la exoneración para los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al Sisbén 1 y 2^[89] que presenten discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas, así como enfermedades catastróficas o ruinosas certificadas por el médico tratante; y el numeral 1.9 establece la exención para las personas con discapacidad, respecto de los servicios destinados a su rehabilitación funcional.

129. En consecuencia, la situación del accionante, un niño de 8 años diagnosticado con trastorno del espectro autista, que requiere terapias de lenguaje y neurodesarrollo, se enmarca en las hipótesis normativas y de desarrollo jurisprudencial que imponen a la EPS Suramericana S.A. la obligación de exonerarlo del pago de copagos, a fin de garantizar su acceso integral, oportuno y sin interrupciones a los tratamientos ordenados por su médico tratante.

130. Así, esta Sala de revisión no puede perder de vista que el beneficiario de la tutela es un niño de 8 años con diagnóstico de autismo, lo que lo sitúa en una condición de especial protección constitucional, conforme al artículo 44 de la Constitución Política y a los instrumentos internacionales^[90] que integran el bloque de constitucionalidad. La combinación de su edad, su discapacidad, y la situación socioeconómica de su núcleo familiar impone al sistema de salud la obligación de eliminar todas las barreras económicas y administrativas que impidan su acceso efectivo, integral y oportuno al tratamiento que necesita. Por tanto, al no conceder la pretensión del accionante, la accionada vulneró sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida digna; y, actuó en contravía del bloque de constitucionalidad aplicable en materia de protección reforzada a la niñez y a las personas con discapacidad.

131. Así, a partir del material probatorio obrante en el expediente, consistente en: (i) declaración con fines extraprocesales, (ii) clasificación socioeconómica en el Sisbén (Grupo IV B3), y (iv) y los hechos probados en esta acción de tutela, esta Sala concluye que el cobro de copagos y la negativa al suministro del transporte constituyen barreras económicas y administrativas que vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del niño.

132. Así las cosas, la Sala Quinta de Revisión revocará la Sentencia de segunda instancia proferida el Juzgado Primero Penal del Circuito de Cali que negó la acción de tutela instaurada por la señora *Danna* en calidad de representante legal de su hijo contra la EPS Suramericana S.A y, en su lugar tutelar los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del niño.

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



133. En consecuencia, le ordenará a la EPS Suramericana S.A. que, en el término de 48 horas siguientes contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice y garantice la cobertura total de los gastos del servicio de transporte intermunicipal desde su residencia en el municipio de Jamundí a la ciudad de Cali, ida y regreso, al niño, y a su acompañante para recibir la atención médica continua, y sin interrupciones consistente en la asistencia a las terapias y sesiones prescritas para el diagnóstico y tratamiento del trastorno de espectro autista, en favor de una “rehabilitación terapéutica integral”^[90], de acuerdo con lo indicado por el médico tratante en cuanto a las condiciones en que se debe prestar el servicio de transporte. Del mismo modo, dispondrá que se le exonere del pago de los copagos que se generen por la prestación del tratamiento que le fue ordenado para su diagnóstico de autismo.

II. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero. REVOCAR la Sentencia proferida el 24 de enero de 2025 por el Juzgado 007 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Cali que negó por improcedente la acción de tutela del expediente T-10.918.666, en el trámite iniciado por la señora *Constanza* en contra de la EPS Suramericana S.A. para, en su lugar, **TUTELAR** sus derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, por las razones consignadas en la parte considerativa de esta providencia.

Segundo. ORDENAR a la EPS Suramericana S.A., a través de su representante legal o quien haga sus veces, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta sentencia, autorice y garantice a la señora *Constanza* la cobertura integral y oportuna de todos los gastos relacionados con el servicio de transporte intermunicipal desde el municipio de Guapi, Cauca hasta la ciudad de Cali, ida y regreso, con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) adicional.

Tercero. ORDENAR a la Superintendencia Nacional de Salud que, en ejercicio de la función de vigilancia que le fue atribuida en el artículo 2.1.11.12 del Decreto 1424 de 2019 y dentro del término de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la notificación de esta sentencia, proceda a garantizar que la señora *Constanza* pueda ejercer su derecho a la libre escogencia de EPS, sin que se afecte la continuidad en la prestación del servicio de salud. Para el efecto, la entidad deberá informarle cuales son las EPS que cuentan con cobertura efectiva en el municipio 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



Guapi, Cauca. Además, deberá indicarle si esas entidades cuentan con la capacidad técnica, científica y asistencial necesaria, para garantizar que su tratamiento por cáncer de mama cumpla con los estándares de calidad, oportunidad, integralidad y pertinencia científica requeridos, de cara a las enfermedades de base que padece la accionante. Asimismo, deberá acompañarla durante el proceso, para que la accionante pueda decidir de forma libre e informada la EPS que, en adelante, le prestará el servicio de salud.

Si en cumplimiento de esta orden, la accionante decide trasladarse de EPS, la entidad deberá implementar un mecanismo de coordinación entre la EPS Suramericana S.A. y la EPS receptora, para garantizar la continuidad ininterrumpida en la prestación del servicio de salud de la señora *Constanza*.

En cualquier escenario, la entidad deberá presentar un informe sobre el trámite adelantado a la autoridad judicial de única instancia y a la EPS Suramericana S.A. Aquel deberá contar con los soportes que den cuenta de la trazabilidad del trámite.

Cuarto. ORDENAR a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES que, si no lo ha hecho, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta sentencia, efectúe a favor de la EPS Suramericana S.A el giro correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional por la señora *Constanza*.

Quinto. REVOCAR la Sentencia proferida el 4 de febrero de 2025 por el Juzgado Primero Penal del Circuito con funciones de Conocimiento de Cali que negó la protección de los derechos fundamentales invocados por la señora *Danna*, en su calidad de representante legal del niño, dentro del trámite del expediente T-10.919.277 adelantado, en contra de la EPS Suramericana S.A. En su lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social, y a la dignidad humana del niño, por las razones consignadas en la parte considerativa de esta providencia.

Sexto. ORDENAR a la EPS Suramericana S.A., que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, contadas a partir de la notificación de la presente sentencia, autorice y garantice al niño y a su acompañante, el servicio de transporte intermunicipal desde el lugar de residencia en el municipio de Jamundí a la ciudad de Cali, y el regreso, para que asista a las terapias y sesiones prescritas para el diagnóstico y tratamiento del trastorno de espectro autista en favor de una “rehabilitación terapéutica integral”, de acuerdo con lo indicado por el médico tratante y a las condiciones en que se deba prestar el servicio de transporte.



Séptimo. ORDENAR a la EPS Suramericana S.A que exonere al accionante del expediente T-10.919.277, del pago de los copagos que se generen por la prestación de los servicios de salud, para atender su diagnóstico de trastorno de espectro autista.

Octavo. INSTAR a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en ejercicio de su función de inspección y vigilancia, verifique que la EPS Suramericana S.A. cumpla con las ordenes dispuestas en los numerales previos y garantice la accesibilidad de los accionantes de los procesos 10.918.666 y T-10.919.277 a los servicios que requieran para disfrutar de su derecho fundamental a la salud.

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

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,



2.NORMATIVA



2.1. LEYES



2.1.1. Ley 2566 de 2026

Por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional se dictan otras disposiciones

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

ARTICULO 1°. OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial nación 'y' territorio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TS/VIH y las hepatitis 8 y e, de forma que se garantice el acceso a lo promoción, prevención primaria y secundaria con el fin de reducir daños, el diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación para las , personas que viven con dichas infecciones o en nesgo de adquirirlos, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en contextos de vulnerabilidad.

ARTICULO 2°. DE LA GESTIÓN INTEGRAL INTERSECTORIAL. Las entidades públicas y privadas del orden nacional y territorial, Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Entidades Administradoras de piones de Beneficios - EAPB o quien haga sus veces, en el marco de sus competencias, serán corresponsable~; de la ejecución de programas, acciones y/o estrategias articuladas con miras a la promoción de la salud y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y e en el territorio nacional.

Artículo 3°. Objetivos. Serán objetivos de la gestión integral intersectorial:

1. Implementar y garantizar el acceso a todos los mecanismos de prevención combinada, desplegando simultánea y oportunamente, estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales. Los diferentes sectores involucrados, así como las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal implementarán estrategias de prevención combinada frente al VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, conforme a las directrices, lineamientos y recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluidos procesos de información, difusión y formación, que permitan una mayor claridad sobre el contagio y medios de prevención de las mismas.

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



Dentro de los mecanismos de prevención combinada, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá fortalecer la disponibilidad, acceso y distribución de pruebas rápidas para la detección del VIH, garantizando su provisión gratuita en los servicios de salud y promoviendo su distribución en farmacias y otros entornos comunitarios. Así mismo, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, desarrollará herramientas pedagógicas y campañas informativas para la promoción y uso adecuado de la Profilaxis Post-Exposición (PEP) como intervención de urgencia ante contacto de riesgo.

Para tal efecto, los servicios de Urgencias de las instituciones prestadoras de salud deberán suministrar de manera inmediata los medicamentos necesarios para iniciar la PEP a toda persona que lo requiera, clasificando estos eventos como urgencias de mínimo triage III, y otorgando prioridad equivalente a triage II o I cuando se esté próximo a cumplir el límite de las 72 horas posteriores al contacto de riesgo.

2. Desarrollar estrategias, planes, programas y proyectos dirigidos a superar el estigma y la discriminación que enfrentan las personas en riesgo o afectadas por el VIH/sida, ITS, coinfección TB/ VIH o hepatitis B y C, a fin de promover procesos educativos, de capacitación y de concienciación para reducir la vulnerabilidad ante los eventos prioritarios establecidos en la presente ley, con el objetivo de erradicar el estigma y la discriminación. Estas estrategias, planes, programas y proyectos serán destinados a la ciudadanía y a los profesionales que atienden estas infecciones.
3. Estructurar e implementar mesas técnicas en los diferentes sectores como educación, justicia, salud, entre otros, para analizar e intervenir los determinantes sociales que influyen en la aparición de los eventos objeto de la presente ley.
4. Fortalecer el acceso de la población al diagnóstico oportuno del VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
5. Garantizar la atención integral, oportuna y el acceso a tratamiento a las personas diagnosticadas con VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, conforme a lo establecido en las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Asegurar la operación de los sistemas de información existentes y desarrollar las herramientas que permitan transitar hacia el reporte de la información en tiempo real.
7. Garantizar el acceso efectivo a los derechos que le asisten a las personas que viven

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



con VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C para la superación del estigma y la discriminación, el alcance de la igualdad, la equidad y el acceso a la información. La educación y la atención integral en salud física y mental, serán elementos centrales de dicha gestión.

8. Fomentar la investigación social y el desarrollo científico, tecnológico y farmacéutico para la prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
9. Promover la participación y el liderazgo de las comunidades en los componentes biomédico, estructural y comportamental de la prevención combinada.
10. Capacitar e informar al personal administrativo y de salud de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios (EAPB) o quien haga sus veces, Prestadores de Servicios de Salud (PSS) públicos y privados, acerca de los derechos de los pacientes a los mecanismos de prevención combinada, especialmente a la profilaxis preexposición PrEP y posexposición PEP.
11. Promover campañas educativas con enfoque diferencial dirigidas a la ciudadanía sobre la prevención, diagnóstico de VIH/ sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C; así como de los derechos y deberes que les asisten a los pacientes. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones serán los encargados.

Artículo 4º. Líneas de gestión integral. Corresponde a las entidades del orden nacional y territorial adelantar las siguientes líneas de gestión correspondientes al sector vinculado:

1. SECTOR SALUD:

- a) Fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales en VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, incluyendo la sífilis gestacional y congénita, con referencia a la disponibilidad de talento humano en salud y recursos financieros que apalanquen la implementación y sostenibilidad de las intervenciones establecidas en esta ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá realizar negociaciones o compras centralizadas de tecnologías en salud para ampliar la cobertura de oferta preventiva y atención integral del sistema de salud en acciones de tipo colectivo, comunitario o



individual que contribuyan a la reducción del riesgo de infección por estos eventos, objeto de la presente ley. Lo anterior, sin perjuicios de otros mecanismos disponibles que garanticen abastecimiento, autonomía médica y disponibilidad de opciones terapéutica, conforme a la normatividad vigente y la práctica profesional basada en evidencia científica.

- b)** Coordinar la operación de los sistemas de información relacionados con los eventos priorizados en la presente ley y desarrollar las herramientas que permitan el reporte de la información en tiempo real para el análisis epidemiológico, la actualización de la información y el seguimiento de los casos y la toma oportuna de decisiones de política pública.
- c)** Dar sostenibilidad a las acciones de salud pública que se realicen con apoyo de la cooperación internacional, en aspectos relacionados con prevención, generación del conocimiento, y desarrollo de capacidades del talento humano en salud y fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria para la respuesta nacional ante estos eventos.
- d)** Generar planes, programas y estrategias para la eliminación de las hepatitis B y C, con miras al cumplimiento de los objetivos trazados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2030.
- e)** Garantizar el acceso continuo y oportuno a la atención integral del VIH/sida y las hepatitis B y C, incluyendo el tratamiento farmacológico de alta calidad, la atención en salud mental y prevención del suicidio, a las personas con diagnóstico de ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C, independientemente de su afiliación o vinculación al sistema de salud, estableciendo vigilancia y control respecto a los incumplimientos relacionados.
- f)** Promover la eliminación de barreras de acceso a servicios de salud y tratamientos a partir del fomento de las acciones de telesalud, la implementación de canales de atención remota por medio de las tecnologías de información y telecomunicaciones disponibles y la difusión de campañas educativas para la prevención.
- g)** Desarrollar programas o esquemas de acceso prioritario y permanencia en el sistema de salud a las personas migrantes, trabajadores(as) sexuales, habitantes de calle, campesinos, indígenas, víctimas del conflicto armado, población transgénero y demás grupos poblacionales claves que viven con las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, incluyendo la implementación de acciones preventivas.

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



- h)** Fortalecer los procesos de planeación de los agentes del sistema de salud para la entrega oportuna de tecnologías en salud, insumos como dispositivos médicos, medicamentos, entre otros, para la prevención, diagnóstico o atención integral de los eventos contemplados en la presente ley.
- i)** Actualizar bienalmente de acuerdo con la disponibilidad científica, las guías de práctica clínica, vías clínicas, lineamientos y protocolos relativos a la promoción, prevención y atención integral del VIH/sida, la sífilis gestacional y congénita, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- j)** Garantizar en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud la formación continua del talento humano en salud y otro personal, que participe en la atención en todas las fases de la prestación de servicios de salud a las personas diagnosticadas o en riesgo de infección de los eventos priorizados en la presente ley, incluyendo aspectos de enfoque diferencial y de derechos que promuevan una atención humanizada, respetuosa de los derechos humanos y libre de estigma y discriminación.
- k)** Establecer las condiciones que posibiliten la contratación social de las organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y apoyo a la atención de las personas en contextos de vulnerabilidad o que viven con los eventos contemplados en este proyecto de ley.
- l)** Asegurar el suministro ininterrumpido de los tratamientos para las ITS de que trata la presente ley, incluso ante la falta de prescripción médica actualizada.
- m)** El Ministerio de salud expedirá en los próximos seis (6) meses a la sanción de la presente ley, un lineamiento de funcionamiento para los dispositivos de base comunitarios dispuestos para atender a las personas que se inyectan sustancias con el objetivo de prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, así como la atención oportuna a diagnóstico positivo de alguna de estas enfermedades.

2. SECTOR EDUCACIÓN:

- a)** Educar en torno a una sexualidad responsable, sana, informada y segura a través de procesos de formación en salud sexual acorde al momento del curso de vida de los estudiantes en la juventud, apoyándose en el uso de herramientas pedagógicas

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



pertinentes para tales fines.

- b) La educación sexual con enfoque biológico en las instituciones educativas públicas y privadas se hará con la participación de toda la comunidad educativa, haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el respeto de la dignidad humana, la intimidad, el autocuidado, la autoestima; enfatizando en los factores de riesgo, determinantes en salud y consecuencias en materia de salud física y mental como medida de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la Infección por VIH/sida, las hepatitis B y C, la prevención de embarazos en adolescentes, así como de la morbilidad materna.
- c) Las instituciones de educación superior o escuelas de formación técnica que imparten formación de pregrado a profesionales de la salud y auxiliares, en el marco de su autonomía universitaria, propenderán por la inclusión en sus mallas curriculares, de los aspectos básicos en promoción, prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para las personas vulnerables o que viven con infecciones de transmisión sexual, con énfasis en sífilis gestacional y congénita, VIH/sida, la coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, con enfoque de derechos de acuerdo con las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. De conformidad al interés superior de niños, niñas y adolescentes; todas las acciones encaminadas a la prevención y pedagogía en menores de edad deberán contar con el consentimiento informado de los padres, acudientes o tutores del menor, quienes podrán participar de manera conjunta de dichas estrategias. Se vincularán dentro de las estrategias en instituciones educativas a las Escuelas de Padres y a las Asociaciones de Padres de Familia desde los principios de participación y en respeto a los derechos fundamentales como la objeción de conciencia. En ningún caso, se podrán establecer dichas estrategias como obligatorias para menores de edad.

3. SECTOR LABORAL:

- a) Desarrollar planes o proyectos e implementar estrategias que contribuyan al respeto de los derechos laborales de las personas en riesgo de infección o que viven con VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, evitando cualquier forma de estigma o discriminación en el ambiente laboral.
- b) Promover entornos laborales seguros para las personas en riesgo de infección o que viven con algunas de las condiciones priorizadas en la presente ley, incluyendo estrategias y políticas enfocadas en la eliminación del estigma y la discriminación y la



socialización de dichas estrategias en los procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación continua de los trabajadores y colaboradores.

- c) Formular estrategias que incentiven la vinculación laboral de personas que viven con VIH/sida o hepatitis B, teniendo en cuenta la cronicidad de estos eventos.

4. SECTOR JUSTICIA:

- a) Implementar los planes, programas y proyectos de promoción de la salud y de prevención combinada de las ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C en todos los centros penitenciarios que operan en el país.
- b) Garantizar a través de los servicios de salud carcelarios, el manejo integral, atención en salud física y mental de manera continua de los eventos objeto de la presente ley, incluyendo el acceso a preservativos, profilaxis pre y posexposición, tratamiento antirretroviral, y demás tecnologías que reduzcan los riesgos relacionados, para todas las personas privadas de la libertad.
- c) Promover espacios de formación en derechos y garantías desarrollados en la presente ley, dirigidos a los funcionarios y empleados judiciales, para brindar una administración de justicia consciente de los retos y estigmas que enfrentan los grupos poblacionales que viven con ITS, VIH/sida, coinfección TB/ VIH.

5. SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL, IGUALDAD Y EQUIDAD:

- a) Desarrollar estrategias para proveer la protección social necesaria a migrantes, personas en condición de desplazamiento forzado, víctimas del conflicto, en situación de pobreza, y demás personas en contextos de vulnerabilidad, en riesgo de infección o que viven con los eventos objeto de la presente ley; con el fin de favorecer su reintegración social y económica, a través de una coordinación efectiva entre el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y todos los sectores involucrados en el Plan de Respuesta Nacional ante las ITS, el VIH/ sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

6. SECTOR TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN:

- a) La Comisión de Regulación de Comunicaciones promoverá en los espacios institucionales y mensajes cívicos, la emisión de mensajes de prevención contra el estigma y la discriminación, y la prevención de las condiciones priorizadas en la



presente ley, en los horarios de alta sintonía en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción.

7. SECTOR DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN:

- a) Desarrollar programas de estímulo y apoyo a la realización de investigaciones y proyectos encaminados a la generación de conocimiento y desarrollo tecnológico y farmacéutico relacionado directa o indirectamente con los eventos objeto de la presente ley.
- b) Promover el establecimiento de beneficios e incentivos tributarios para el desarrollo de la investigación científica y social en el área.
- c) Facilitar investigaciones sociales de tipo cualitativo y cuantitativo, enfocadas en documentar el impacto de las dinámicas culturales, sociales y poblacionales en las condiciones priorizadas en la presente ley.

Parágrafo. Las presentes Líneas de Gestión Integral estarán a cargo del organismo rector o cartera ministerial del sector correspondiente de acuerdo con la estructura de la Administración Pública.

Artículo 5°. De la participación de la comunidad en la respuesta. Las organizaciones lideradas por la comunidad podrán participar en la respuesta a las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en alguna de las siguientes formas:

- 1. Ejecutores del plan de intervenciones colectivas, previo cumplimiento de la normativa vigente.
- 2. Constituirse como prestadores de servicios de salud o quien haga sus veces, en el marco de la normativa vigente.
- 3. Actuar como gestores comunitarios en salud o su equivalente, para facilitar el acceso a servicios sociales y de salud requeridos de acuerdo con los lineamientos que se expidan para tal efecto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 4. Hacer parte de los Consejos Territoriales de Salud, Mesas de Participación Comunitaria y otros mecanismos existentes de participación social y comunitaria para asegurar que la comunidad tenga voz efectiva en la toma de decisiones. Para ello, se dispondrán mecanismos para su fortalecimiento, incluyendo capacitación y acompañamiento técnico



por parte del Estado.

Artículo 6°. De la articulación con la atención primaria en salud. Los prestadores de salud públicos, privados y mixtos que desarrollen acciones enmarcadas dentro de la atención primaria en salud, deberán garantizar la inclusión dentro de su oferta de servicios de acciones promocionales y preventivas relacionadas con la sexualidad, incluyendo los elementos de prevención combinada para los eventos contemplados en esta ley, así como garantizar estrategias de formación continuada a su personal, que incluyan un enfoque de derechos, de eliminación del estigma y la discriminación.

Dentro de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deberá incorporarse la atención en salud mental y apoyo psicológico y emocional de los pacientes diagnosticados con alguna de las ITS de que trata esta ley, así como de sus familiares y cuidadores. Estas estrategias deberán ser adaptadas a los contextos rurales, indígenas y afrodescendientes, incluyendo acciones para territorios con baja cobertura.

Artículo 7°. Plan nacional de respuesta. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará y actualizará, cada cinco años, el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/ VIH y las hepatitis B y C, incluyendo objetivos, estrategias, indicadores de impacto, resultado, metas, sistema de evaluación y mecanismos de participación social, entre otros.

Parágrafo. Las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales en el marco de su autonomía, tendrán la responsabilidad de adoptar, adaptar e implementar planes locales de respuesta a las ITS, VIH/sida, coinfección por TB/VIH y hepatitis B y C, en concordancia con lo dispuesto en el Plan Nacional; bajo el principio de congruencia, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá brindar asesoría y apoyo técnico a las entidades territoriales para la expedición de sus respectivos planes locales, priorizando el apoyo a los municipios de categoría quinta y sexta. El desarrollo de estos planes y los resultados obtenidos serán objeto de rendición pública de cuentas.

Artículo 8°. Consejo Nacional de VIH sida e infecciones de Transmisión Sexual. El Consejo Nacional de VIH Sida e infecciones de transmisión sexual o el organismo que haga sus veces, sesionará como mínimo cada seis (6) meses o antes a solicitud de sus integrantes, y será el ente articulador de la gestión integral e intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional. Además de las funciones establecidas en el marco normativo vigente, desarrollará las siguientes:

- a) Desarrollar en el marco de la política pública medidas orientadas a la eliminación de



las barreras de acceso al ejercicio pleno de derechos fundamentales de las personas con las ITS, el VIH/ sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en especial, a la salud, el trabajo y educación.

- b) Promover el uso de la información estadística y epidemiológica para definir o fortalecer las acciones de políticas públicas relacionadas con las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- c) Coordinar los mecanismos para la participación intersectorial en las actividades de prevención combinada y atención integral dirigidas a las personas afectadas y en riesgo de ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C.
- d) Realizar el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- e) Apoyar la gestión de recursos para la respuesta nacional ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- f) Prestar la asesoría técnica que se le solicite para la elaboración de proyectos, acuerdos o convenios internacionales.
- g) Vigilar el cumplimiento del Plan de Respuesta ante oportuno y atención del VIH, hepatitis B y C, ITS y coinfección por TB/ VIH.
- h) Generar informes con recomendaciones de carácter vinculante a quien corresponda frente al cumplimiento del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección por TB/VIH y las hepatitis B y C.

Parágrafo. El Gobierno nacional garantizará la participación de los ciudadanos, organizaciones de base comunitaria, representante de poblaciones clave y vulnerables, asociaciones de pacientes y sociedades científicas y otros actores relacionados con las acciones mencionadas en los eventos priorizados en la presente ley, en el Consejo Nacional de VIH Sida e infecciones de transmisión sexual.

Artículo 9°. Mecanismo de seguimiento o monitoreo. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará el Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva (SISCOSSR) para monitorear el avance de la respuesta nacional, departamental, distrital y municipal en materia de acceso a las acciones de prevención combinada y otras dirigidas a las personas afectadas y en riesgo de ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH 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



hepatitis B y C.

Para su implementación, el Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva (SISCOSSR) deberá articularse con las herramientas y sistemas de información actualmente existentes a cargo de las entidades respectivas.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá las disposiciones dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de esta ley, necesarias para garantizar el seguimiento y monitoreo de manera oportuna, precisa y continua, a través del sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en prevención y promoción en salud sexual y las demás fuentes de información disponibles.

Parágrafo 2°. Todas las entidades competentes de la atención en salud; deberán mantener actualizado el reporte sobre transmisión de madre a hijo; con el fin de contar con información específica sobre dicho indicador. En consecuencia, el Ministerio de Salud deberá publicar un informe mensual del número de contagios madre a hijo desagregado; y establecerá las acciones respectivas para garantizar el riesgo de contagio CERO (0) en neonatos. Estas estadísticas deberán ser de libre consulta para promover la gobernanza y la efectividad de las políticas.

Artículo 10. Vigilancia. Las Personerías Municipales y Distritales, con el apoyo de la Defensoría del Pueblo, ejercerán la vigilancia del cumplimiento a lo ordenado en la presente ley y emitirán las alertas a la autoridad competente en caso de ser necesario. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones, ejercerá las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de las competencias atribuibles al sector salud.

Artículo 11. Informes de seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la conmemoración del Día Nacional de Respuesta al VIH y el Sida, presentará un informe anual sobre la implementación y avance del Plan Nacional de Respuesta a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes de Senado y de Cámara de Representantes y dispondrá informes públicos para consulta por parte de la población general.

Artículo 12. Fuentes de financiación. El Gobierno nacional apropiará los recursos para la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, incluidas las acciones de compra centralizada que se estimen pertinentes en el marco de esta ley, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. En todo caso, los recursos presupuestados y las metas de cobertura anualmente no podrán ser menores a los invertidos en la vigencia inmediatamente anterior. Las entidades del orden nacional y territorial podrán incluir en su proceso anual de planeación y programación presupuestal, los recursos destinados para la implementación de la presente ley.

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 13. Reglamentación. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Igualdad y la Equidad o quien haga sus veces, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Ciencias, Tecnologías e Innovación, y demás entidades del orden nacional que estén involucradas en la implementación de acciones dispuestas en la presente ley, contarán con un plazo máximo de seis (6) meses para reglamentar las distintas disposiciones contenidas en la presente ley, que así lo requieran.

Artículo 14. Atención diferencial a mujeres. La gestión integral incorporará acciones afirmativas para garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso sin discriminación de las mujeres a los servicios de prevención, diagnóstico y atención integral de las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C. Se establecerán rutas diferenciales de atención que consideren las necesidades y vulnerabilidades particulares de las mujeres con ITS, VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, especialmente en temas de salud sexual y acceso a servicios de apoyo psicosocial.

Artículo 15. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



2.2. DECRETOS



2.2.1. Decreto 182 de 2026

Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 Y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, los artículos 20 y 24 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, dispone que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" y que "los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad"; mandato que otorga competencia directa al Estado para adoptar medidas de organización territorial de los servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo, la eficiencia en la gestión y la participación social en las decisiones que afectan la prestación de dichos servicios, sin que sea necesaria la existencia de norma reglamentaria previa para su ejercicio.

Que de acuerdo con los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar como Entidad Promotora de Salud (EPS) a la entidad de naturaleza pública, privada o mixta que cumpla los requisitos establecidos para tal efecto, así como ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre las mismas y, revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, mediante providencia debidamente motivada.

Que la Ley 617 de 2000, en desarrollo del artículo 302 de la Constitución Política, estableció la categorización de los departamentos con fundamento en su capacidad de gestión administrativa y fiscal, atendiendo criterios objetivos de población e ingresos corrientes de libre destinación, orientado a la racionalización del gasto público y al fortalecimiento de la descentralización territorial.

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 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como propósito mejorar la eficiencia, la universalidad y la sostenibilidad del sistema, fortaleciendo la rectoría del Estado y la coordinación entre los distintos niveles de gestión.

Que el artículo 14 de la Ley precitada determina que, se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad, la representación del afiliado ante los prestadores y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario; función que estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cumplan con los requisitos de habilitación y demás regulaciones aplicables. Asimismo, el literal 1) del artículo en mención, señala que, tratándose de poblaciones dispersas geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población residente en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento público en dichos territorios.

Que conforme a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más del treinta por ciento (30%) del gasto en salud, a la contratación con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), directamente o a través de terceros.

Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las de naturaleza pública del régimen contributivo, deberán contratar un mínimo del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista capacidad resolutoria para la prestación de los servicios y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Que el literal i) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007 dispone que, la Superintendencia Nacional de Salud tiene, entre sus funciones, la de autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, disposición que se encuentra desarrollada en numeral 47 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021.

Que el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 establece como principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros, la continuidad, la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la integralidad en la prestación de los servicios de salud, orientados a garantizar a la población el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, en condiciones de equidad 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



respeto por la dignidad humana; en su artículo 4, esta Ley determina que la dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 13.11 del artículo 13 de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado en ejercicio de sus funciones de dirección, regulación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias desde un enfoque territorial, en cumplimiento de los principios que rigen el sistema y en garantía del acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

Que conforme al artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional debe definir los territorios con población dispersa geográficamente y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el aseguramiento en dichas zonas, lo que exige la adopción de estrategias diferenciadas que respondan a las condiciones geográficas y demográficas de cada territorio.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 5 señala que, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, cumplir con lo señalado en los literales b) "*formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los actores del Sistema*", y c) "*formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales*".

Que el artículo 6 de la precitada Ley determinó, como elemento esencial e interrelacionado del derecho fundamental a la salud, en su literal d), el principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud, advirtiendo que una vez iniciada la provisión de un servicio, no puede verse interrumpida por razones administrativas o económicas; de la misma forma, el literal h) de dicho artículo, reconoce la libertad de elección como uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, el cual debe ejercerse dentro de una oferta real, habilitada y con capacidad efectiva de garantizar el acceso oportuno, continuo e integral a los servicios de salud. En este sentido, la libre escogencia no tiene carácter absoluto, sino que debe armonizarse con los principios de sostenibilidad, continuidad del aseguramiento y protección efectiva del derecho fundamental, conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política. En consecuencia, cuando por razones objetivas de capacidad operativa, financiera o territorial una Entidad Promotora de Salud no se encuentre en condiciones de garantizar adecuadamente la prestación de servicios en un determinado ámbito territorial, el Estado puede adoptar mecanismos transitorios de asignación de afiliados que aseguren la continuidad del servicio.

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 los artículos 8, 15, 19 y 20 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reafirma la responsabilidad del Estado en la dirección, organización y regulación del Sistema de Salud, así como su deber de intervenir para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en el marco de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, a través de una política pública en salud que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud, para lo cual además, los agentes del sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el Estado tiene el deber de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población, especialmente, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Que la organización de la red pública hospitalaria se fundamenta en criterios de rentabilidad social y no económica; por lo tanto, en todo el territorio nacional, pero especialmente en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, el Estado debe adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas que aseguren a sus habitantes opciones de acceso oportuno e integral a los servicios de salud que requieran según sus necesidades.

Que con el fin de garantizar la continuidad del aseguramiento y la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario prevenir situaciones de riesgo sistémico, entendidas como la posibilidad de que el deterioro financiero u operativo de una o varias Entidades Promotoras de Salud, o de otros actores fundamentales del sistema de salud, genere efectos en cadena que comprometan la prestación de los servicios de salud, la sostenibilidad financiera del sistema y la protección del derecho fundamental a la salud.

Que, de conformidad con los artículos 6 y 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como con lo previsto en la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado la dirección, organización y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en consecuencia, compete al Gobierno Nacional adoptar medidas de gestión del riesgo orientadas a prevenir fallas estructurales, garantizar la estabilidad financiera del sistema, promover la operación eficiente del aseguramiento y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Que el artículo 153 del Decreto Ley 2106 de 2019 modificó el artículo 6 de la Ley 136 de 1994 y, dispuso que, la categorización de los municipios y distritos debe atender, entre otros criterios, a la población, organizándolos en seis categorías poblacionales que van desde aquellos con población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes hasta los que igualan o superan 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



quinientos mil uno (500.001) habitantes.

Que la categorización departamental, distrital y municipal constituye un referente legal vigente, objetivo y razonable para identificar diferencias estructurales entre las entidades territoriales, permitiendo al Gobierno Nacional adoptar medidas diferenciadas orientadas a garantizar la eficiencia, la sostenibilidad y la equidad en la provisión de servicios públicos esenciales, de conformidad con las particularidades demográficas y territoriales de cada entidad.

Que, en el marco de la organización, dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, resulta necesario armonizar la adopción de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento, con los criterios poblacionales definidos en la Ley 617 de 2000 y la Ley 136 de 1994, como parámetro técnico que contribuye a asegurar una adecuada capacidad operativa, financiera y de gestión del aseguramiento en salud en los distintos ámbitos territoriales, sin que ello implique la adopción o aplicación de los criterios fiscales previstos en dichas normas para fines distintos a los contemplados en el presente Decreto.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró el análisis técnico denominado "*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*", que sustenta las disposiciones del presente Decreto y, evidencia la necesidad de contar con una base poblacional mínima que garantice la capacidad operativa, la suficiencia de la red de prestación de servicios y la sostenibilidad financiera de las entidades receptoras, protegiendo de esta manera la estabilidad del sistema y los derechos de los afiliados.

Que, conforme lo anterior, es necesario señalar que los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional definidos en el presente Decreto, constituyen medidas de ordenación técnica de la operación del aseguramiento en salud, orientadas a corregir fallas estructurales identificadas, tales como la fragmentación excesiva de la afiliación, la insuficiente escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud, la ineficiencia operativa y los riesgos para la sostenibilidad financiera, particularmente en territorios con baja densidad poblacional, alta dispersión geográfica y limitaciones en la capacidad institucional y en la oferta de servicios de salud.

Que dichos mecanismos se fundamentan en criterios objetivos, verificables, no discriminatorios y proporcionales, asociados a la escala poblacional, la participación territorial de las Entidades Promotoras de Salud y la capacidad operativa mínima requerida para garantizar la gestión integral del riesgo en salud, la articulación efectiva de redes de prestación de servicios y la continuidad en la atención de la población afiliada, en concordancia con los principios de eficiencia, equidad y sostenibilidad que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrollados en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

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 los porcentajes mínimos de participación de afiliados y el número máximo de Entidades Promotoras de Salud por ámbito territorial, así como los plazos definidos para la actualización del ámbito de autorización, la asignación especial de afiliados y el ejercicio de la libre escogencia, igualmente se fundamentan en los resultados del análisis técnico denominado "*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*", en el cual se evaluaron distintas alternativas, garantizando la razonabilidad y proporcionalidad de las medidas adoptadas frente a los objetivos de continuidad del aseguramiento y protección de los derechos de los afiliados.

Que los mecanismos anteriormente señalados, no sustituyen el principio de libre escogencia por parte de los afiliados, por el contrario, constituye un instrumento de protección orientado a evitar vacíos de cobertura cuando una Entidad Promotora de Salud (EPS) cesa su operación en un determinado ámbito territorial, garantizando la continuidad en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, permitiendo que, pasados sesenta (60) días de la efectividad de la asignación, los afiliados puedan ejercer su derecho de traslado en los términos previstos en la normatividad vigente.

Que, en consecuencia, los mecanismos diferenciales previstos en este Decreto no tienen por objeto restringir la libre competencia económica ni establecer barreras arbitrarias de entrada o permanencia en el mercado del aseguramiento en salud, sino ordenar técnicamente su operación para corregir fallas de mercado que afectan el bienestar de los usuarios, prevenir escenarios de inestabilidad financiera, garantizar economías de escala suficientes y proteger la continuidad en la prestación de los servicios de salud como componente esencial del derecho fundamental a la salud.

Que la adopción de estos mecanismos, resulta consistente con el ejercicio de la función de dirección, regulación y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo del Estado, y responde a la necesidad de armonizar la dinámica competitiva del aseguramiento con la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, entendiendo que la competencia constituye un medio para promover eficiencia y calidad, y no un fin en sí mismo, especialmente en contextos territoriales donde la atomización del aseguramiento compromete la viabilidad operativa y la continuidad del servicio.

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009, modificado por el artículo 146 de la Ley 1955 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social remitió a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), el proyecto de decreto para la implementación de mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional, respecto del cual dicha entidad emitió concepto de abogacía de la competencia

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



mediante radicado No. 26-26190-4-0 de 2026, en el que analizó la incidencia del proyecto sobre la libre competencia económica.

Que en el marco de dicho análisis, la Superintendencia de Industria y Comercio concluyó que el proyecto de decreto no introduce restricciones arbitrarias a la libre competencia, en la medida en que las disposiciones propuestas no tienen por finalidad limitar la participación de las Entidades Promotoras de Salud en el mercado del aseguramiento, sino ordenar técnicamente su operación, atendiendo a criterios objetivos asociados a la escala poblacional, la capacidad operativa y la sostenibilidad financiera, con el propósito de garantizar la continuidad del aseguramiento, la eficiencia en la gestión del riesgo en salud y la estabilidad del sistema, de conformidad con las realidades territoriales del país.

Que la Superintendencia de Industria y Comercio, reconoció que los mecanismos diferenciales previstos en el proyecto responden a un diagnóstico técnico sobre la heterogeneidad territorial, la fragmentación del aseguramiento y la insuficiencia de escala en determinados ámbitos geográficos, y que, en tal sentido, constituyen una respuesta regulatoria razonable y proporcional, orientada a corregir fallas estructurales que afectan la operación del aseguramiento en salud y el bienestar de la población afiliada.

Que, sin perjuicio de lo anterior, en el marco del concepto de abogacía de la competencia, la Superintendencia de Industria y Comercio formuló recomendaciones encaminadas a reforzar la justificación técnica de algunos de los criterios adoptados y a precisar aspectos operativos relacionados con la asignación especial de afiliados y los plazos de adecuación de las Entidades Promotoras de Salud receptoras, las cuales fueron analizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social e incorporadas en el presente Decreto, en concordancia con los principios de razonabilidad, proporcionalidad y eficiencia económica.

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 3, el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, el proyecto de Decreto fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, durante el periodo comprendido del 20 de diciembre de 2025 al 5 de enero de 2026, para opiniones, sugerencias o propuestas de los ciudadanos y grupos de interés.

Que, con fundamento en lo antes expuesto, se hace necesario adicionar el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y modificar sus artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2, con el fin de fortalecer la operación del aseguramiento en salud mediante la adopción de mecanismos diferenciales con enfoque territorial y poblacional, que contribuyan a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en condiciones de equidad, sostenibilidad

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



financiera y acceso efectivo a los servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1. Adiciónese el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Capítulo 7:

Operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.5.2.7.1. Objeto. *El presente capítulo tiene por objeto la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio nacional, especialmente, en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, así como la definición de las reglas para la asignación de afiliados en su desarrollo.*

Artículo 2.5.2.7.2. Ámbito de aplicación. *Las disposiciones contenidas en el presente capítulo están dirigidas a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, incluyendo las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a la Superintendencia Nacional de Salud, y a las Entidades Territoriales departamentales y distritales en el marco de sus competencias.*

Artículo 2.5.2.7.3. Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. *Con el fin de garantizar el acceso equitativo, continuo y sostenible al aseguramiento en salud, los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional deben atender los siguientes criterios:*

i) Criterios nacionales

Los criterios nacionales responden a la necesidad de preservar la estabilidad, continuidad y sostenibilidad del aseguramiento en salud a escala nacional, sin que éstos constituyan privilegios regulatorios, ni tratamientos diferenciados arbitrarios, sino medidas objetivas y proporcionales para mitigar riesgos sistémicos identificados.

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. Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, cuente con más del 20% de los afiliados a nivel nacional, se contará dentro del número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal, manteniendo su ámbito territorial de autorización.

b. Mantendrán su ámbito territorial de autorización, las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces, que tengan menos de un millón (1.000.000) de afiliados a nivel nacional. Estas EPS se contabilizarán dentro del número máximo permitido para cada categoría municipal. No obstante, cuando dichas EPS tengan una participación inferior al tres por ciento (3%) del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en el respectivo departamento, no podrán continuar operando en los municipios en los que se encuentren autorizadas dentro de ese departamento.

c. Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, se encuentre autorizada para operar el aseguramiento en salud únicamente en municipios pertenecientes a un (1) departamento, podrá mantener su ámbito territorial de autorización aun cuando exceda el número límite de EPS previsto para cada categoría departamental y municipal.

ii) Criterios por categorías departamentales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel departamental, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Estos umbrales se establecen como parámetros técnicos mínimos de capacidad operativa, definidos con base en la escala poblacional y la complejidad territorial del departamento, con el fin de evitar la fragmentación del aseguramiento y garantizar la sostenibilidad financiera y la continuidad en la prestación de los servicios. Estos criterios no implican la adopción de la capacidad de gestión administrativa y fiscal de categorización departamental definidos en la Ley 617 de 2000, así:

***a. Categoría especial.** Para todos aquellos departamentos con población superior a dos millones (2.000.000) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al cinco por ciento (5%) en este ámbito territorial.*

***b. Primera categoría y segunda categoría.** Para todos aquellos departamentos con*



población comprendida entre trescientos noventa mil uno (390.001) habitantes y dos millones (2.000.000) de habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al diez por ciento (10%) en este ámbito territorial.

c. Tercera categoría y cuarta categoría. *Para todos aquellos departamentos cuya población sea igual o inferior a cien mil (100.000) habitantes y hasta trescientos noventa mil (390.000) habitantes, se incluyen todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas en el departamento cuya proporción de afiliados, considerando ambos regímenes, sea igual o superior al quince por ciento (15%) en este ámbito territorial.*

iii) Criterios por categorías distritales y municipales

Para aplicar los mecanismos diferenciales de operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional a nivel distrital y municipal, se aplicará el rango poblacional como parámetro técnico para determinar y verificar la capacidad operativa mínima del aseguramiento en salud. Este criterio no implica la adopción de los criterios fiscales ni geográficos de categorización distrital y municipal definidos en el artículo 6 de la Ley 136 de 1994, así:

a. Población igual o superior a quinientos mil uno (500.001) habitantes. *Se incluyen todas las EPS autorizadas en el municipio, se excluyen aquellas cuya participación sea inferior al 3% del total de sus afiliados, sumando ambos regímenes, en este ámbito territorial.*

b. Población entre cien mil uno (100.001) y quinientos mil (500.000) habitantes. *Se incluyen hasta 5 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.*

C. Población entre cincuenta mil uno (50.001) y cien mil (100.000) habitantes. *Se incluyen hasta 4 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.*

e. Población entre veinte mil uno (20.001) y treinta mil (30.000) habitantes. *Se incluyen hasta 2 EPS autorizadas en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.*

f. Población entre diez mil uno (10.001) y veinte mil (20.000) habitantes. *Se incluye hasta 1 EPS autorizada en el municipio, se excluyen las que tengan una*



participación **menor al 3%** del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

g. Población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes. Se incluye **hasta 1 EPS autorizada** en el municipio, se excluyen las que tengan una participación menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en este territorio.

La determinación del número máximo de Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces por municipio, constituye un parámetro técnico de ordenación del aseguramiento en salud, orientado a garantizar economías de escala, eficiencia operativa y sostenibilidad financiera, sin perjuicio de la posibilidad de nuevas autorizaciones cuando se acrediten las condiciones técnicas, operativas y financieras exigidas en la normatividad vigente.

Parágrafo. La población que se encuentre con la novedad de portabilidad en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, no se tendrá en cuenta en la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional.

Artículo 2.5.2.7.4. Actualización del ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional: La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el ámbito territorial en los actos administrativos que autorizan el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización o habilitación vigente, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto. Durante este término se mantendrá vigente el certificado actual.

El acto administrativo de actualización deberá especificar. i) el código de identificación de la entidad; ii) el ámbito territorial donde se autoriza su operación; y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada. Para efectos de la determinación del ámbito territorial, se tendrán en cuenta los municipios donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando, conforme con la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con corte al mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización.

La actualización del ámbito territorial de autorización tendrá una vigencia de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de expedición del acto administrativo respectivo, y su renovación estará sujeta al cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, verificadas con base en los estudios técnicos que realice la Superintendencia Nacional de Salud.



Parágrafo 1. *Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) conservarán su habilitación y continuarán operando en el ámbito territorial de autorización en los que actualmente se encuentren. En consecuencia, no será necesario expedir un nuevo acto administrativo.*

La inclusión de estas entidades podrá exceder el número límite de EPS previsto para cada categoría de municipio.

Parágrafo 2. *La Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 2.1.13.8 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya, realizará la verificación de la modificación de la capacidad de afiliación con posterioridad al aumento poblacional derivado del proceso de aplicación de los mecanismos diferenciales de que trata el presente Decreto.*

Parágrafo 3. *Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces del régimen subsidiado y las de naturaleza pública del régimen contributivo, de que trata el presente artículo, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, en relación con la contratación de al menos el sesenta (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas en los municipios.*

Parágrafo 4. *La Superintendencia Nacional de Salud, para la actualización del ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, utilizará los resultados de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional desarrollados y entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales serán publicados en la página web de esta entidad.*

Artículo 2.5.2.7.5. Reglas para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de los afiliados en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales: *Una vez la Superintendencia Nacional de Salud expida los actos administrativos que actualizan el ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, de que trata el presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), realizará la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud notifique al Ministerio de Salud y Protección Social de los actos administrativos, atendiendo las siguientes reglas:*

a) *Esta asignación especial se realizará con independencia del régimen de afiliación*

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



originalmente autorizado a la EPS receptora, con base en la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Ninguna EPS o quien haga sus veces podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

b) La asignación especial de afiliados quedará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social entregue a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, tendrán como mínimo quince (15) días calendario previos a la efectividad de la asignación especial, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial. Estas últimas deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.11.6 del Decreto 780 de 2016, o la norma que la modifique o sustituya.

c) La asignación especial de afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares previamente conformados en la BDUA:

- No se asignarán afiliados a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, que quede operando en un municipio, con el mayor porcentaje de participación, siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.
- Los afiliados se asignarán a cada Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces, en proporción inversa a su participación de afiliados en el municipio correspondiente. Para la aplicación de la proporción inversa se tendrá en cuenta la siguiente fórmula que se empleará en cada municipio donde se recibió la actualización del ámbito territorial de autorización:

$$PI_i = \frac{100}{PP_i \cdot \sum_{j=1}^n \frac{1}{PP_j}}$$

Variables y Parámetros:

- PP_i = Parámetro de proporción para la entidad i
- PI_i = Proporción inversa final para la entidad i (en porcentaje)
- n = Número total de entidades

d) Los afiliados pertenecientes a grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se clasificarán en forma independiente de los demás grupos



familiares y se distribuirán aleatoriamente por patología entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral anterior, en el respectivo municipio.

e) *Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial a las EPS receptoras, los afiliados asignados podrán ejercer su derecho a la libre escogencia y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio donde se encuentra autorizada. Este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúan de este plazo los siguientes casos:*

i. Cuando algún miembro del grupo familiar quede asignado en una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces distintas a la del cotizante o cabeza de familia, podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia, en cuyo caso la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.

ii. Cuando las comunidades indígenas soliciten el traslado de EPS o EPSI, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001. En este caso, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes, y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

f) *La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación especial, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con los resultados de esta, según establece la Resolución 762 de 2023 de dicha entidad, o la norma que la modifique o sustituya.*

g) *La ADRES entregará a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por estas entidades dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

Parágrafo 1. *Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que sigan operando en algún municipio, continuarán siendo responsables del aseguramiento de la totalidad de sus afiliados en dicho ámbito territorial.*



Parágrafo 2. *Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que no continúen operando en algún municipio, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces asumirán el aseguramiento y garantizarán la continuidad y el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.*

Parágrafo 3. *Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) serán receptoras de la población que esté registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) como indígena. En caso de existir más de una EPSI en el mismo municipio, la asignación de afiliados se realizará de manera proporcional al número de afiliados que tenga cada una.*

Artículo 2.5.2.7.6. Solicitud y trámite del retiro de uno o varios municipios, por parte de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces. *Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, autorizadas para operar en uno o varios municipios, podrán solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud, el retiro del municipio que consideren, dentro del término de un (1) año contado desde la expedición de la actualización del ámbito territorial de autorización de que trata el presente Decreto, teniendo en cuenta que el retiro no podrá generar ventajas competitivas indebidas, ni afectar la continuidad de la operación del aseguramiento en salud. Dicha solicitud será resuelta por la Superintendencia Nacional de Salud en un plazo no mayor a tres (3) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos mínimos que se enuncian a continuación:*

- 1. Documento de solicitud, suscrito por el representante legal o la persona autorizada para el efecto, donde se explique la motivación y causas de la no continuidad en el municipio.*
- 2. Acta de la asamblea general de accionistas, socios, asociados o el órgano social competente de la entidad de acuerdo con sus estatutos sociales, en la que se evidencie la aprobación de la solicitud.*
- 3. Estatutos vigentes de la entidad.*
- 4. La relación por municipio del número total de afiliados, de acuerdo con la estructura que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.*
- 5. Plan de pagos de las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud,*



indicando la fuente de los recursos y los plazos según los acuerdos de pagos establecidos con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

6. *Copia de los acuerdos de pago suscritos con la red de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, los cuales deben estar alineados con el plan de pagos.*

7. *Soportes de haber informado su intención de retiro del municipio a las Entidades Territoriales respectivas (departamentales, distritales y municipales) y, a sus afiliados, indicando a estos últimos que se garantizará la continuidad, oportunidad, integralidad y el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud, hasta el día anterior en que se realice la asignación efectiva de afiliados a la correspondiente EPS receptora y, aclarando que el retiro está sujeto a la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud.*

Parágrafo 1. *La Superintendencia Nacional de Salud podrá requerir la información adicional que estime necesaria para resolver la solicitud.*

Parágrafo 2. *Las disposiciones previstas en el presente artículo, rigen únicamente en el marco de la implementación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. Vencido el término señalado en el presente artículo, se continuará aplicando lo dispuesto en el artículo 2.5.2.3.5.5 del presente Decreto.*

Parágrafo 3. *En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud acepte el retiro de que trata el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), adelantarán el proceso de asignación de afiliados conforme a las reglas señaladas en los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2 y 2.1.11.3 del presente acto administrativo.*

Parágrafo 4. *Para efectos del trámite de solicitudes de retiro por parte de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), se aplicarán las disposiciones de que trata el presente artículo.*

ARTICULO 2.5.2.7.7. Novedades a la capacidad de afiliación geográfica. *Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que pretendan realizar modificaciones a su capacidad de afiliación geográfica, deberán obtener autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando dichas modificaciones no excedan el número máximo de EPS permitido por municipio y/o distrito, establecidos en el literal iii) del artículo 2.5.2.7.3. del presente acto administrativo. Esta autorización estará sujeta al*



cumplimiento de los requisitos establecidos por la Superintendencia para la aplicación del régimen de autorización previa.

ARTICULO 2.5.2.7.8. Levantamiento de la limitación de afiliación a las EPS con autorización especial. *La limitación para realizar la afiliación de nuevos usuarios y aceptar traslados en el régimen subsidiado de las Entidades Promotoras de Salud con autorización especial o quien haga sus veces, de que trata el parágrafo 2 del artículo 2.5.2.3.5.6. de este Decreto, no será aplicable a partir de la expedición del presente acto administrativo; sin embargo, se mantendrá la limitación para recibir afiliados del régimen subsidiado en el proceso de asignación de afiliados, referido en el parágrafo anteriormente citado."*

ARTÍCULO 2. Modificar el artículo 2.1.11.1 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 1 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.1 Objeto y alcance. *El presente título tiene por objeto establecer las condiciones de asignación de afiliados para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, incluidas las Entidades Adaptadas en Salud, que se encuentren operando el aseguramiento, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.*

La asignación de afiliados de que trata el presente título se realizará a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces que no cuenten con medidas administrativas o especiales adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud y que se encuentren habilitadas en el régimen al cual pertenecen los afiliados que le serán asignados, previa verificación del cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado establecidos en los artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7, salvo las excepciones establecidas en el numeral 3 del artículo 2.1.11.3 del presente Decreto".

ARTÍCULO 3. Modificar el artículo 2.1.11.2 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 2 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.2 Asignación de afiliados. *Es el mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el primer inciso del artículo 2.1.11.1, a las EPS receptoras de que trata el inciso segundo del mismo artículo del presente Decreto. Ninguna EPS podrá negarse a recibir los afiliados asignados.*



Los procedimientos de asignación de afiliados establecidos en el presente título se adelantarán bajo los principios señalados en el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con la participación de las EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES).

Parágrafo. *La autorización de la capacidad de afiliación referente al aumento poblacional que se requiera en el marco de los procesos de asignación seguirá las reglas del régimen de autorización general de que trata el artículo 2.1.13.8 de este Decreto. En todo caso la verificación de la capacidad de afiliación se realizará con posterioridad a la asignación."*

ARTÍCULO 4. Modificar el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 3 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados. *En el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria, se ordena la revocatoria de autorización de funcionamiento o, de la certificación de habilitación o, la intervención forzosa administrativa para liquidar, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará a la EPS objeto de la medida, la entrega inmediata de las bases de datos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual deberá contener la información de los afiliados y sus grupos familiares, que se requieran para realizar el proceso de asignación, en la estructura definida por la ADRES.*

Para adelantar el procedimiento de asignación de afiliados, al día hábil siguiente a la notificación del acto administrativo correspondiente, la Superintendencia Nacional de Salud remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la relación de las EPS receptoras a que hace referencia el artículo 2.1.11.1 y que se encuentren autorizadas operando el aseguramiento en el municipio, distrito, departamento donde operaba la entidad a que alude el inciso anterior.

Se entiende que las EPS receptoras se encuentran operando el aseguramiento cuando tienen población afiliada en un territorio, excluyendo aquellos afiliados que ostenten la garantía de portabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.12.4 de este Decreto.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con base en la información que reporte la Superintendencia Nacional de Salud, la que entregue la EPS objeto de la medida y la que se



encuentre disponible en las bases de datos de las entidades públicas, realizarán la asignación y determinarán el número y la distribución de los afiliados a asignar.

La asignación de afiliados se realizará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud remita al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las EPS receptoras en los términos del inciso segundo de este artículo, y se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social informe a las EPS receptoras los afiliados que le fueron asignados. En todo caso las EPS receptoras deberán tener como mínimo cinco (5) días calendario previos a la efectividad de la asignación, para adelantar las acciones necesarias con el ánimo de garantizar la continuidad del aseguramiento a la población asignada.

La asignación de los afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares:

- 1. En los municipios y distritos donde exista una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente Decreto, se asignará el cien por ciento (100%) de la población del respectivo régimen.*
- 2. En aquellos municipios y distritos donde exista más de una EPS receptora autorizada que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente decreto, se realizará en proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.*
- 3. En aquellos municipios y distritos donde no exista EPS que cumpla las condiciones establecidas en el inciso segundo del artículo 2.1.11.1 del presente Decreto, la asignación se realizará a estas EPS en proporción inversa al número total de afiliados en el respectivo régimen y territorio.*
- 4. La atención del recién nacido, que no haya sido objeto de asignación, será asumida por la entidad objeto de retiro o medida, hasta la fecha de efectividad de la asignación. A partir de esta fecha, la EPS receptora de la madre deberá incluir al recién nacido de manera inmediata en su grupo familiar.*

Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de asignación a la EPS receptora, los afiliados asignados podrán escoger libremente y trasladarse a cualquier otra entidad habilitada en el mismo régimen y que opere en el municipio o distrito de su residencia; este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se

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



exceptúa de este plazo los siguientes casos:

- a) Cuando algún miembro del grupo familiar se encuentre en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia asignado, evento en el cual se podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia. La entidad deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.*
- b) Cuando los miembros de las comunidades indígenas, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001, soliciten el traslado de entidad, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.*

La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con los resultados de esta, así mismo entregará a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por las EPS receptoras dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las EPS receptoras, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo 1. *Las entidades objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.*

Parágrafo 2. *El giro de la UPC a las entidades será realizado por la ADRES en proporción al número de días en que tuvieron a su cargo los afiliados durante el respectivo mes.*

Parágrafo 3. *Notificados los actos administrativos que revocan la autorización de funcionamiento o el certificado de habilitación, ordenan la intervención forzosa administrativa para liquidar o autorizan el retiro voluntario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quedarán suspendidos los traslados de los afiliados en la BDUA y en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), así como las novedades de las entidades territoriales en la BDUA, hasta la efectividad de la asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1966 de 2019 y el artículo 2.5.5.1.9 del presente Decreto.*

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 4. Durante el tiempo en que una entidad se encuentre bajo una medida administrativa y/o especial adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud, dicha entidad deberá remitir a esta la información de los pacientes de alto costo, mujeres gestantes, tutelas y los datos de contacto actualizados de sus afiliados, en los términos y condiciones que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 5. Las EPS indígenas (EPSI) serán receptoras de afiliados, para la población que se encuentre registrada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) como población indígena, dando prelación a las EPSI autorizadas en el respectivo territorio."

ARTÍCULO 5. Modificar el artículo 2.1.11.11 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 6 del Decreto 719 de 2024, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.1.11.11 De las entidades promotoras de salud que reciben afiliados. La asignación de afiliados de que trata al presente título se realizará a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, según los artículos 2.1.11.1 y 2.1.11.3 del presente Decreto.

Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente Decreto modificadorio con ocasión de la asignación de que trata el presente Título, se les aplicará la disminución temporal en el porcentaje que trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7, el cual se incrementará en 0,5 puntos porcentuales cada año a partir de la efectividad de la asignación, hasta lograr el tope establecido, según la siguiente tabla:

Variación anual de afiliados a 31 de diciembre	Disminución en puntos porcentuales (P.P.) en el patrimonio adecuado
Menor a 10%	0.5 P.P.
Mayor o igual al 10% y menor al 20%	1.0 P.P.
Mayor o igual al 20% y menor al 35%	1.5 P.P.
Mayor o igual al 35% y menor al 50%	2.0 P.P.
Mayor o igual 50%	2.5 P.P.

Para el cálculo de los indicadores de proceso o resultado que hacen parte de los mecanismos de redistribución de recursos ex post por patologías de alto costo, no será tenida en cuenta la información de los afiliados asignados a las EPS receptoras en el primer año.



Parágrafo Transitorio. Con el fin de considerar el impacto en las condiciones financieras de las asignaciones de usuarios realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y 31 de julio de 2022, las entidades receptoras de afiliados, por una única vez, tendrán una disminución en el porcentaje de qué trata el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7, de acuerdo con la siguiente tabla que sustituye los porcentajes previamente definidos. El porcentaje resultante se incrementará en 1,0 punto porcentual cada dos años, hasta lograr el tope establecido.

Variación total asignaciones respecto a la población afiliada a diciembre 31 de 2018	Disminución en puntos porcentuales (PP.) en patrimonio adecuado	en el	Fechas para el incremento
Mayor a 0% y Menor al 17%	1,5PP		1,0 P.P- 1 de agosto de 2024 0,5 PP - 1 de agosto de 2025
Mayor o igual al 17% y menor al 40%	2,0 PP		1,0 PP- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026
Mayor o igual al 40%	2,5 PP		1,0 PP- 1 de agosto de 2024 1,0 P.P - 1 de agosto de 2026 0.5 P.P - 1 de agosto de 2027

Para efectos de la aplicación de las condiciones previstas en el presente artículo, a las entidades que recibieron afiliados con posterioridad al 31 de julio de 2022 y hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio y que hubieren recibido afiliados entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2022, se tendrá en cuenta la sumatoria de los porcentajes definidos en este parágrafo transitorio más los determinados en el inciso segundo del presente artículo.

Parágrafo 1. A las entidades promotoras de salud que reciban afiliados a partir de la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, no se les aplicará la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado de que trata el presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades promotoras de salud que hayan recibido afiliados hasta la fecha de publicación del presente decreto modificatorio, se le aplicará las disposiciones respecto a la disminución del porcentaje referente al patrimonio adecuado"

ARTÍCULO 6. Modificar el artículo 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.5.2.3.5.2. Seguimiento de la operación del aseguramiento en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de consolidar el sistema de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud, desarrollará y articulará los procesos, mecanismos y



herramientas disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesarios para monitorear la gestión de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y evaluar el cumplimiento de sus funciones indelegables.

El sistema se implementará de acuerdo con la actualización del ámbito territorial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social y pondrá énfasis en el seguimiento de la operación de las EPS en el marco de las redes de prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar la articulación entre el aseguramiento, la gestión del riesgo y la prestación de servicios de salud en los territorios.

El Ministerio establecerá las estrategias de reporte, la periodicidad de la información y los estándares de calidad de los datos requeridos para el monitoreo, así como los mecanismos de retroalimentación y mejora continua orientados a fortalecer la gestión territorial de la operación del aseguramiento en salud.

Parágrafo. *El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará los indicadores de experiencia ciudadana que permitan evaluar, de forma clara y accesible, aspectos como la satisfacción de los usuarios, la continuidad del cuidado integral de la salud, la accesibilidad efectiva y la calidad percibida. Estos indicadores deberán ser implementados y reportados por los actores del SGSSS responsables en el sistema de información para la calidad."*

ARTÍCULO 7. Transición. Las disposiciones previstas en los artículos 2.5.2.7.3, 2.5.2.7.4 y 2.5.2.7.5, adicionados en este acto administrativo, serán aplicables por única vez, a partir de la publicación del presente Decreto, para la implementación de los mecanismos diferenciales, con excepción de lo establecido en el literal iii) del artículo 2.5.2.7.3.

En lo referente al artículo 2.5.2.7.6. adicionado en este Decreto, las disposiciones allí contenidas, aplicarán únicamente dentro del término de un (1) año, contado desde la expedición de la actualización del ámbito territorial de autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 8. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación, adiciona el capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2, modifica los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016 y, deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

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



2.3. RESOLUCIONES



2.3.1. Resolución 196 de 2026

Por la cual se modifica el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales de la Resolución 413 de 2025

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas por el numeral 23 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, el artículo 2.2.4.2.27 y el numeral 5 del artículo 2.2.4.2.5.2 del Decreto 1072 de 2015, en desarrollo del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012, dispuso quiénes son los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en forma obligatoria y en forma voluntaria, estableciendo adicionalmente en su parágrafo 1, que en la reglamentación que se expida para la vinculación de estos trabajadores, se adoptarán todas las obligaciones del Sistema General de Riesgos Laborales que les sean aplicables y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.

Que con la Ley 2208 de 2022, denominada "Ley de segundas oportunidades", se establecen incentivos económicos para fortalecer el acceso y las oportunidades en empleo y formación para la población pospenada, y permite a los empleadores reportar los aportes de los trabajadores beneficiarios de la Ley, quienes deben cotizar a salud, pensiones, riesgos laborales, Sena, CCF e ICBF. creando en la estructura de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, a través de la Resolución 2520 de 2024 el tipo de cotizante "71. Ley de Segundas Oportunidades".

Que el artículo 4 de la Ley 2461 de 2025, modificó el artículo 23 de la Ley 1551 de 2012, estableciendo que los concejales tendrán derecho al Sistema de Seguridad Social, salud, pensión, riesgos laborales y cajas de compensación familiar, la cual se hará con cargo al presupuesto de la administración municipal, sin que esto implique vínculo laboral con la entidad territorial.

Que, el artículo 21 de la Ley 2466 de 2025 "*Por medio de la cual se modifica parcialmente normas laborales y se adopta una Reforma Laboral para el trabajo decente y digno en Colombia*", que modifica el artículo 81 del Código Sustantivo del Trabajo, señala que. durante la fase lectiva, el aprendizaje estará cubierto por el Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales,

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



pagado plenamente por la empresa como dependiente, y durante la fase práctica o durante toda la formación dual, el aprendiz estará afiliado a riesgos laborales y al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones conforme al régimen de trabajadores dependientes.

Que el artículo 22 de la precitada Ley adicionó el artículo 81A al Código Sustantivo del Trabajo y, estableció una remuneración en favor de los internos de medicina y su afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral, cuya implementación requiere el desarrollo de las condiciones operativas, administrativas y presupuestales correspondientes.

Que esta misma Ley, en el párrafo 4 del artículo 34, incorporó un esquema de cotización flexible al Sistema de Seguridad Social, que permite a los trabajadores independientes con ingresos inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV), realizar aportes a pensión, riesgos laborales y cajas de compensación familiar, por períodos inferiores a un mes. Esta modalidad de cotización tiene carácter opcional, toda vez que la obligación de aportar al Sistema solo recae sobre quienes perciben ingresos iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Que a través de la Resolución 2064 de 2025 *"Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 de la Resolución 2388 de 2016"*, se incorporan variables y validaciones en la estructura de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, relacionadas con los tipos de aportantes y cotizante *"34. Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá que percibe honorarios amparado por póliza de salud"* y cotizante *"35. Concejal municipal o distrital"*, *"51. Trabajador de tiempo parcial"*, modifica el nombre y la aclaración del tipo de cotizante *"19. Aprendiz etapa lectiva Ley 789 de 2025"* y *"71. Ley de Segundas Oportunidades"*.

Que a través de la Resolución 010 de 2026 *"Por la cual se establece el procedimiento y las especificaciones operativas para el reporte, verificación, reconocimiento y ordenación del giro de la remuneración mensual y de la afiliación al Sistema de la Seguridad Social Integral de los internos de medicina y se dictan otras disposiciones"*, se creó el tipo de cotizante *"73 Interno de Medicina"*.

Que los artículos 9 y 10 de la precitada Resolución, establecen la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales mediante el diligenciamiento del *"Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales"* para los internos de medicina como independientes, cotizante *"73 Interno de Medicina"*, cuya tarifa a pagar por la cobertura en el Sistema General de Riesgos Laborales, se realizará mes vencido por el estudiante interno de medicina, sobre un Ingreso Base de Cotización correspondiente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, y corresponderá únicamente a la clase de riesgos 3, actividad económica código 8610, código 01, definida en el Decreto 768 de 2022 en la *"Tabla de Actividades Económicas"*,

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



definida para las actividades de hospitales y clínicas, con internación.

Que, atendiendo a los cambios normativos señalados, se hace necesario modificar el "*Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales*", adoptado en su momento por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 413 de 2025, de forma tal que describa de manera fiel las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que se desarrollan las actividades laborales de los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene como objeto modificar el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, adoptado como anexo técnico mediante la Resolución 413 de 2025, y el instructivo para su diligenciamiento, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las Administradoras de Riesgos Laborales, a los aportantes obligatorios y voluntarios al Sistema General de Riesgos Laborales; a las entidades territoriales certificadas en educación, a las instituciones de educación, a las escuelas normales superiores, a las entidades, empresas o instituciones públicas o privadas donde se realicen prácticas por parte de los estudiantes, a las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta, a la entidad o persona natural contratante que suscriba convenios o contratos para la modalidad de trabajo penitenciario indirecto, a las entidades públicas sin ánimo de lucro o no gubernamentales, que dispongan plazas para la prestación de servicios de utilidad pública como pena sustitutiva de la prisión, pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las Juntas Administradoras Locales, empresas que contraten laboralmente a personas que hayan cumplido su condena y recuperado su libertad por la comisión de los delitos en Colombia, de acuerdo con lo contenido en el Ley 599 de 2000 o en el exterior, o cumpliendo pena con permiso de trabajo, libertad condicional o suspensión provisional de pena con autorización de trabajo, o cuyos socios o accionistas hagan parte de dicha población; a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas donde se realizan las actividades de Médicos Internos e Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrezcan programas de pregrado en medicina y reporten estudiantes que realizan el internado rotatorio.

Artículo 3. Inspección, vigilancia y control. Corresponderá a las direcciones territoriales del Ministerio del Trabajo efectuar la inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento

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 las disposiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 4. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición, surte efectos desde el 1° de febrero de 2026, y deroga la Resolución 413 de 2025.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20196%20de%202026.pdf



2.3.2. Resolución 197 de 2026

Por la cual se prohíbe en el territorio nacional la importación, fabricación, comercialización y uso del ingrediente activo Bromuro de Metilo, al igual que los productos plaguicidas que lo contengan y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, de las conferidas en el artículo 131 de la Ley 9 de 1979, los artículos 22 y 23 del Decreto 1843 de 1991, los numerales 2. 27 y 28 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 78 de la Constitución Política de Colombia indica que, la ley definirá los mecanismos de control sobre la calidad de los bienes y servicios ofrecidos o prestados a la comunidad, así como las obligaciones de información al público en el marco de su comercialización, y establecerá la responsabilidad legal de quienes, en las actividades de producción y comercialización, afecten la salud, la seguridad o el adecuado abastecimiento de los consumidores y usuarios.

Que, mediante la Ley 30 de 1990, Colombia ratificó el Convenio de Viena para la protección de la capa de ozono, en la que se obliga a tomar medidas para proteger la salud humana y el medio ambiente contra los efectos adversos resultantes o que puedan resultar de las actividades humanas que modifiquen o puedan modificar la capa de ozono.

Que, a través de la Ley 29 de 1992, Colombia ratificó el Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias Agotadoras de la capa de Ozono (SAO), con lo cual se ha comprometido a controlar, reducir y eliminar el consumo de las SAO, mediante cronogramas definidos, para las sustancias listadas.

Que, así mismo, los Estados Partes del Protocolo de Montreal, instan a los miembros que, reduzcan al mínimo las emisiones y el uso del Bromuro de Metilo para cuarentena y preembarque, siempre que sea posible, asegurando, entre otras cosas, que sus listas oficiales de plagas cuarentenarias se actualicen periódicamente y que la aplicación de esta sustancia, en caso de ser necesaria, se realice de la manera más eficiente posible, hasta su eliminación.

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 eliminación del uso del Bromuro de Metilo, también es promovida por la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria, que en su documento oficial preparado por la Comisión de Medidas Fitosanitarias titulado "Reemplazo o reducción del uso de bromuro de metilo como medida fitosanitaria" (2017), presenta recomendaciones a las Organizaciones Nacionales de Protección Fitosanitaria (ONPF) sobre el reemplazo o la reducción del uso de Bromuro de Metilo como medida fitosanitaria, con el fin de reducir las emisiones contaminantes.

Que, por medio de la Resolución 2152 de 1996, se contempló que el Bromuro de Metilo es un plaguicida extremadamente tóxico para humanos, y que a su vez dicha sustancia se ha identificado como uno de los más poderosos agotadores del ozono atmosférico, motivo por el que se autorizó su importación, comercialización y uso. sólo para tratamiento cuarentenario para el control de plagas exóticas en tejidos vegetales frescos a nivel de puertos y pasos fronterizos, hasta encontrar un sustituto viable que permitiera su reemplazo.

Queja Norma Internacional de Medidas Fitosanitarias (NIMF) N° 2 - Directrices para el análisis del riesgo de plagas (1995), emitida por la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria (CIPF), describe el procedimiento de análisis de riesgos de plagas (ARP) utilizado por las Organizaciones Nacionales de Protección Fitosanitaria (ONPF) para justificar sus medidas fitosanitarias y, la NIMF 11 — Análisis de riesgo de plagas para plagas cuarentenarias (2004).

Que, mediante la Resolución 5049 de 2008, se modificó el artículo primero de la Resolución 2152 de 1996, en el sentido de autorizar la importación, comercialización y uso del Bromuro de Metilo, únicamente en tratamiento cuarentenario para el control de plagas cuarentenarias de productos agrícolas y embalajes de madera a nivel de las zonas de influencia establecidas en un radio máximo de diez (10) kilómetros a partir del puerto y/o paso fronterizo, condicionando su autorización siempre y cuando el Protocolo de Montreal permita su aplicación como uso exento o se encuentre un sustituto viable que permita su reemplazo; cuando la autoridad agrícola competente del país importador, o la entidad que haga sus veces, solicite expresamente su utilización o, cuando por razones cuarentenarias, el ICA ordene su aplicación y se realice herméticamente en cámaras de fumigación autorizadas por este.

Que, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), como entidad encargada de velar por la sanidad agropecuaria en todo el territorio nacional, informó a esta cartera ministerial, mediante radicado 20232127965 del 30 de diciembre de 2023, que Colombia no ha registrado importaciones de Bromuro de Metilo para cuarentena y pre-embarque desde el año 2006 y que, no se cuenta con existencias del compuesto. Adicionalmente, no se cuenta con productos registrados cuya composición incluya Bromuro de Metilo y que no se han recibido solicitudes

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



nuevas para el registro de estos, Finalmente, sobre la aplicación del producto, el ICA informó que el país no cuenta con la infraestructura para hacer el procedimiento de tratamientos cuarentenarios para exportación en el puerto de origen permitidos mediante la Resolución 5049 de 2008.

Que, la Subdirección de Salud Ambiental, elaboró el documento de evaluación del riesgo de la medida sanitaria, en el que una vez analizados los riesgos existentes para la vida, la salud de las personas y de los animales y, para la preservación de los vegetales, en concordancia con los convenios ratificados por Colombia, se concluyó que el nivel adecuado para su protección en el territorio nacional, es la prohibición de importación, fabricación, comercialización y uso del ingrediente activo Bromuro de Metilo, al igual que los productos plaguicidas que lo contengan.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), emitir concepto de abogacía de la competencia respecto del proyecto de resolución, a lo cual se obtuvo respuesta mediante el oficio con radicado 26-23051-1-0 del 28 de enero de 2026, en el que no se generaron recomendaciones, sin embargo, se puso de presente sus ventajas y la inexistencia de riesgos desde la libre competencia, así:

“4. ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE LA UBRE COMPETENCIA ECONÓMICA

4.1 Ventajas del proyecto desde la óptica de la libre competencia

Desde la óptica de la libre competencia, el proyecto presenta ventajas relevantes al corregir externalidades ambientales que no pueden ser internalizadas por el mercado, establecer una regla clara y neutral aplicable a todos los agentes, fortalecer la seguridad jurídica y consolidar una situación de hecho ya existente, sin otorgar beneficios selectivos ni crear barreras artificiales a la competencia

4.2 Desventajas y riesgos del proyecto desde la óptica de la libre competencia

Si bien el proyecto limita la capacidad de ciertos agentes (importadores, productores y comercializadores del ingrediente activo) para ofrecer dicho bien, el análisis competitivo evidencia que no se identifican desventajas materiales derivadas del proyecto. Esto es así porque, de conformidad con la información disponible, no existe un mercado activo de comercialización del bromuro de metilo desde hace varios años. La prohibición consolida jurídicamente una situación previamente determinada por el marco regulatorio y técnico, sin afectar dinámicas competitivas vigentes”.



Que, de esta manera, la presente medida de prohibición del Bromuro de Metilo, no constituye una incidencia en la libre competencia del mercado, al establecer una regla clara y neutral, aplicable a todos los agentes, sin otorgar beneficios selectivos ni crear barreras artificiales a la competencia.

Que, la Organización Mundial del Comercio en el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, indicó que los miembros notificarán sus medidas sanitarias o fitosanitarias y, velarán porque se publiquen para que los miembros interesados puedan conocer su contenido, razón por la cual, la presente resolución surtirá el trámite de publicidad anteriormente mencionado.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Prohibir en el territorio nacional la importación, fabricación, comercialización y uso del ingrediente activo Bromuro de Metilo, al igual que los productos plaguicidas que lo contengan, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Notificación. La presente resolución será notificada a través del punto de contacto (OTC/MSF) de Colombia, a los países miembros de la Organización Mundial de Comercio, de la Comunidad Andina y a los países con los cuales Colombia tenga acuerdos comerciales vigentes que contemplen dicha obligación, en cumplimiento de la Ley 170 de 1994.

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE



2.3.3. Resolución 199 de 2026

Por medio de la cual se modifican los artículos 7o y 8o de la Resolución 166 de 2021 modificada por la Resolución 2332 de 2023

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, los artículos 22, 23, 24 y 25 del Decreto 109 de 2021 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 173 numeral 3o prevé que, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Que el artículo 47 de la Ley 1523 de 2012, creó el Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre (FNDR), como una cuenta especial de la Nación con independencia patrimonial, administrativa y contable y, el parágrafo 1° del artículo 48 de la misma Ley, señala que la ordenación del gasto del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo y sus subcuentas, estará a cargo del Director de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD).

Que el Decreto 559 de 2020, en su artículo 1, creó dentro del FNDR, la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID-19, indicando en el artículo 7 que el ordenador del gasto de aquella subcuenta es el Director de la UNGRD.

Que, mediante el Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404, 466, 630, 744, 1671 de 2021 y 416 de 2022, el Gobierno Nacional adoptó el Plan Nacional de Vacunación (PNV) contra el COVID-19 y, estableció entre otros aspectos, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de las vacunas, así como las responsabilidades de los diferentes actores que participan en el procedimiento propio de la mencionada aplicación, indicando que compete a los prestadores de servicios de salud garantizar la operación para el agendamiento y aplicación de la vacuna, y a las entidades responsables del aseguramiento en salud, definidas en ese mismo decreto, garantizar la verificación y apoyo de dicho proceso, así como la validación para el pago

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 los costos que genera su aplicación.

Que el artículo 22 del precitado Decreto 109 de 2021, estableció igualmente que, los costos asociados a la aplicación de las vacunas se sufragarán con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), a través de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID-19, del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD).

Que el referido Decreto 109 de 2021, faculta al Ministerio de Salud y Protección Social, en el párrafo 1 de los artículos 23 y 24, así como en su artículo 25, a establecer la metodología de determinación y reconocimiento de los valores asociados al agendamiento y aplicación de vacunas, fijarlos mediante acto administrativo, y definir el procedimiento de validación, facturación y pago de dichos costos, incluyendo los gastos de verificación y apoyo a los prestadores. Así mismo, dispuso el procedimiento de reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento y a la aplicación de la vacuna.

Que en cumplimiento de los precitados artículos, este Ministerio expidió la Resolución 166 de 2021, en la cual se adoptó la metodología para determinar los valores a reconocer tanto a los Prestadores de Servicios de Salud, por los costos asociados al agendamiento y a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19, como a las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud (ERASEG), por los costos asociados al proceso de verificación y apoyo para que los prestadores cumplan su obligación de agendamiento, así como fijar los valores a reconocer y definir el procedimiento para su reconocimiento y pago por parte de la UNGRD.

Que, mediante el artículo 104 de la Ley 2159 de 2021, se dispuso que la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias COVID 19, tendría una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2022.

Que con base en lo anterior, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), expidió la Resolución 1240 de 2022, estableciendo que del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023, la citada subcuenta entraría en fase de liquidación, situación que fue prorrogada hasta 30 de diciembre de 2026, a través de la Resolución 0571 del 17 de junio de 2025, con el fin de identificar los trámites, gestiones y actividades que se deben realizar, para finiquitar las obligaciones que se encuentran pendientes a dicho corte.

Que el Ministerio de Salud y Protección social, en el seguimiento a los procesos de giros y validaciones, encontró inconsistencias en los datos registrados en el Sistema de Información Nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAIWEB. Como consecuencia de ello, requirió a los Prestadores de Servicios de Salud, la revisión y ajuste de la información reportada, atendiendo que son estos los responsables de garantizar la calidad del dato de la información

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 registran en el sistema de información nominal, como lo indica el numeral 2.1.1 del anexo 1 de la Resolución 166 de 2021.

Que, posteriormente, el Ministerio estructuró una metodología para la validación de la calidad del dato dentro del proceso de conciliación territorial del Plan Nacional de Vacunación con los agentes del Sistema, con el propósito de reliquidar los valores, cubrir el total de las vacunas aplicadas y determinar el reintegro a los que haya lugar.

Que mediante el artículo 2 de la Resolución 2332 de 2023, se modificó entre otras disposiciones, el artículo 7 de la Resolución 166 de 2021, estableciendo el 30 de enero de 2024 como el plazo máximo para que los Prestadores de Servicios de Salud, hayan digitado la información en PAIWEB y, superado el proceso de verificación y validación de dosis aplicadas, en el periodo comprendido entre el 17/02/2021 hasta el 31/12/2022.

Que, así mismo, mediante el artículo 3 de la precitada Resolución, se modificó el artículo 8 de la Resolución 166 de 2021, con el propósito de ajustar el procedimiento para el reconocimiento y pago de los costos asociados a la verificación, apoyo y validación de la aplicación de las vacunas contra el COVID-19, en el marco del proceso de liquidación de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias COVID-19.

Que, en el marco del seguimiento de conciliación del dato entre las IPS y las Entidades Territoriales, este Ministerio evidenció, respecto de los procesos publicados para pagos en anexos técnicos Mivacuna, que treinta y tres (33) Entidades Territoriales de nivel departamental y distrital han realizado el cierre de todas las IPS de su jurisdicción en ambas vigencias. Así mismo, se constató que las demás Entidades Territoriales del país, al no haber cumplido con los tiempos establecidos en la Resolución 2332 de 2023, se encuentran adelantando cierre unilateral de las IPS que no cumplieron con el cargue de la información de las dosis aplicadas en el sistema nominal de las IPS que compone cada Entidad Territorial.

Que, dentro del desarrollo de los procesos de validación y extracción de datos existentes en el aplicativo nominal PAIWEB, se han identificado situaciones administrativas que afectan la validación y consecuente extracción de datos, a fin de lograr la consolidación de la información nacional existente respecto al manejo de vacunas contra el COVID-19, evidenciándose además inconformidades por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los valores liquidados por dosis aplicadas por parte de las Entidades Responsables del Aseguramiento (ERAseg).

Que, en atención a lo expuesto, resulta indispensable modificar los artículos 7 y 8 de la Resolución 166 de 2021, modificados por la Resolución 2332 de 2023, con el fin de establecer un plazo final y perentorio, el cual, una vez vencido, dará lugar al cierre unilateral de las dosis no conciliadas, a

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



efectos de que la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), pueda iniciar los procesos de liquidación final con los Prestadores de Servicios de Salud, para el pago de la vacunación contra la COVID-19, por concepto del saldo restante, correspondiente al agendamiento y a la aplicación de las vacunas. Así como, definir los reintegros y el trámite de reliquidación de las dosis a que haya lugar, con el fin de lograr el saneamiento de los pasivos que por tales conceptos se adeuden, en el proceso de vacunación contra el COVID-19.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 7 de la Resolución 166 de 2021. modificado por la Resolución 2332 del 2023, el cual quedará así:

“Artículo 7. Pago del saldo o recurso restante a los prestadores de servicios de salud por el agendamiento y la aplicación de la vacuna hasta el 31 de diciembre de 2022.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 24 del Decreto 109 de 2021. modificado por el Decreto 404 de 2021, se realizará el pago total de los costos asociados a la aplicación de la vacuna, a los Prestadores de Servicios de Salud, en función a las dosis aplicadas en el periodo comprendido entre el 17 de febrero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022 que hayan sido digitadas en PAIWEB máximo hasta el 30 de enero de 2024 y hayan superado el proceso de verificación y validación de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes especial y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, respecto de la población no afiliada que tengan a cargo.

El reconocimiento se realizará con base en el valor total a pagar y/o legalización del giro previo y facturación del saldo, este último cuando haya lugar conforme el siguiente procedimiento:

7.1 Respecto al procedimiento, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

a). Las dosis digitadas en PAIWEB hasta el 30 de enero de 2024, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, y que aún no han surtido proceso de pago, podrán ser ajustadas única y exclusivamente en lo que respecta a la calidad del dato descrito en el presente artículo, dentro de un plazo de cien (10.0) días calendario, contados a partir de la publicación de la presente Resolución. Vencido dicho término, se entenderá cerrado de manera definitiva el proceso de ajuste, sin que sea

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



posible realizar modificaciones posteriores.

b). Vencido el término establecido en el literal a), la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación de este Ministerio, realizará la extracción de la información ajustada por los Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente con corte a la fecha de cierre.

c). El Ministerio de Salud y Protección Social, únicamente pondrá a disposición de las ERAseg, los datos correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, que cumplan con las condiciones de calidad del dato para las dosis digitadas en la plataforma PAIWEB, hasta el 30 de enero de 2024. El número máximo de dosis a disponer será aquel que haya sido conciliado y registrado en las 'actas de conciliación territorial' enviadas por las Entidades Territoriales a este Ministerio, o el que resulte del proceso de cierre unilateral en los casos en que no se cumplieron los reportes de información, ni las actuaciones requeridas dentro del plazo establecido.

Así mismo, se deberá tener en cuenta los siguientes casos.

d). Las Entidades Territoriales que no hayan enviado las actas de cierre unilateral, deberán remitirlas al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del plazo improrrogable de setenta (70) días calendario, contados a partir de la publicación de la presente Resolución, para proceder al cierre de manera unilateral con base en los inventarios dispuestos por estas entidades a los Prestadores de Salud y, determinar el techo de dosis aplicadas para que las mismas sean validadas y liquidadas con valor intramural.

Una vez cumplido el plazo establecido, el Ministerio de Salud y Protección Social informará a la Superintendencia Nacional de Salud sobre aquellas Entidades Territoriales que no cumplieron con el envío de las actas, e informará a los Prestadores de Salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente afectados, que la Entidad Territorial no remitió las actas de cierre unilateral y por tanto no se procede con el trámite de liquidación de las dosis aplicadas.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social informará a la UNGRD, sobre los Prestadores de Salud que no tienen acta de cierre unilateral, para que esta entidad proceda al trámite para la restitución de los pagos ya realizados por facturación o por giro previo al prestador.

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



e). Para los Prestadores de Salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, que hayan cumplido con el proceso de conciliación de número de dosis, pero que tuvieron diferencias por encima de los techos de dosis conciliadas vs las dosis extraídas de PAIWEB, o que los Prestadores de Salud realizaron la modificación a las dosis ya pagadas, las Entidades Territoriales deben verificar dicha información conforme a los inventarios del biológico contra las dosis entregadas a los Prestadores de Salud de su jurisdicción y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, el acta de conciliación territorial ajustada dentro del plazo improrrogable de setenta (70) días calendario contados a partir de la publicación de la presente Resolución. Una vez validada la información, estos Prestadores serán dispuestos en el proceso de extracción, conforme al plazo establecido por el literal a) de la presente resolución.

f). De acuerdo a los plazos establecidos en los literales a) y b). y cumplidas las condiciones de calidad del dato, se tramitará la extracción de la información cargada en el sistema nominal PAIWEB (vigencias 2021 y 2022), de las dosis que fueron digitadas con corte al 30 de enero de 2024. ajustadas por los Prestadores de Salud y que aún no han sido dispuestas para pago. Para todos los efectos previstos en la presente Resolución se debe cumplir con las siguientes condiciones:

CONDICIONES DE CALIDAD DEL DATO
Identificación del código del punto habilitado o autorizado de vacunación (12 caracteres).
Identificación NIT del punto habilitado o autorizado de vacunación.
Edad del vacunado.
Identificación del vacunado por tipo y número de documento.
Depuración de las dosis duplicadas por fecha de vacunación.
Verificación de la concordancia de las fechas de aplicación Vs fecha de habilitación del servicio de vacunación en la sede.
Identificación de la estrategia de vacunación establecidas para el PNV: Código 2: Intramural; Código 4: Extramural urbano; Código 6: Extramural rural disperso.
La extracción de dosis aplicadas únicas corresponderá a la validación de tres (3) campos: TIPO DE IDENTIFICACION + NUMERO DE IDENTIFICACION + FECHA APLICACIÓN VACUNA.
La fecha de extracción corresponde a la fecha de aplicación de la vacuna en formato dd/mm/aaaa sin incluir la hora.
No debe contener las dosis que fueron registradas como financiadas por privados, o como aplicación de particulares o como transcripción de aplicación de vacunas de otros países.
Ninguna variable puede ser "NULL" excepto la entidad responsable del aseguramiento.



g). La Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación de este Ministerio, dispondrá a las Entidades Promotoras de Salud, los Administradores de Regímenes Especial y de Excepción en Salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, la información registrada y dispuesta en PAIWEB, de la población que a la fecha de publicación se encuentra a su cargo, según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a través del Protocolo de Transferencia Segura de Archivos (SFTP, por sus siglas en inglés) del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), para la verificación de la aplicación.

Para los registros de dosis aplicadas correspondientes a la población de las Entidades Responsables del Aseguramiento liquidadas, el Ministerio de Salud y Protección Social redistribuirá dichos registros en las ERAseg en las que se encuentra actualmente el afiliado.

h). Una vez verificada la aplicación de las vacunas, las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud, los administradores de regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, dispondrán la información validada en la Plataforma de integración del Sistema Integral de Información de la Protección Social (PISIS), mediante el anexo técnico PAI143COVID y publicado en el siguiente enlace: https://www.minsalud.QOv.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDiqital/RIDE/DE/OT/cvsfv-pai_143-cpvid-anexo-tecnico-paQos-Daso-2-v4-2-15042023.pdf

Las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud contarán con 10 días hábiles a partir de la disposición de la información dispuesta en el SFPT, para realizar la correspondiente validación.

i). Para los Prestadores de Servicios de Salud y, demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, que tienen presencia nacional, el Ministerio continuará con la extracción de la información por departamento o distrito atendiendo el proceso de calidad del dato adelantado con cada entidad territorial.

k). Con el fin de evitarlos procesos de revalidación en razón a la verificación de la variable de la estrategia, este Ministerio de acuerdo a solicitud de las ERAseg, dispondrá de las actas de conciliación territorial, con el objetivo de abordar sus inquietudes y requerimientos con relación a la validación de la precitada variable. Si de la información repollada acerca de la estrategia de vacunación, no se puede establecer que la atención corresponda a una atención extramural urbana, o a una atención extramural rural dispersa, las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos

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 distritos, deberán determinar cuál fue la estrategia utilizada.

l). Los registros inconsistentes que se identifiquen como subsanables y las dosis que no cumplieron con los criterios de extracción para cada una de las vigencias 2021 y 2022, se procesarán como ajuste de inconsistencias por parte de los Prestadores de Salud, hasta el cumplimiento del plazo establecido por el literal a) del numeral 7.1 del artículo 7 de la presente Resolución. Posteriormente serán dispuestos por esta cartera por única vez a las Entidades Responsables del Aseguramiento, para una nueva validación y liquidación. Los registros inconsistentes que se generen por las ERAseg no serán considerados para un nuevo ajuste por inconsistencia.

m). Responsabilidad de los actores en el proceso de pagos vacunación COVID-19:

ACTOR	RESPONSABILIDAD
Prestadores de Servicios de Salud habilitados o autorizados transitoriamente	1. Contar con los reportes de número de dosis aplicadas y el instrumento de registro diario (SIS 150) para validar inconsistencias identificadas. 2. Ajustar en PAIWEB las dosis aplicadas que no han sido objeto de pago, digitadas con corte al 30 de enero de 2024 y que fueron catalogadas como inconsistentes de acuerdo con lo establecido en el artículo 7, numeral 7.2 literal b) de la presente Resolución. 3. Solicitar mesas de trabajo ante la Entidad Territorial de nivel departamental o distrital a la cual se encuentre adscrito, frente a las reclamaciones que tengan sobre la validación, verificación y liquidación de la dosis realizada por la ERAseg, que no excedan los tiempos de cierre de los procesos de extracción de datos y cierre de las validaciones.
Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud - ERAseg	1. Disponer de personal e infraestructura necesaria para la validación y liquidación de los registros dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Cuando las Entidades Territoriales sean las responsables de realizar el proceso de la validación, verificación y liquidación de la dosis, estas deben coordinar al interior de la Secretaría de Salud o de la dependencia que haga sus veces, la forma de realizar el proceso cumpliendo los tiempos establecidos para la verificación y validación.
Entidad Territorial	1. Remitir las actas de cierre unilateral de techos de dosis para los Prestadores de Servicios de Salud habilitados o autorizados

	<p>transitoriamente, que no hayan finalizado los procesos de conciliación del dato.</p> <p>2. Remitir las actas de ajuste de techos de dosis para los Prestadores de Servicios de Salud habilitados o autorizados transitoriamente, que hayan presentado la solicitud de ajuste.</p> <p>3. Coordinar las mesas de trabajo entre los Prestadores de Servicios de Salud y ERAseg, con el objeto de que estos últimos atiendan las reclamaciones derivadas de las validaciones realizadas a los prestadores de servicios de salud que no excedan los tiempos de cierre de los procesos de extracción de datos y cierre de las validaciones.</p>
Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS	<p>1. Recibir las actas de cierre unilateral y las actas de ajuste de techos de dosis y solicitar la extracción de las dosis aplicadas, sin que estas excedan los techos reportados por las Entidades Territoriales.</p> <p>2. Realizar la extracción de los datos de acuerdo con lo establecido en el artículo 7, numeral 7.1, literal f) de la presente Resolución, de acuerdo con los datos ajustados por los Prestadores de Servicios de Salud habilitados o autorizados transitoriamente.</p> <p>3. Disponer los datos a las Entidades Responsables del Aseguramiento para su validación, verificación y liquidación.</p> <p>4. Recibir el resultado de la validación, verificación y liquidación por parte de las ERASEg.</p> <p>5. Generar la liquidación del valor de las dosis aplicadas para ser enviada a la UNGRD.</p>
UNGRD	<p>1. Realizar los pagos asociados a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19 que se financiaron con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), a través de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias- COVID19 del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.</p>

7.2 Disposición de la información para legalización del giro previo y facturación del saldo.

a). La Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación de este Ministerio, dispondrá a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, la información registrada y dispuesta en PAIWEB de la población a su cargo, a través del SFTP del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). Estas Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud, validarán y el décimo (10) día



calendario posterior a la publicación de la información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, reportarán el resultado de la validación, verificación y liquidación de la aplicación de la vacuna sobre la población vacunada, así como la estrategia utilizada teniendo en cuenta la información dispuesta por este Ministerio.

b). Previo a la disposición de los datos para revisión de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, sobre la información registrada y dispuesta en PAIWEB, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación, realizará la extracción teniendo en cuenta los criterios del artículo T. numeral 7.1. literal f).

Las causales de no superación durante la validación, verificación y liquidación que realizan las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, y que no son subsanables por parte de los prestadores de servicios de salud son: i) el afiliado se encontraba fallecido en el momento de la vacunación; ii) producto del proceso de validación, se advierta que la dosis no fue efectivamente aplicada y. iii) no aplican condiciones técnicas para la vacunación.

Dentro del plazo establecido en el literal a) del presente numeral y, una vez verificada y validada la aplicación de las vacunas, las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, dispondrán el resultado de la validación en registros consistentes y no consistentes. Sobre los registros consistentes deben establecer el valor a liquidar para ser facturados. Se entenderá que la información está certificada con la remisión de esta a través de la plataforma PISIS.

Con la información de liquidación de los valores a facturar, verificadas y validadas por parte de las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, el Ministerio publicará el valor total a facturar por los Prestadores de Servicios de Salud habilitados o autorizados transitoriamente con el fin de que estos emitan la factura electrónica a nombre del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, por el valor validado. La misma información será dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) - Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres (FNGRD).

c). La UNGRD realizará la publicación de la Resolución del valor a pagar/o legalización 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



giro previo a los prestadores y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación. Una vez publicada dicha resolución, los prestadores de servicios de salud podrán realizar la radicación de las facturas electrónicas.

d). La factura de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los Prestadores de Servicios de Salud y sus soportes deben enviarse a la UNGRD - FNGRD, dentro de los treinta (30) días calendario, a través del correo electrónico legalizacionespnv@gestiondelriesgo.gov.co, o el medio que dicha Unidad disponga, acompañada de la certificación de pago de parafiscales emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios, de acuerdo con la metodología que se encuentra publicada en la página de ANEXOS TÉCNICOS MIVACUNA COVID-19- Guía de facturación legalización giros previos.

Una vez transcurrido dicho término, la UNGRD - FNGRD generará un reporte para este Ministerio, de aquellas entidades que no hayan realizado el proceso de radicación de facturas de legalización y/o pago, para el seguimiento pertinente que le permita la UNGRD realizar el desembolso.

e). Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la documentación requerida en el literal anterior, y que se encuentre de manera correcta, la Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) - Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastre realizará el giro de los valores generados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Fiduprevisora, como entidad responsable de realizar el giro de los recursos, por mandato del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, está obligada a reportar a la UNGRD, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la ejecución de los pagos, las devoluciones que reportan las entidades bancarias, con el fin de que la UNGRD gestione los respectivos ajustes con los Prestadores de Servicios de Salud.

f). La Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - El Fondo Nacional del Riesgo de Desastres, legalizará el giro previo realizado y de ser el caso, girará los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud.

g). Los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente que, al momento del proceso de validación y publicación de la información para la emisión de las facturas de legalización de giros previos,

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



se encuentren en proceso de liquidación, se les indicarán las características relacionadas con la vigencia de los documentos que deben presentar ante el correo electrónico paqosvacunas&qestiondelriesQo.gov.co. conforme a los establecido en el anexo denominado Guía de facturación de procesos de legalización publicado en la página [httpDs://www.sjsnro.gov.co/central/prestadoies-deservicios/Paqes/MIVACUNACOV19.aspx](http://www.sjsnro.gov.co/central/prestadoies-deservicios/Paqes/MIVACUNACOV19.aspx).

h). No se recibirán documentos soporte para el pago de cuentas de cobro correspondientes a giro previo y facturas, si existen procesos de legalización publicados, pendientes por ejecutar. La factura electrónica de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud deberá cumplir con los requisitos emitidos por parte de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

i) . En los casos en que el Ministerio de Salud y Protección Social identifique que, se hayan pagado valores cuyo monto sea superior al que corresponde a las dosis realmente aplicadas, ya sea por giro previo, facturación y/o legalización de giro previo, dichos valores deberán ser reintegrados por parte del prestador, para cuyo efecto le informará a la UNGRD, para que esta, en el marco de sus competencias y procedimientos internos, realice el trámite para el cobro respectivo, bajo el siguiente procedimiento:

i. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará y remitirá a la UNGRD la información correspondiente a los valores que deberá reintegrar cada prestador La UNGRD solicitará el reembolso al tercero, ¿le acuerdo a la información suministrada por el Ministerio.

ii. Cada prestador debe expedir una certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, reportando el valor de los recursos reintegrados, con discriminación de los datos del giro previo, facturación, legalización de giro previo y rendimientos financieros.

iii. Para efectos de los rendimientos financieros se debe anexar certificado de la entidad bancaria, en donde relacione los rendimientos generados por los recursos transferidos. Los rendimientos se estimarán sobre el valor resultante a favor del FNGRD, luego de realizada la revisión pormenorizada, estos deberán ser liquidados a la tasa establecida en la ley hasta la fecha de reintegro de dichos recursos.

iv. La entidad pública denominada Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). Unidad Administrativa Especial con personería jurídica del nivel descentralizado, de la Rama Ejecutiva, del orden nacional, en su calidad de administradora de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID19. cuyo director fue designado como ordenador del gasto por disposición del Decreto Legislativo

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



559 de 2020, deberá expedir los actos administrativos tendientes a constituir título ejecutivo y adelantar las acciones administrativas que correspondan, para garantizar el cobro por medio del procedimiento administrativo persuasivo o coactivo y/o iniciar las acciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias para el cobro correspondiente.

v. Los recursos girados por mayor valor a lo certificado por este Ministerio, más los rendimientos generados hasta la fecha efectiva de su reintegro, deberán consignarse a la cuenta de ahorros número 021040332 del Banco Davivienda a nombre de la Fiduprevisora.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, podrá adelantarse todas las acciones administrativas para obtener la satisfacción de la obligación de cobro, por medio del procedimiento administrativo persuasivo o coactivo contemplado para el efecto, e iniciar las acciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias para dichos efectos.

j). Adicionalmente, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

i. Los valores reconocidos por concepto del agendamiento y aplicación de vacunas están exentos de cualquier tipo de descuento, impuesto, tasa, contribución o retención.

ii. Las entidades deben enviarlos archivos firmados digitalmente, lo cual garantiza su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

iii. Los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, son responsables de la veracidad, oportunidad pertinencia y transparencia de la información reportada; sin perjuicio de las eventuales investigaciones a que haya lugar por el suministro de información inconsistente.

iv. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, los departamentos y distritos y el Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, no podrán solicitar a los prestadores de servicios de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación o autorizadas

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



transitoriamente, requisitos o información adicional a la contenida en esta Resolución."

Parágrafo 1. *Reconociendo los procesos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con la Superintendencia Nacional de Salud las entidades a las cuales se les dispondrá los datos para el proceso de validación.*

Parágrafo 2. *Los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente que al momento del proceso de validación y publicación de la información para la emisión de las facturas de legalización de giros previos, se encuentren en proceso de liquidación, en el anexo denominado Guía de facturación de procesos de legalización publicado en la página <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-deservicios/Paques/MIVACÜNACOV19.aspx>, se les indicará las características de la vigencia de los documentos que deben presentar ante [paqosvacunas\(q\)gestiondelriesgo.gov.co](mailto:paqosvacunas(q)gestiondelriesgo.gov.co)*

Parágrafo 3. *No se recibirán documentos soporte para el pago de cuentas de cobro correspondientes a giro previo y facturas si existen procesos de legalización publicados, pendientes por ejecutar La factura electrónica de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud deberá cumplir con los requisitos, emitidos por parte de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).*

Artículo 2. *Modificar el artículo 8 de la Resolución 166 de 2021, modificado por la Resolución 2332 de 2023, el cual quedará así:*

“Artículo 8°. Procedimiento para el reconocimiento y pago de los costos por verificación, apoyo y validación de las vacunas contra el COVID-19. *El reconocimiento y pago de los costos asociados a la verificación, apoyo y validación de las vacunas a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, atenderá al procedimiento funcional para este proceso y la guía para la validación de la calidad del dato en el marco del proceso de conciliación territorial dentro del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, según lo establecido y publicado en la página de anexos técnicos Mivacuna COVID 19 “ Guía de facturación” y a las siguientes acciones:*

8.1 *Determinarán una muestra para realizar llamadas telefónicas o la utilización de alternativas electrónicas:*



8.1.1 Para la validación de las vacunas aplicadas por cada prestador se obtendrá una muestra de tamaño N sobre el total de n registrada y dispuesta de PAIWEB en cada uno de los procesos, de la siguiente manera:

*$n < 0,3 * N$, cuando el total de dosis aplicadas sea menor a 900.*

A partir de $N = 900$ aplicar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5^2 \cdot N}{0,05^2 \cdot (N - 1) + 0,5^2 \cdot 1,96^2}$$

Donde N corresponde al total de las dosis facturadas por prestador

Las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de regímenes especial de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, cuando establezcan mecanismos adicionales o complementarios para validarla aplicación de la vacuna deberán tener disponible la metodología y sus soportes documentales para la verificación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y los organismos de control. En todo caso, esta metodología deberá ser correspondiente y suficiente con la establecida en el numeral 8.1 del presente artículo. Cuando la entidad responsable del aseguramiento no logre contactar a los usuarios para la verificación de la aplicación de la vacuna, solicitará a los prestadores de servicios de salud el consentimiento informado para su verificación.

8.1.2 Realizarán calidad del dato a la totalidad de los registros dispuestos en PAIWEB, y tendrán en cuenta las siguientes causales de no superación del proceso de verificación, apoyo y validación, las cuales podrán ser subsanables o no subsanables. Frente a las causales subsanables los prestadores de servicios de salud tendrán la posibilidad de ajustar los registros, en el momento que reciban los registros nominales para ser procesados en las fechas determinadas en el artículo 7° de esta resolución. No se reconocerá el pago cuando el resultado del proceso de verificación, apoyo y validación arroje alguna de las causales no subsanables, referidas en el inciso segundo, literal b) del numeral 7.2 del artículo 7 del presente acto administrativo.

8.2 Si la estrategia de vacunación reportada por los prestadores de servicios de salud, y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, no corresponde con las modalidades habilitadas, esta tendrá que ser determinada entre 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



entidades territoriales donde se aplicó la vacuna y las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, y reportada a través del anexo técnico PAICOVID 143 publicado en la página de anexos técnicos Mivacuna.

8.3 Remitirán via plataforma PISIS, de acuerdo con la descripción y características del documento técnico publicado en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/cvsvf.pa143-covid~anexo-tecnico-Daaos-paso-2-v4-2-15042023.ixlf> la siguiente información:

i) El resultado del proceso de validación, apoyo y verificación de la aplicación de las dosis de vacunas que resulten con registros consistentes, es decir, que cumplan con los criterios establecidos en los anexos técnicos Reconocimiento y Pago Vacunación COVID-19, publicados en el enlace <https://www.sispro.gov.co/centralPd/csjsadores-deservicios/Pages/MIVACUNACOVIdId.aspx>.

ii) Los registros inconsistentes, es decir, aquellos que tienen una o más causales de no superación del proceso de verificación, apoyo y validación.

iii) Los registros que acreditan la realización de llamadas o la utilización de alternativas electrónicas de verificación y validación de la aplicación de las dosis.

8.4 Las entidades responsables del aseguramiento en salud consolidarán los registros consistentes y realizarán la liquidación nominal y por prestador, según el código definido por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), de los valores certificados, para ser facturados.

8.5 Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos dispondrán el resultado de la validación atendiendo los periodos descritos en el artículo 7a de la presente resolución. el que se será publicado por este Ministerio a través de la plataforma PISIS para la consulta del prestador de servicios de salud.

Una vez recibida la totalidad de los registros validados como consistentes, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará el valor a facturar de acuerdo con el número de dosis validadas y verificadas como dosis efectivamente aplicadas.

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



8.6 Las entidades responsables del aseguramiento, facturarán el valor de la gestión de verificación, apoyo y validación de las dosis aplicadas, remitiendo los registros señalados en el presente numeral así:

La factura deberá enviarse al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres a través del correo electrónico pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co, o según el medio que dicha Unidad disponga, acompañada de los siguientes documentos:

- I. Certificación de pago de parafiscales que corresponda al período de la factura emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios;*
- II. Certificado de existencia y representación legal expedido con una antelación máxima de 30 días calendario, por la autoridad competente, o acto administrativo de creación;*
- III. Registro Único Tributario (RUT);*
- IV. Registro de Información Tributaria (RIT), para entidades de Bogotá;*
- V. Certificación bancaria;*
- VI. Documento de identidad del representante legal.*
- VII. Formato en el que indique si autoriza la notificación electrónica de actos administrativos.*

Los requisitos establecidos se presentarán por una sola vez al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo y Desastres y, en caso de presentar novedades en la información de estos.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, realizará el giro del valor total de la factura, a la cuenta inscrita, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de esta con sus soportes, a las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos. La información será dispuesta por este Ministerio a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de



Desastres (UNGRD) - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (FNGRD).

8.7 Para adelantar el trámite de reliquidación de dosis, se deberá atender el siguiente procedimiento:

- I. Se dispondrá de los registros validados como consistentes por las Entidades Responsables del Aseguramiento y de los que ya se haya generado una cuenta de cobro ante la UNGRD, previa solicitud realizada por la ERAseg a este Ministerio, correspondientes a las reclamaciones presentadas por los prestadores de servicios de salud para su reliquidación. Las ERAseg deberán realizar el ajuste a la validación de estrategia de vacunación aplicada por el prestador de servicios de salud y, a su vez realizar la reliquidación de la dosis según corresponda.*
- II Ante la eventual circunstancia de que, los Prestadores de Servicios de Salud no estén de acuerdo con las liquidaciones de los registros validados como consistentes por las Entidades Responsables del Aseguramiento y, que de estos ya se haya generado una cuenta de cobro ante la UNGRD, los prestadores podrán presentar reclamaciones junto con los soportes correspondientes a las Entidades Responsables del Aseguramiento para su revisión. Así mismo, si las Entidades Responsables del Aseguramiento deben hacer ajustes a los valores, y solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social mediante oficio radicado, la disposición de la información a reliquidar indicando el NIT y el código del prestador (12 caracteres) para generar un proceso de validación nuevo por una única vez.*
- III Ante el caso de presentarse saldos a favor de los prestadores de salud, se procederá a generar las cuentas respectivas con el excedente. Se establece un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de publicación de la presente Resolución, para que las Entidades Responsables del Aseguramiento soliciten al Ministerio de Salud y Protección Social el ajuste respectivo.*
- IV Para los procesos abiertos a la fecha de publicación de la presente Resolución, los Prestadores de Servicios de Salud deberán usar los mecanismos establecidos desde el inicio de la validación de las dosis aplicadas, para la revisión y solicitud de ajustes, antes de proceder a la generación de las cuentas para la UNGRD.*

Parágrafo 1°. *La notificación electrónica de actos administrativos de carácter particular que en el marco del presente procedimiento se profieran relacionados con el pago que deba realizarse a los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud, los*



administradores de regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos y aquellos que se expidan con ocasión de la interposición de los recursos de ley, se notificarán conforme a lo previsto en Ley 1437 de 2011.

Parágrafo 2°. *Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio, mediante un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.*

Parágrafo 3°. *La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá la función de inspección, vigilancia y control en el cumplimiento de los términos y condiciones establecidos en la norma."*

Artículo 3. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.3.4. Resolución 228 de 2026

Por la cual se adopta el Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud) 2026-2035 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el numeral 2 del artículo 7 de la Ley 1931 de 2018 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política dispone que la atención en salud y el saneamiento ambiental constituyen servicios públicos bajo la responsabilidad del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Correspondiendo igualmente al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de estos servicios a los habitantes, así como la gestión del saneamiento ambiental, siguiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo 79 de la Constitución Política establece que, todas las personas tienen derecho a disfrutar de un ambiente sano, y que es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y, promover la educación ambiental orientada al logro de estos objetivos.

Que, la Ley 9 de 1979 establece que, es función del Estado garantizar condiciones sanitarias que protejan la salud de la población, incluyendo el control de los factores ambientales que inciden sobre ella, como la calidad del aire, del agua, de los alimentos y el saneamiento básico. Estas competencias permiten al sector salud intervenir sobre determinantes ambientales que se ven agravados por el cambio climático, como las enfermedades transmitidas por vectores, la contaminación atmosférica o la inseguridad hídrica.

Que, la Ley 715 de 2001, asigna al Ministerio de Salud y Protección Social y, a las entidades territoriales, competencias para la gestión de la salud pública, la vigilancia en salud ambiental y la atención integral en salud, incluyendo la obligación de coordinar respuestas ante eventos que afecten la salud colectiva. Estas competencias legitiman la acción del sector, frente a riesgos asociados al cambio climático, como olas de calor, desastres naturales o brotes epidémicos.

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 el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece el marco normativo que regula las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social y de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, incluyendo lo referente a la vigilancia en salud pública, la promoción de la salud, la gestión del riesgo sanitario y el saneamiento ambiental, y confiere las competencias necesarias para la formulación y ejecución de planes sectoriales estratégicos.

Que, la Ley 164 de 1994, por medio de la cual se aprobó la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, celebrada en Nueva York el 9 de mayo de 1992, establece en el literal b, del artículo 4, el compromiso de: *"Formular, aplicar, publicar y actualizar regularmente programas nacionales y, según proceda, regionales, que contengan medidas orientadas a mitigar el cambio climático, tomando en cuenta las emisiones antropógenas por las fuentes y la absorción por los sumideros de todos los gases de efecto invernadero No controlados por el Protocolo de Montreal y medidas para facilitar la adaptación adecuada al cambio climático"*.

Que el artículo 170 de la Ley 1753 de 2015 establece que, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con otros ministerios, tendrá la responsabilidad de diseñar y ejecutar planes sectoriales de adaptación al cambio climático, así como planes de acción sectorial de mitigación, en el marco de la Estrategia Colombiana de Desarrollo Bajo en Carbono, los cuales deberán incluir metas sectoriales cuantificables para la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero a corto plazo (2020) y a mediano plazo (2025 o 2030)

Que, la Ley 1844 de 2017, por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo de París", adoptado el 12 de diciembre de 2015, en París, Francia, establece en el literal b, del artículo 2, entre otras disposiciones, el compromiso del Estado Colombiano de aumentar medidas de adaptación a los efectos adversos del cambio climático.

Que el artículo 17 de la Ley 1931 de 2018 establece que, los Planes Integrales de Gestión del Cambio Climático Sectoriales (PIGCCS), son los instrumentos mediante los cuales cada ministerio incorporará medidas de mitigación y adaptación al cambio climático en sus políticas y regulaciones, y ofrecerán lineamientos para su implementación territorial, incluyendo financiamiento, educación y ciencia y tecnología.

Que el artículo 6 de la Ley 2169 de 2021, establece las metas de adaptación al cambio climático para los sectores del gobierno nacional, incluyendo el Sector Salud, que deberá implementar acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, así como medidas de adaptación ante eventos climáticos, con alcance progresivo hasta el 2030, en las entidades del sector a nivel departamental, distrital y municipal.

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, el documento CONPES 4058 de 2021, establece un enfoque de gestión del cambio climático basado en el análisis de riesgos y amenazas, promoviendo decisiones sostenibles para la reducción del riesgo de desastres.

Que, el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, expedido mediante la Ley 2294 de 2023, define cinco ejes de transformación, entre los cuales se encuentran los relacionados con "Seguridad humana y justicia social" y "Transformación productiva, internacionalización y acción climática", los que contemplan la gestión del cambio climático desde el sector salud, particularmente bajo el componente de "Salud, ambiente y cambio climático", en el que se incorpora la gestión del cambio climático como una prioridad transversal, promoviendo una articulación explícita. Esta orientación estratégica respalda y justifica la formulación del Plan Intersectorial de Gestión del Cambio Climático para el Sector Salud (PIGCCS Salud), al reconocer la necesidad de fortalecer la capacidad del sector para enfrentar los efectos del cambio climático sobre la salud pública, promover la resiliencia climática y aportar a la acción climática desde la perspectiva del sector salud.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2020, publicó el Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud), en el que se establecieron metas a corto, mediano y largo plazo orientadas a incrementar la capacidad de adaptación del sector salud ante eventos climáticos.

Que, este Ministerio expidió la Guía de Mitigación Climática del Sector Salud (2022), la cual proporciona lineamientos generales sobre mitigación del cambio climático en el sector, presentando un panorama de experiencias exitosas, tanto a nivel internacional como nacional, en la implementación de medidas para reducir emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI) y avanzar hacia instituciones de salud ambientalmente sostenibles. Además, permite identificar las principales fuentes de emisión asociadas a las operaciones del sector y propone acciones potenciales para su mitigación. Sin embargo, no establece metas cuantificables ni compromisos específicos para el sector salud, lo que limita su capacidad para orientar una acción climática efectiva y medible.

Que las metas de adaptación y mitigación del cambio climático definidas en la Contribución Determinada a Nivel Nacional (NDC) se encuentran alineadas con las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, reglamentado mediante las Resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023.

Que la Estrategia Climática de Largo Plazo E2050, elaborada y liderada por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP), la Cancillería, los ministerios sectoriales y la cooperación técnica internacional, fue presentada

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



por el Gobierno colombiano en la Conferencia de las Partes COP26, realizada en Glasgow (Escocia, Reino Unido), y orienta la política de Estado para la acción climática a largo plazo, en cumplimiento del Acuerdo de París, con el objetivo de alcanzar la carbono-neutralidad al año 2050 y reducir la vulnerabilidad territorial, promoviendo, en su Apuesta 9, el fortalecimiento del sistema de salud frente a los impactos del cambio climático.

Que, en el marco de lo dispuesto en la Ley 1931 de 2018, por la cual se establecen los lineamientos para la gestión del cambio climático en Colombia y se crea el Sistema Nacional de Cambio Climático (SISCLIMA), el Ministerio de Salud y Protección Social participa activamente como entidad invitada en la Comisión Intersectorial de Cambio Climático (CICC), cuando los temas abordados se relacionan con sus competencias sectoriales. En este contexto, y de conformidad con los compromisos internacionales adquiridos por el país, como la Contribución Determinada a Nivel Nacional (NDC), el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de reportar los avances asociados a las metas explícitas asignadas al sector salud, en articulación con las autoridades ambientales y demás entidades competentes.

Por esta razón, se hace necesaria la formulación y adopción del Plan Intersectorial de Gestión del Cambio Climático para el Sector Salud (PIGCCS Salud), como instrumento que consolida una hoja de ruta con metas claras, responsabilidades definidas e indicadores de seguimiento, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los compromisos del país frente al Acuerdo de París, la Estrategia Climática de Largo Plazo (E2050) y, las políticas nacionales de cambio climático.

Dicho Plan se proyecta en un horizonte temporal (2026-2035) que permita asegurar la articulación con los ciclos de actualización de las Contribuciones Determinadas a Nivel Nacional (NDC), la continuidad de la planificación sectorial en salud más allá del Plan Decenal de Salud Pública vigente, y la proyección de los compromisos asociados a los ODS. Asimismo, responde a la naturaleza progresiva y acumulativa de los impactos del cambio climático sobre la salud, que requiere la ejecución de medidas articuladas en el corto, mediano y largo plazo, garantizando la planificación, seguimiento, ajuste gradual y consolidación de las intervenciones de adaptación y mitigación del sector, de manera sostenible y coherente con los objetivos estratégicos nacionales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar el Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud) 2026-2035, contenido en el documento técnico que será objeto de publicación

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 la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación y responsables. El Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud), será de aplicación a todas las entidades y actores del sector salud que, en el marco de la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrollen acciones de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con sus competencias, responsabilidades y funciones legales. Igualmente, aquellos que tengan a cargo la implementación de las medidas definidas en el documento técnico que se adopta, así como la formulación y ejecución de políticas, planes, programas, proyectos o estrategias relacionadas con las acciones de adaptación y mitigación frente al cambio climático allí previstas.

Artículo 3. Seguimiento. El seguimiento a lo dispuesto en el Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud), estará a cargo del Comité para la Gestión del Cambio Climático del Sector Salud, creado mediante la Resolución 1443 de 2024.

El seguimiento tendrá como finalidad la identificación oportuna de avances, desafíos y necesidades relacionadas con la implementación y actualización de las medidas definidas en el documento técnico, que deberá estar articulado con las metas y acciones de las Contribuciones Determinadas a Nivel Nacional (NDC), así como con los demás instrumentos de planificación, previstos frente a la agenda de cambio climático.

Artículo 4. Actualización del Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud). El Plan Integral de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud (PIGCCS Salud), constituye un instrumento de carácter dinámico que deberá ser actualizado de manera obligatoria cada cinco (5) años, o de forma extraordinaria cuando se presenten circunstancias críticas que incidan en su pertinencia, aplicabilidad o eficacia. Estas circunstancias comprenden, entre otras, cambios sustanciales en los escenarios climáticos proyectados, modificaciones relevantes en el marco normativo nacional o internacional, o la ocurrencia de eventos climáticos extremos con impacto directo en la salud pública.

Parágrafo: La actualización se materializará con la aprobación del Comité para la Gestión del Cambio Climático del Sector Salud.

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.3.5. Resolución 276 de 2026

Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que debe cumplir el agua potable tratada envasada y el hielo, para consumo humano en el territorio nacional y, se deroga la Resolución 12186 de 1991

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, de las conferidas en el artículo 5. 70 y 564 de la Ley 09 de 1979, en el numeral 31 artículo 2 del Decreto Ley 120 de 2026 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 78 de la Constitución Política, en relación con la calidad de los bienes y servicios establece que, la ley hará responsables a quienes, en los procesos de producción y comercialización, vulneren la salud, la seguridad o el adecuado suministro de bienes y servicios a los consumidores y usuarios.

Que el artículo 588 de la Ley 09 de 1979 dispuso que. el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la función de dirigir la inspección y control de los productos de consumo humano, entre ellos, los alimentos y bebidas.

Que mediante la Resolución 12186 de 1991 emitida por este Ministerio, se fijaron las condiciones para los procesos de obtención, envasado y comercialización de agua potable tratada con destino al consumo humano.

Que por medio de la Ley 170 de 1994, Colombia aprobó el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, en la que se reconoce la facultad de los países miembros para adoptar las medidas necesarias que garanticen la protección de la salud y la vida de las personas, conceptuando que una medida sanitaria es toda medida para salvaguardar la vida y la salud de las personas y los animales frente a los riesgos que puedan derivarse de la presencia de aditivos, contaminantes, toxinas u organismos patógenos en alimentos, bebidas y piensos.

Que estas medidas integran un conjunto integral de leyes, decretos y reglamentos que regulan desde los criterios del producto final y sus métodos de producción, hasta los procedimientos de prueba, inspección y certificación. Asimismo, abarcan los regímenes de cuarentena y las exigencias del transporte de animales o vegetales, junto con los métodos estadísticos 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



muestre©, la evaluación de riesgos y las prescripciones de embalaje y etiquetado ligadas directamente a la inocuidad alimentaria.

Que de acuerdo con lo establecido en los artículos 7 y 8 del Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, contenido en la precitada ley, se deben seguir los procedimientos de los anexos B y C, referentes a la transparencia de las reglamentaciones sanitarias y fitosanitarias y los procedimientos de control, inspección y aprobación, respectivamente, con el propósito de verificar y asegurar el cumplimiento de las medidas sanitarias y fitosanitarias.

Que la Resolución 5109 de 2005, establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado que deben cumplir los alimentos envasados y materias primas de alimentos para consumo humano, entre los que se encuentra el agua potable tratada envasada para consumo humano.

Que en la Resolución 2115 de 2007, se señalan las características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano.

Que el artículo 133 del Decreto Ley 019 de 2012, ordenó a este Ministerio establecer el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) Sanitario de los productos de que trata el objeto del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el cual fue establecido a través de la Resolución 1229 de 2013, que en su artículo 7 determina que la inspección, vigilancia y control sanitario aplicable a los productos destinados al uso y consumo humano, es una función asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de proteger la salud individual y colectiva, consistente en el proceso sistemático y constante de verificación de estándares de calidad e inocuidad, monitoreo de efectos en salud y acciones de intervención en las cadenas productivas, orientadas a la eliminación o minimización de riesgos, daños e impactos negativos a la salud humana por el consumo de bienes y servicios, dentro de los que se encuentran los alimentos.

Que mediante los artículos 17 a 19 de la precitada Resolución, se señalaron las actividades a cargo de las autoridades sanitarias, esto es, del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), y las Entidades Territoriales de salud departamentales, distritales y municipales, en relación con el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario, las cuales fueron posteriormente desarrolladas en las Circulares 046 de 2014 y 046 de 2016 expedidas por este Ministerio, en las cuales se imparten las directrices adicionales orientadas a la articulación y coordinación de las acciones de inspección, vigilancia y control vinculadas con los alimentos y bebidas destinados al consumo humano.

Que a través de la Resolución 2674 de 2013, se reglamentó el artículo 126 del Decreto Ley 019 de 2012, cuyo objeto es el de establecer las condiciones y exigencias sanitarias aplicables a 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



personas naturales y jurídicas que desarrollan actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envasado, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas para alimentos, así como los requisitos relativos a la notificación, permiso o registro sanitario de dichos productos, de acuerdo con su nivel de riesgo para la salud pública, con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la población, dentro de los cuales se encuentran las plantas de procesamiento de agua potable tratada envasada y de hielo, para el consumo humano.

Que por medio del artículo 4 de la Resolución 4506 de 2013, se establecen los niveles máximos permitidos de contaminantes en los alimentos destinados al consumo humano.

Que en las Resoluciones 683 del 2012, 4142 del 2012, 4143 del 2012, 834 del 2013, 835 de 2013, se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los materiales, objetos, envases y equipamientos destinados a entrar en contacto con los alimentos y bebidas para el consumo humano.

Que en la Resolución 1619 de 2015, de acuerdo al párrafo del artículo 5, se insta al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), a definir los estándares de calidad que deben cumplir los laboratorios de control de calidad de alimentos que se encuentren ubicados dentro de los establecimientos dedicados a la fabricación, procesamiento, elaboración o envasado de los mismos, destacando las plantas de agua envasada tratada envasada y de hielo.

Que el proyecto de resolución fue notificado a la Organización Mundial del Comercio (OMC), mediante el documento identificado con las signaturas G/SPS/N/COL/325 del 17 de febrero de 2021 y G/SPS/N/COL/325/Add.1 del 21 de marzo de 2025.

Que mediante la Resolución 1407 de 2022 se señalan los criterios microbiológicos que deben cumplir los alimentos y bebidas destinados para consumo humano, entre los que se encuentra el agua potable tratada envasada y el hielo para consumo humano.

Que se hace necesario actualizar y establecer los requisitos sanitarios del agua potable tratada envasada y el hielo como alimento o materia prima destinado al consumo humano, cuya verificación será realizada por las autoridades sanitarias, mediante acciones de inspección, vigilancia y control con el objeto de proteger la salud de los consumidores.

Que la actualización de los requisitos sanitarios del agua potable tratada envasada y el hielo como alimento o materia prima destinado al consumo humano, se realiza conforme a los estándares internacionales, es decir, el Codex Alimentarius, especialmente, la Norma Codex Stan 227-2001, Norma General para las Aguas Potables Embotelladas/Envasadas (Distintas de las aguas

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



minerales naturales), adoptada en 2001 y enmendada en 2019 (CXS 227-2001) y, el Código de Prácticas de Higiene para las Aguas Potables Embotelladas/Envasadas (Distintas de las Aguas Minerales Naturales) (CXC 48-2001). Así mismo, se consideraron en el presente acto administrativo, las Guías para la calidad del agua potable de la Organización Mundial de la Salud, la cual se relaciona con la seguridad del agua potable, integrando los principios reconocidos a nivel internacional.

Que, en ese sentido, el presente acto administrativo es una medida sanitaria, que se basa en evidencia científica, para establecer los requisitos del producto final, el envasado y rotulado y los tratamientos permitidos de agua potable tratada envasada y del hielo, los cuales son necesarios para garantizar la inocuidad y la protección a la salud del consumidor.

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009 y el artículo 2.2.2.30.7. del Decreto 1074 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó concepto de abogacía de la competencia a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), respecto del proyecto de resolución, a lo cual se obtuvo respuesta mediante el oficio con radicado 24-357630-7-0 del 27 de septiembre de 2024, que concluye que el proyecto adopta estándares reconocidos a nivel internacional, los cuales son medidas imprescindibles para proteger la salud pública en el país.

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 y el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011, el proyecto de resolución fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para opiniones, sugerencias o propuestas de los ciudadanos y grupos de interés.

Que, la Organización Mundial del Comercio en el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, indicó que los miembros notificarán sus medidas sanitarias o fitosanitarias y, velarán porque se publiquen para que los interesados puedan conocer su contenido, razón por la cual, la presente resolución surtirá el trámite de publicidad anteriormente mencionado.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I
OBJETO, CAMPO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**



Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos sanitarios que debe cumplir el agua potable tratada envasada y el hielo, para consumo humano, que se fabrique, procese, envase, almacene, transporte, importe, expendia y comercialice en el territorio nacional, con el fin de garantizar su inocuidad, protegiendo la salud humana y previniendo posibles daños a la misma.

Artículo 2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución se aplican a:

- 2.1. El agua potable tratada envasada y el hielo que se fabrique, procese, envase, almacene, transporte, expendia, importe y comercialice en el territorio nacional con destino al consumo humano.
- 2.2. Las personas naturales o jurídicas dedicadas que ejercen las actividades de fabricación, procesamiento, envasado, almacenamiento, comercialización, expendio, transporte e importación de agua potable tratada envasada o hielo destinados para consumo humano.
- 2.3. Las autoridades sanitarias competentes encargadas de ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre la fabricación, procesamiento, envasado, almacenamiento, comercialización, transporte, expendio e importación de agua potable tratada envasada o hielo destinados para consumo humano.

Parágrafo. Se excluyen de la aplicación de la presente resolución, las aguas minerales naturales y las aguas de manantial envasadas para consumo humano.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

- 3.1. **Agua cruda:** Es el agua que no ha sido sometida a proceso de tratamiento para su potabilización.
- 3.2. **Agua potable tratada envasada:** Es el agua destinada para el consumo humano, que ha sido sometida a procesos de tratamiento que garantizan su potabilidad e inocuidad, cumple las características físicas, químicas y microbiológicas definidas en la reglamentación sanitaria, y es envasada en recipientes herméticamente cerrados. Puede contener minerales que se hallan naturalmente; y dióxido de carbono por encontrarse naturalmente o por ser agregado intencionalmente, pero no azúcares, edulcorantes, aromatizantes, aditivos u otras sustancias alimentarias.



- 3.3. Agua potable tratada envasada carbonatada o gasificada: Es el agua potable tratada envasada, con adición de dióxido de carbono.
- 3.4. Agua preparada: Es el agua potable tratada envasada distinta del agua mineral natural y del agua de manantial, a la cual se le ha adicionado minerales, que puede tener cualquier tipo de procedencia subterránea o superficial y que ha sido sometida a procesos de tratamiento que garanticen su inocuidad y potabilidad, haciéndola apta para el consumo humano; que puede contener dióxido de carbono por encontrarse naturalmente o por ser agregado intencionalmente. Se excluye de esta definición el agua potable envasada sometida a proceso de osmosis inversa, que requiere una posterior reconstitución de sales y minerales para garantizar la potabilidad del agua.
- 3.5. **Cloro combinado:** Es el cloro que existe en el agua en combinación química con amoníaco u otros compuestos orgánicos de nitrógeno.
- 3.6. **Cloro residual libre:** Es aquella porción de cloro que queda en el agua después de un período de contacto definido, que reacciona química y biológicamente como ácido hipocloroso o como ion hipoclorito.
- 3.7. **Cloro total:** La suma de cloro libre y el cloro combinado.
- 3.8. **Hielo:** Es el producto obtenido al someter el agua potable tratada a congelamiento. Este proceso puede realizarse ya sea congelando el agua y posteriormente envasando el hielo, o envasando el agua y posteriormente congelarla. Debe tener la misma cantidad de cloro residual que el agua potable tratada.
- 3.9. **Tratamiento o potabilización:** Es el conjunto de procesos tecnológicos o tratamientos que se realizan sobre el agua cruda, con el fin de modificar sus características físicas, químicas y microbiológicas, para hacerla apta para el consumo humano.

TÍTULO II CONTENIDO TÉCNICO

CAPÍTULO I REQUISITOS GENERALES

Artículo 4. Fuentes de agua. Los establecimientos dedicados a la fabricación, procesamiento y envasado de agua potable tratada envasada y de hielo, deberán tomar como fuentes de agua, las siguientes: subterránea, superficial o la procedente de un sistema público de distribución de agua, en cualquier estado (líquido, sólido o gaseoso).



Artículo 5. *Tratamientos permitidos.* Las aguas destinadas a ser envasadas o para fabricación de hielo para consumo humano, deberán someterse a tratamientos que modifiquen las características microbiológicas, físicas y químicas del agua cruda de forma que cumplan con los requisitos físicos, químicos, microbiológicos y radiológicos establecidos en la presente resolución, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- 5.1. Los tratamientos del agua estarán determinados por la fuente de abastecimiento utilizada, e incluye, tratamientos físicos y químicos, tales como, decantación, coagulación, floculación, microfiltración, filtración, desalinización, destilación, así como tratamientos de desinfección con métodos, como: cloración, rayos ultravioletas, ozonización, osmosis inversa, pasteurización u otro que reduzca los microorganismos patógenos o indicadores a los niveles establecidos en la presente resolución.
- 5.2. Los tratamientos podrán aplicarse de forma aislada o conjuntamente como barreras múltiples, siempre y cuando se garantice la inocuidad y calidad del producto final, garantizando que todos los dispositivos y/o equipos cumplan con las intervenciones metrológicas. Cuando el último tratamiento sea la desinfección por rayos ultravioleta o la ozonización, los dispositivos deben estar ubicados antes del proceso de envasado del agua para garantizar la efectividad del tratamiento.
- 5.3. Todos los tratamientos del agua destinada al envasado o para fabricación de hielo deben realizarse en condiciones controladas para evitar cualquier tipo de contaminación, incluida la formación de subproductos de desinfección, en particular los bromatos y la presencia de residuos de las sustancias químicas utilizadas para tratar el agua, en cantidades que puedan afectar la salud.

Artículo 6. *Buenas prácticas de manufactura.* Las actividades de fabricación, procesamiento, envase, almacenamiento, transporte, expendio y comercialización de agua potable tratada envasada y de hielo para consumo humano, se ceñirán a los principios de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) estipuladas en el Título II de la Resolución 2674 de 2013, con excepción del Capítulo VIII, o la norma que la modifique, derogue o sustituya.

Artículo 7. *Operaciones de fabricación y proceso.* Además del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura indicadas en el artículo 6 de la presente resolución, las operaciones de proceso del agua potable tratada envasada y fabricación del hielo cumplirán los siguientes requisitos:



- 7.1. Las tuberías de conducción de agua deben ser de materiales sanitarios y diseñadas de manera que permitan su limpieza y desinfección, e impidan la formación de biopelículas en las mismas, acorde a lo dispuesto en el numeral 12 del artículo 9 de la Resolución 2674 de 2013 o la norma que la modifique, derogue o sustituya.
- 7.2. Los depósitos de almacenamiento de agua, así como los equipos para la fabricación de hielo, especialmente los moldes cualquiera que sea su tamaño, deben ser de materiales sanitarios aptos para estar en contacto con alimentos conforme con las Resoluciones 683 del 2012, 4142 del 2012, 4143 del 2012, 834 del 2013, 835 de 2013, expedidas por este Ministerio o las normas que las modifiquen, deroguen o sustituyan, y contar con un diseño adecuado que permita su limpieza y desinfección; deben contar con tapa que permita el acceso para la sanitización y el mantenimiento' y que mantenga el depósito sellado permanentemente con las medidas preventivas adecuadas para evitar posible contaminación.
- 7.3. Las áreas destinadas al envasado de agua o de hielo, deben estar separadas de las demás áreas dispuestas y protegidas, de modo que se evite toda posibilidad de contaminación durante el proceso de llenado o envasado.
- 7.4. En las plantas o establecimientos en donde se empleen envases reutilizables, se deberá disponer de un área adecuada y un equipo especial para su lavado o higienización.
- 7.5. Las tuberías de conducción de agua destinada a ser envasada y para fabricación de hielo y los depósitos y máquinas de llenado, deben tener la inclinación que permita la evacuación y evite el empozamiento interno; así mismo debe permitir una eficaz limpieza y desinfección periódica.
- 7.6. El llenado de los moldes para la fabricación del hielo debe hacerse a través de tubería fija, o de mangueras de material sanitario apto para estar en contacto con alimentos.
- 7.7. Las operaciones de envasado y cierre se realizarán mediante sistemas mecánicos simples o automáticos.
- 7.8. Los equipos de congelación deben estar contruidos de material sanitario apto para el contacto con alimentos, y deben estar ubicados de acuerdo con el flujo lógico del proceso, que garantice la protección del producto y evite la contaminación cruzada.
- 7.9. Los equipos, tuberías, acoples, tanques de almacenamiento, moldes, llaves dosificadoras, aparatos dispensadores o cualquier otra superficie que entre en contacto directo 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



agua o el hielo, se deben limpiar y desinfectar con la frecuencia que determinen las condiciones del establecimiento, proceso y equipo de tal forma que se garantice la eliminación de riesgos asociados.

7.10. Las plataformas o estructuras de acceso a los tanques de congelación utilizados en la fabricación de hielo deben ser no porosos, lisos, impermeables, con pendiente hacia el drenaje y de requerirse se debe contar con barreras o medidas de protección que impidan la contaminación de los tanques.

7.11. El agua utilizada en el desmolde en los tanques de despegue del hielo debe ser potable.

Parágrafo 1. Los dispositivos y/o equipos para la fabricación y/o proceso deben cumplir con las intervenciones metrológicas.

Parágrafo 2. Cualquier adición de minerales al agua preparada antes de su envasado, deberá ajustarse a lo dispuesto en esta resolución, con el fin de que el producto final cumpla con los requisitos físicos, químicos y radiológicos necesarios.

Artículo 8. Requisitos fisicoquímicos del agua potable tratada envasada y del hielo para consumo humano. El agua potable tratada envasada y el hielo para consumo humano deben cumplir con los requisitos sanitarios establecidos en la Resolución 2115 de 2007, expedida por el hoy Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y este Ministerio, o la norma que la modifique, derogue o sustituya, y adicionalmente cumplirán con los requisitos indicados en las tablas 1, 2 y 3:

Tabla 1. Límites de determinadas sustancias en relación con la salud

Requisito	Límite máximo mg/l
Boro	1.5

Tabla 2. Requisito de potencial de hidrógeno (pH)

Requisito	Agua sin carbonatar	Agua carbonatada
pH	6,0 – 9,5	3,0 – 9,5

Tabla 3. Requisitos de cloro residual libre, total y sólidos totales

Requisito	Minimo	Máximo
Cloro residual libre	0.2 mg/l	1.0 mg/l
Cloro total	—	1.2 mg/l
Sólidos totales disueltos	Máximo 300 mg/l	

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 requisitos de cloro residual libre y cloro total deben ser analizados al momento del envasado, para aquellos que utilicen cloración como tratamiento de desinfección.

Parágrafo 2. El potencial de hidrógeno debe ser analizado en producto recién envasado para cualquier tratamiento y en producto final.

Artículo 9. Contenido radiológico. Los niveles máximos permitidos de radionucleidos en hielo y agua potable tratada envasada serán los establecidos en el artículo 4 de la Resolución 4506 de 2013 expedida por este Ministerio, o la norma que la modifique, derogue o sustituya.

Artículo 10. Contenido de plaguicidas y otras sustancias. Las características químicas del hielo y agua potable tratada envasada deberán sujetarse a las concentraciones máximas aceptables de plaguicidas y otras sustancias químicas y los contenidos máximos de agentes limpiadores/desinfectantes que se señalan en los artículos 5. 6. 7, 8 y 9 de la Resolución 2115 de 2007, expedida por este Ministerio, o las normas que la modifiquen, deroguen o sustituyan.

Parágrafo. Se exceptúan los siguientes plaguicidas, cuyos límites máximos se presentan a continuación:

Tabla 4. Límites de plaguicidas

Requisito	Límite máximo (µg/l)
Heptacloro	0,03
Aldrin / Dieldrin	0,03 (Suma)

Artículo 11. Requisito de ozono. El agua potable tratada destinada para envasar o a la fabricación de hielo, que sea sometida a procesos de desinfección por ozonización debe cumplir con los requisitos establecidos en la tabla 5:

Tabla 5. Requisito de ozono

Requisito	Rango mg/l
Ozono	0.2 - 0.5 mg/l

Parágrafo. Para el agua potable tratada y el agua destinada a la producción de hielo, el requisito de ozono se tomará ya sea en el producto recién envasado o previo al congelamiento respectivamente.



Artículo 12. Requisitos microbiológicos del agua potable tratada envasada y del hielo para consumo humano. El agua potable tratada envasada y el hielo para consumo humano deben cumplir con los requisitos microbiológicos establecidos en la Resolución 1407 de 2022 expedida por este Ministerio o la normas que la modifique, derogue o sustituya.

Artículo 13. Aditivos. Se podrá utilizar el dióxido de carbono (CO₂) en una cantidad cuyo límite dosis máxima de uso determinada por las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Parágrafo. El gas o anhídrido carbónico empleado en la elaboración de agua potable tratada envasada carbonatada o gasificada, debe estar exento de sustancias extrañas que le confieran olor y/o sabor, y debe ser grado alimenticio, con las siguientes características:

Tabla 6. Especificaciones del anhídrido carbónico

Requisito	Especificación
Pureza	Mínimo 99,9% v/v
Monóxido de carbono	Máximo 10 ppm v/v
Hidrocarburos totales	Máximo 50 ppm v/v

CAPÍTULO II CONTROL DE CALIDAD

Artículo 14. Controles analíticos. Los muestreos y controles analíticos incluirán como mínimo las siguientes determinaciones, en los períodos máximos citados:

- 14.1.** En los casos de desinfección del agua por cloración u ozonización, se deberán realizar análisis para verificar la eficacia de los tratamientos de desinfección, mediante la comprobación de los niveles de cloro residual libre y de ozono en el producto terminado.
- 14.2.** Se deberán realizar análisis de parámetros microbiológicos, así como de color, turbiedad, sólidos totales, pH del producto terminado, de acuerdo con el plan de muestreo y aseguramiento del control de calidad implementado por el establecimiento.
- 14.3.** En el establecimiento se deberá elaborar un plan de muestreo, que permita verificar el cumplimiento de los requisitos microbiológicos y fisicoquímicos de la materia prima y del producto terminado establecidos en la presente resolución, para definir la frecuencia se



debe tener en cuenta el volumen de producción y tiempo de almacenamiento, en todas las etapas críticas del proceso.

- 14.4.** Al menos cada año se realizará una caracterización de todas las fuentes de abastecimiento de agua, de acuerdo con los requisitos establecidos en el Capítulo II de la Resolución 2115 de 2007, expedida por el hoy Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y este Ministerio, o en la norma que la modifique, derogue o sustituya. El establecimiento realizará controles analíticos en el momento que se detecten problemas o anomalías sanitarias en los procesos de fabricación o envasado de agua o de hielo.

Parágrafo 1. Para el cumplimiento del numeral 14.4 del presente artículo, las empresas podrán recurrir a informes de laboratorio actualizados, disponibles en las entidades competentes responsables del manejo y control del recurso hídrico que corresponda a la fuente de abastecimiento del agua utilizada, como referencia. Sin embargo, esto no exime de la responsabilidad de llevar a cabo la caracterización de la fuente, ni de llevar a cabo los controles analíticos de la materia prima y del producto terminado de acuerdo con lo establecido en el plan de muestreo.

Parágrafo 2. Los controles analíticos podrán ser realizados, total o parcialmente, en un laboratorio propio de la empresa o en un laboratorio externo, debiendo, en cualquier caso, quedar asegurada la debida competencia técnica de los mismos y la calidad de los resultados analíticos en el marco de la Resolución 1619 de 2015 de este Ministerio o la norma que la modifique, derogue o sustituya.

CAPÍTULO III ENVASE Y ROTULADO

Artículo 15. Envase. Los envases utilizados para los productos objeto de la presente resolución, deben cumplir con los requisitos establecidos en las Resoluciones 683 del 2012, 4142 del 2012, 4143 del 2012, 834 del 2013, 835 de 2013, expedidas por este Ministerio, o las normas que las modifiquen, deroguen o sustituyan, además de conferir al producto protección durante la distribución, almacenamiento, transporte y expendio, y cumplir con los siguientes requisitos:

- 15.1.** Los cierres de los envases deberán garantizar hermeticidad con imposibilidad de contaminación por agentes extraños. Así mismo, los cierres empleados garantizarán que el envase no ha sido abierto después del llenado y antes de la venta al consumidor.
- 15.2.** No haber sido utilizados previamente para algún fin diferente a envasar agua potable tratada que pudiese ocasionar la contaminación del producto a contener.



- 15.3. Ser inspeccionados antes del uso para asegurarse que estén en buen estado y limpios.
- 15.4. Garantizar la inocuidad del envase antes de su uso para el envasado del agua potable tratada y del hielo.
- 15.5. En el lavado e higienización de envases se podrán utilizar sustancias aptas para el uso en la industria de alimentos y la operación deberá garantizar que no quede en el envase residuos de las sustancias empleadas y que no se transmitan al agua potable tratada envasada y al hielo sabores y olores extraños. Este proceso se debe realizar en un área exclusiva para tal fin que no contamine las áreas de proceso.

Parágrafo. Se prohíbe el envasado y la comercialización de agua potable tratada envasada, en recipientes cuyas marcas o leyendas correspondan a otros fabricantes o productos que están prohibidos, como la utilización de procedimientos mecánicos o químicos que simulen u oculten las características del envase con el fin de ser utilizado por otro fabricante distinto al original.

Artículo 16. Operaciones de envasado. Las operaciones de envasado deben hacerse en condiciones que eviten la contaminación del producto y deberán cumplir las siguientes condiciones:

- 16.1. El área destinada al envasado del agua potable tratada envasada y del hielo deberá estar separada físicamente de las demás áreas de la planta.
- 16.2. Se deberá garantizar el aseguramiento de calidad del producto procesado, de acuerdo con lo establecido en Capítulo V de la Resolución 2674 de 2013, expedida por este Ministerio, o las normas que la modifique o sustituya.

Artículo 17. Rotulado. Los rótulos o etiquetas de los productos objeto de la presente resolución deben cumplir con los requisitos de rotulado general, previstos en la Resolución 5109 del 2005 o en las normas que la modifiquen o sustituyan. Además, se ajustarán a las siguientes especificaciones:

- 17.1. El producto debe denominarse, según sea el caso, como: “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA”: “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA CARBONATADA O GASIFICADA”; “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA PREPARADA”; “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA PREPARADA CARBONATADA O GASIFICADA”; “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA CARBONATADA O GASIFICADA NATURALMENTE”: “AGUA POTABLE TRATADA ENVASADA PREPARADA CARBONATADA O GASIFICADA NATURALMENTE”.



- 17.2.** El producto debe denominarse, según sea el caso, como “carbonatada naturalmente” o gasificada naturalmente”, para el agua subterránea que una vez envasada desprenda dióxido de carbono espontánea y visiblemente, en condiciones normales de temperatura y presión, y dicho dióxido procede de la fuente en el punto de nacimiento y está presente en la misma concentración que tenía originalmente en el punto de nacimiento, con la posible reincorporación de gas de la misma fuente, teniendo en cuenta una tolerancia técnica de $\pm 20 \%$.
- 17.3.** El producto debe denominarse, según sea el caso, como “adicionado con dióxido de carbono”, para el agua subterránea, si una vez envasada, el dióxido de carbono se desprende espontánea y visiblemente en condiciones normales de temperatura y presión, y dicho dióxido procede de la fuente en el punto de nacimiento, pero está presente en una concentración de al menos un 20 % más de la cantidad presente originalmente en el punto de nacimiento, con una reincorporación posible de gas de la misma fuente.
- 17.4.** En el caso de las demás aguas, se denominarán "carbonatada" o “gasificada” si, una vez envasada, el dióxido de carbono se desprende espontánea y visiblemente en condiciones normales de temperatura y presión, y el dióxido de carbono no procede en su totalidad de la misma fuente que la del agua en el punto de nacimiento.
- 17.5.** Declarar el tratamiento final de desinfección que corresponda de acuerdo con el proceso. En el evento de emplear más de un (1) tratamiento de desinfección estos deben ser declarados en las etiquetas.
- 17.6.** En un lugar visible del rótulo y en caracteres visibles, legibles e indelebles, se debe incluir la siguiente leyenda: “CONSERVESE EN LUGAR FRESCO, PROTEGIDO DE LA LUZ Y DESPUÉS DE ABIERTO CONSÚMASE EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE”, y para presentaciones superiores a 10 litros “CONSERVESE EN LUGAR FRESCO Y DESPUÉS DE ABIERTO CONSÚMASE EN UN TIEMPO NO MAYOR DE 15 DÍAS”.

TÍTULO III DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO I IVC, MEDIDAS DE SEGURIDAD, SANCIONES, NOTIFICACIÓN Y VIGENCIA

Artículo 18. *Análisis de laboratorio.* Los análisis de laboratorio se realizarán de acuerdo con los métodos normalizados, o en su defecto, con métodos de ensayo no normalizados validados



por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), como Laboratorio Nacional de Referencia.

Parágrafo. Los laboratorios deben garantizar que el método analítico utilizado cumpla los requisitos particulares para el uso específico, y que sean métodos analíticos aprobados por organismos internacionales competentes en este campo, lo cual será verificado por las autoridades sanitarias que corresponda (INVIMA o Entidad Territorial de Salud).

Artículo 19. Inspección, vigilancia y control. Corresponde al INVIMA y a las Secretarías de Salud o quien haga sus veces, en el ámbito de sus competencias, ejercer la inspección, vigilancia y control conforme a lo dispuesto en las Leyes 9 de 1979, 715 de 2001 y los literales a), b) y c) del artículo 34 de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 1229 de 2013, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 20. Medidas sanitarias de seguridad, procedimientos y sanciones. El incumplimiento a lo dispuesto en la presente resolución dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y sanciones contenidas en la Ley 9 de 1979.

Artículo 21. Notificación. La presente resolución será notificada a través del punto de contacto (OTC/MSF) de Colombia, a los países miembros de la Organización Mundial de Comercio, de la Comunidad Andina y a los países con los cuales Colombia tenga acuerdos comerciales vigentes que contemplen dicha obligación, en cumplimiento de la Ley 170 de 1994.

Artículo 22. Transitoriedad. Para la aplicación del presente acto administrativo, se dispondrá de dieciocho (18) meses siguientes, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Artículo 23. Vigencia y derogatoria. La presente resolución empezará a regir a partir de la fecha de su expedición y, deroga la Resolución 12186 de 1991, vencido el término previsto en el artículo 22 del presente acto administrativo.

NOTIFIQUESE, PUBLÍQUESE, Y CÚMPLASE



2.3.6. Resolución 347 de 2026

Por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, de las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los numerales 42.1 y 42.6 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 8 de la Ley 2460 de 2025, el numeral 5.3.5 del Anexo Técnico del Decreto 729 de 2025, el numeral 4 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026

CONSIDERANDO

Que el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia establece que, son fines esenciales del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y, que corresponde a las autoridades de la República proteger a todas las personas residentes en el país, en su vida, honra, bienes y creencias. Asimismo, el artículo 7, reconoce y da protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Que igualmente, la Carta Política en sus artículos 48 y 49, este último modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, reconocen y amparan el derecho fundamental a la salud y la seguridad social, estableciendo la obligación en cabeza del Estado de garantizar la prestación del servicio público de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, asegurando a todas las personas el acceso efectivo a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Que el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, señala como funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, el expedir las normas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Que de conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, en especial el numeral 42.1 del artículo 42, corresponde a la Nación definir las políticas, planes y lineamientos generales en

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



materia de salud pública, y el numeral 42.6, le otorgó al Ministerio de Salud y Protección Social la competencia para definir, diseñar e implementar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema en Vigilancia en Salud Pública.

Que según lo previsto en los artículos 43, 44 y 45 de la precitada Ley, compete a las entidades territoriales la dirección, coordinación y ejecución de dichas políticas en su respectivo ámbito territorial, a través de las direcciones seccionales, departamentales o distritales de salud y de las secretarías de salud municipales, las cuales son responsables de la formulación, implementación y evaluación de programas, planes y acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral de la población, en articulación con el nivel nacional y con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en Sentencia de 4 de julio de 2006, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, se pronunció sobre el derecho a la salud mental y destacó la necesidad de una protección jurídica reforzada para las personas especialmente vulnerables con discapacidad mental, señalando que los Estados tienen el deber de regular de manera permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales de salud, garantizando estándares de calidad que prevengan riesgos para la vida y la integridad física de quienes reciben tratamiento. Asimismo, indicó que deben establecer mecanismos adecuados de supervisión de las instituciones, así como sistemas para la recepción, investigación y resolución de quejas, junto con procedimientos disciplinarios o judiciales Idóneos frente a faltas profesionales o vulneraciones de los derechos de los pacientes.

Que el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, otorgó competencia al Gobierno Nacional para definir el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual deberá incorporarse en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Dicho plan, entre otros aspectos, debe incluir, conforme al literal a) las acciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Así mismo, el parágrafo 3 de este artículo, establece la obligación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social de definir los protocolos de atención, remisión y tratamiento en los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Que la Ley 1616 de 2013 establece en su artículo 1, modificado por el artículo 3 de la Ley 2640 de 2025, que su objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, con especial priorización de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, mediante la promoción de la salud mental, la prevención y la atención integral e integrada de los trastornos y enfermedades mentales en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución Política, bajo el enfoque promocional de calidad de vida y los principios y estrategias de la Atención Primaria en

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 igual forma, establecer el marco de derechos, principios, definiciones y criterios de política para la formulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos humanos, de género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, de curso de vida y biopsicosocial.

Que, de conformidad con el artículo 2, el artículo 5 numerales 10 y 11, y el artículo 36 de la Ley 1616 de 2013, la participación social constituye un eje fundamental de las políticas en salud mental, reconociendo a los líderes comunitarios y a las organizaciones sociales como actores estratégicos, e incorporando de manera transversal a los actores sociales y comunitarios en las acciones de promoción, prevención y atención integral, con participación de las personas afectadas, sus familias y cuidadores, y fortaleciendo los espacios de participación ciudadana para la planificación, implementación y evaluación de dichas acciones, en articulación con las autoridades sanitarias.

Que, por su parte en los artículos 27 y 28 ibidem, se garantiza la participación efectiva de las comunidades y la inclusión de asociaciones de personas, familias y cuidadores en las acciones de salud mental.

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, determinó mediante el literal c) del artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar dicho derecho fundamental, para lo cual debe formular y adoptar políticas orientadas a fomentar la promoción de la salud, la prevención y el manejo de la enfermedad, así como la rehabilitación de sus consecuencias, a través de intervenciones tanto colectivas como individuales.

Que la Corte Constitucional de Colombia, ha reiterado en las Sentencias T-050 de 2019, T-178 de 2024 y T-065 de 2024, el amparo del derecho fundamental a la salud de las personas que padecen enfermedades o trastornos mentales y, que se encuentran en un estado de vulnerabilidad y debilidad, a quienes, por lo tanto, se les debe garantizar un nivel superior de protección y de prestación del servicio, atendiendo a la protección especial del que goza este grupo poblacional.

Que la Resolución 2654 de 2019, establece disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. En su artículo 10, define la teleorientación como el conjunto de acciones desarrolladas a través de tecnologías de la información y comunicaciones, para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social (2021), elaboró un lineamiento que orienta al país en acciones basadas en la evidencia para prevenir el suicidio como proceso, con el propósito

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



global de revertir la tendencia al aumento, denominado *“Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia”*.

Que mediante la Resolución 1035 de 2022, parcialmente modificada por la Resolución 2367 de 2023, se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, junto con sus capítulos diferenciales dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, la población víctima del conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palanquera, el cual estableció entre las metas relacionadas con eventos de interés en salud pública a 2031, mantener la tasa de mortalidad por suicidio por debajo de cinco (5) por cada cien mil (100.000) habitantes; así mismo, dicho plan establece como en eje estratégico 3, denominado “Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud”, el elemento orientador “Construcción de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud”, planteándose en este como meta, que a 2031 el país haya incorporado en sus acciones de política, prácticas que construyan modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud.

Que la Ley 2294 de 2023, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, señala en su artículo 166 que el Gobierno Nacional bajo la coordinación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación del Consejo Nacional de Salud Mental actualizará la política nacional de salud mental individual y colectiva en la cual se abordarán líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud mental, por entornos de desarrollo, curso de vida distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que contemple la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y las situaciones de violencia.

Que según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023) en su informe TORENS15”, indica que la tasa de suicidio en Colombia alcanzó su nivel más alto en 2023, con 6,59 casos por cada 100.000 habitantes, equivalente a 3.195 casos o aproximadamente 8 suicidios diarios. En la última década, el fenómeno ha mostrado un incremento sostenido, evidenciado entre los años 2014 y 2023 un aumento del 41,22% en el número de casos.

Que en el mundo cada año 726.000 personas, se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos (OPS, 2024), siendo el suicidio la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años. La tasa de intentos de suicidio en Colombia, tiene una tasa de incidencia de 51.5 por 100.000 habitantes en el año 2025, frente a la población indígena, para el año 2025 se presentaron 880 casos, para una tasa de 35,0 por 100.000 habitantes indígenas, de acuerdo con el informe de evento “Intento de suicidio” del Instituto Nacional de Salud (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



Que el artículo 8 de la Ley 2460 de 2025, en concordancia con el artículo 8 de la Ley 1616 de 2013, estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, deberán crear, generar y producir, contenidos y estrategias periódicas anuales de comunicación masiva que integren el sistema de medios públicos, incluyendo las cuentas de redes sociales de entidades; y a disposición de medios y canales de comunicación digitales públicos y privados, para la promoción y el cuidado de la salud mental, la educación emocional, la identificación temprana de enfermedades y/o trastornos mentales y la atención primaria en salud mental.

Que el Decreto 729 del 2025 por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, actualiza y adopta la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034, estableciendo en el numeral 5.3.5 de su anexo, la estrategia de 'Mitigación de la conducta suicida', que busca disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida mediante una articulación transectorial e intersectorial, enfocada en intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, por curso de vida, con acciones que favorezcan la vigilancia epidemiológica, la concientización, la reducción del estigma y la discriminación, la capacitación, el acceso a servicios, el tratamiento oportuno, la intervención en situaciones de crisis, el seguimiento y el acompañamiento a los supervivientes y sus familias, así como la supervisión y coordinación de esfuerzos.

Que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la tele orientación en salud mental se constituye como una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en tanto permite la identificación temprana de riesgos y la adopción de acciones oportunas de prevención, contribuyendo de manera directa al eje 2 de la Política Nacional de Salud Mental, referente a la prevención de problemas, trastornos de la salud mental y epilepsia, al facilitar la detección de riesgos asociados a la salud mental, incluida la conducta suicida, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, la epilepsia y las situaciones de violencias; así como el abordaje inicial mediante intervenciones en crisis y primeros auxilios psicológicos, la orientación para la canalización a los servicios de salud y sociales pertinentes, y el seguimiento de dichas canalizaciones con el fin de evaluar la reducción de los riesgos identificados.

Que en los artículos 1 y 8 de la Ley 2518 de 2025, se establece la participación comunitaria e intersectorial como principio rector y se promueve la implementación del modelo comunitario en la prevención de la enfermedad mental.

Que el Decreto Ley 480 de 2025, expedido bajo la facultad otorgada en el artículo transitorio 56 de la Constitución Política de 1991, la cual determina que el Gobierno Nacional se encuentra facultado para dictar normas de carácter fiscal y de funcionamiento aplicables a los territorios indígenas, de manera transitoria, hasta tanto se expida la ley a que hace referencia el artículo

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



329 de la Carta Política, garantizando su coordinación con las demás entidades territoriales, constituye la norma principal mediante la cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como política de Estado, reconociendo y garantizando la autonomía de los pueblos indígenas en la organización, gestión y desarrollo de sus sistemas propios de salud, en armonía con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo un enfoque de integralidad e interculturalidad, y disponiendo, en particular, en su artículo 25, la autorización para la implementación de procesos propios de fomento de la salud, protección de la armonía y cuidado integral, incluyendo la realización de tratamientos interculturales de carácter voluntario, en respeto de las prácticas y saberes ancestrales de los pueblos indígenas.

Que en el artículo 7 de la Resolución 1597 de 2025, se determina que las entidades territoriales de los órdenes departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, así como otros sectores de gobierno, otros sectores de desarrollo, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, realizarán en el ámbito de su jurisdicción, la gestión territorial integral de la salud pública, estableciendo mecanismos para la implementación de los componentes de la estrategia de la Atención Primaria en Salud, como lo son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana, que integren los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, así como las acciones para garantizar la concurrencia y complementariedad con el Plan de Beneficios en Salud y las estrategias implementadas en otros sectores y la sociedad en general.

Que ante el incremento de casos de suicidio e intento de suicidio en varios territorios del país, se hace necesario la puesta en marcha de una estrategia para la mitigación de la conducta suicida que permita acciones de promoción de la salud mental, prevención y atención de las personas con conducta suicida y sus familias, desde el sector salud y su articulación con otros actores del territorio.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO. Establecer la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida y emitir directrices para su implementación en el territorio nacional, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

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. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente resolución tendrán aplicación en todo el territorio nacional para los siguientes actores:

1. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
2. Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
3. Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas.
4. Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
5. Instituto Nacional de Salud (INS).
6. Administradoras de Riesgos Laborales, en el marco de sus competencias en salud.
7. Organizaciones sociales, comunitarias y comunidad en general, así como demás actores que, en el marco de sus competencias, incidan en los determinantes sociales de la salud mental.

Parágrafo. Las entidades responsables de los regímenes de excepción, especial y demás regímenes específicos, en desarrollo de su autonomía administrativa y en cumplimiento de su deber constitucional de contribuir a la salud pública y a la universalidad del Sistema de Salud, podrán ajustar y adaptar las disposiciones establecidas en la presente resolución para la implementación de la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES: Para los efectos de aplicación de las disposiciones contenidas en esta Resolución, se establecen las siguientes definiciones:

Atención Primaria en Salud: estrategia que orienta la atención en salud de manera integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente desde el nivel primario al complementario, por medio de procesos que fortalecen la rectoría y gobernanza en salud vinculadas al diálogo y la participación ciudadana como elementos fundamentales de la gestión en salud, promoviendo el desarrollo de acciones en salud que responden a las necesidades de la población en consideración de elementos culturales y territoriales, y generando acciones coordinadas y colaborativas de manera intersectorial que permitan la transformación de los determinantes sociales y la reducción de barreras para el acceso a servicios de salud. Su operación se concreta a través de acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutorias.

Cuidado integral de la salud: Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutoriedad de la respuesta en salud desde la promoción de la 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



la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, la Sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1955 de 2019, y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, o quien haga sus veces y demás actores del territorio.

Conducta Suicida: Se refiere a los pensamientos o conductas que llevan al acto de quitarse la vida intencionalmente. Puede clasificarse en tres categorías: ideación, intento suicida, suicidio.

Ideación suicida: Pensamiento o idea de querer poner fin a la propia vida, ya sea de forma pasiva, es decir, sin método ni plan, o activa, que incluye planes concretos y detallados, para llevar a cabo la conducta suicida.

Intento de suicidio: Un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

Suicidio: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el acto deliberado de quitarse la vida, realizado con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal.

Continuidad del cuidado: Proceso integral que asegura una experiencia organizada y sin rupturas al transitar entre diferentes servicios de salud, lo cual es clave para fortalecer la calidad de la atención y los resultados clínicos, además de favorecer la integración organizada con servicios de cuidado a cargo de otros sectores.

ARTÍCULO 4. CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA. Las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de servicios de salud y demás entidades que, en el marco de sus competencias, incidan en los determinantes sociales de la salud mental, implementarán acciones para La Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud de las Personas con Conducta Suicida en el marco de los ejes estratégicos de la Política Nacional de Salud Mental, por curso de vida y los entornos del desarrollo, de la siguiente manera:



- **Promoción de la salud mental:** Promover acciones y procesos transformadores que capaciten a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Se enfoca en promover la salud mental mediante estrategias integrales. Las acciones derivadas consideran los contextos social, ambiental y cultural de las personas, destacando la participación social y la apropiación comunitaria como elementos fundamentales para fomentar un cambio desde las realidades locales. Se deben priorizar las acciones basadas en evidencia tales como:
 - a. Satisfacción de necesidades humanas.
 - b. Fortalecimiento de capacidades en habilidades y competencias socioemocionales.
 - c. Fortalecimiento de redes de apoyo sociales y comunitarias.
 - d. Implementación de estrategias de comunicación para el cuidado de la salud mental individual, familiar y comunitaria.
 - e. Acciones coordinadas en el territorio, para afectar positivamente los determinantes sociales que afectan la salud mental.

- **Prevención de la Conducta Suicida:** Acciones dirigidas a anticipar, prevenir y/o reducir la presencia de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, se enfoca primordialmente a la modificación de condiciones y conductas de riesgo en personas, familias y comunidades, mejorando la capacidad de respuesta para el cuidado de las personas con conducta suicida. Se deben priorizar las acciones basadas en evidencia tales como:
 - a. Detección temprana a través de pruebas de tamización.
 - b. Prevenir las diferentes formas de violencia y violencia de género.
 - c. Estrategias para eliminar la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
 - d. Garantizar acciones enfocadas al acceso a servicios tales como educación trabajo y justicia.
 - e. Implementar estrategias de comunicación dirigidas a fortalecer el sentido de vida, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida a medios de comunicación.
 - f. Acciones para retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, como factor de riesgo para la conducta suicida.
 - g. Acciones de reducción de daños, realizar acciones dirigidas a limitar el acceso medios letales (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos) utilizados para el suicidio.
 - h. Desarrollar capacidades para la intervención en crisis, apoyo a sobrevivientes de suicidio (familias y/o red de apoyo de las personas que tuvieron muerte por suicidio).
 - i. Intervención en puntos críticos (puentes, edificios, vías férreas), entre otras acciones.



- **Atención:** Enfocado en brindar una atención integral, integrada y continua que cubra desde el nivel de atención primaria hasta el complementario, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se destacan la organización estratégica y la complementariedad de las acciones de los actores del sistema de salud y otros sectores relevantes, con el objetivo de ofrecer una respuesta efectiva y humanizada a las necesidades de la población. Se priorizará la implementación y aplicación de la 'Guía de Práctica Clínica adaptada a Colombia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida.
- **Rehabilitación integral e inclusión social:** Establece las bases para la gestión de procesos sectoriales, intersectoriales y comunitarios necesarios para promover la integración e inclusión social, el acceso a oportunidades y la mejora de la calidad de vida de las personas con conducta suicida, desde una perspectiva interseccional, buscando reducir, entre otros, el estigma, el autoestigma, y promoviendo la integración de acciones para la recuperación psicológica, la promoción de la autonomía y la participación en distintos contextos sociales.
- **Gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial:** Se consolidan acciones integradas orientadas a la prevención de la conducta suicida en los territorios, contempla el fortalecimiento de capacidades a través de procesos formativos dirigidos a actores clave como docentes escolares y universitarios y orientadores escolares, líderes sociales y comunitarios, referentes religiosos, personal de establecimientos comerciales, primeros respondientes y talento humano del sector salud, con el fin de mejorar la detección temprana, la atención oportuna y la canalización adecuada de casos de riesgo. Asimismo, se promueve el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública mediante el uso articulado de mecanismos como el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Registro Único de Afiliados (RUAF), incluyendo la implementación de unidades de análisis para el estudio de casos de intentos y muertes por suicidio, y el monitoreo de la calidad en la atención brindada a las personas afectadas. Se priorizan acciones coordinadas y desarrollos conjuntos entre los sectores de salud, educación, protección, justicia, desarrollo social y laboral, con énfasis en la coordinación con el sector educativo para la promoción, prevención y detección temprana en contextos escolares y universitarios, incluyendo el desarrollo de mecanismos de monitoreo y seguimiento basados en indicadores de proceso, resultado e impacto, el uso de herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la generación de informes periódicos que permitan evaluar y retroalimentar las intervenciones, garantizando una gestión basada en evidencia para la toma de decisiones en los diferentes niveles territoriales.

Parágrafo. Las acciones a desarrollar deberán ser adaptadas de acuerdo con el enfoque territorial, pertenencia étnica, género, curso de vida, caracterización poblacional, situación 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



condición de vulnerabilidad de las personas con conducta suicida en cada territorio.

ARTÍCULO 5. CÓDIGO DORADO. Créase el Código Dorado de emergencias clínicas y comunitarias, como un protocolo de atención inmediata, integral y articulada frente a casos de conducta suicida en el territorio nacional, incluyendo ideación o intento, en los ámbitos clínico y comunitario, que permite la alerta ante las diferentes conductas, con una articulación interdisciplinaria entre los diferentes actores del territorio.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá los lineamientos para la activación comunitaria del Código Dorado, con el fin de realizar la adaptación e implementación por parte de las entidades territoriales, los cuales serán publicados en los medios oficiales establecidos para tal fin.

ARTÍCULO 6. COMPONENTES DEL CÓDIGO DORADO.

1. Activación institucional y Comunitaria:

Para la activación comunitaria, las entidades territoriales establecerán las acciones para la activación del Código Dorado, de acuerdo con las capacidades territoriales, garantizando que cualquier actor comunitario, como: ciudadano, líder comunitario, líder religioso, institución educativa, familia, entre otros, puede activar el Código Dorado a través de líneas de emergencia o tele orientación en salud mental definidas por el territorio. Se podrán incluir canales alternativos, como WhatsApp, chat web y aplicación móvil, entre otros. De igual manera, se deberá generar las capacidades en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis a nivel comunitario.

Para la activación institucional, los Prestadores de Servicios de Salud deberán establecer el protocolo para la activación del Código Dorado, a fin de garantizar una atención inmediata, continua e integral para las personas con conducta suicida. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar que sus prestadores implementen el Código Dorado y la prestación de los servicios de salud mental sin barreras administrativas, sin requerimientos de autorizaciones previas ni trámites que retrasen la atención oportuna.

2. Respuesta Interdisciplinaria:

La Entidad Territorial, deberá garantizar que las entidades y organismos como el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), de emergencia territorial (bomberos, defensa civil, cruz roja, entre otros), autoridades cercanas disponibles en el territorio, se consoliden como los primeros respondientes en la respuesta interdisciplinaria para el Código Dorado; previamente deben contar con entrenamiento en primeros auxilios psicológicos y deberán coordinar la



respuesta inmediata, involucrando a profesionales de la salud mental, equipos de atención primaria y ambulancias, con la finalidad de remitir dichos pacientes de manera prioritaria a los centros de urgencias para la atención correspondiente.

3. Evaluación Integral:

Los Prestadores de Servicios en Salud públicos, privados y mixtos, en el marco del protocolo del Código Dorado, clasificarán la conducta suicida en niveles de Triage I (intento) y Triage II (ideación activa, con método y plan específico), y consulta externa prioritaria en un máximo de 48 horas (ideación específica, pero sin método y plan), tanto en urgencias como en consulta externa, atendiendo al estado físico y mental de la persona, dado que esta conducta representa un riesgo vital y requiere atención inmediata.

La activación implicará de manera simultánea y coordinada estabilización y evaluación clínico-somática en urgencias, ningún usuario podrá ser remitido a salud mental, sin descartar ni tratar condiciones orgánicas, asociadas al evento. En el servicio de urgencias se debe garantizar una valoración integral y una intervención clínica inmediata por parte del talento humano en salud disponible en el servicio (Medicina, Enfermería, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, entre otros), quienes deberán contar con las capacidades para la atención en salud mental, conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Guía No 60, 2017). Este abordaje debe incluir la aplicación de pruebas de tamizaje, como la escala de Plutchik, SAD PERSON, Cuestionario de Autorreporte (SRQ, por sus siglas en inglés) o el Cuestionario de Síntomas para Niños (RQC, por sus siglas en inglés) según pertinencia, sin restricciones relacionadas con el nivel de complejidad o el tipo de aseguramiento, con el fin de evaluar adecuadamente el riesgo.

Se podrá incorporar como herramienta adicional la Escala de Calificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS, por sus siglas en inglés), dada su validez y fiabilidad en la actualidad para la detección del riesgo de conducta suicida.

Se deberá garantizar el registro adecuado y de calidad de la ficha SIVIGILA para el evento de Intento de Suicidio 356, con el fin de realizar seguimiento y reporte diario hacia el Instituto Nacional de Salud (INS), y su reporte de calidad.

4. Remisión:

El Prestador de Servicios de Salud, deberá iniciar el proceso de referencia de manera oportuna de acuerdo con la orden del médico tratante, enmarcado en el cumplimiento de la Resolución 2335 de 2023 y, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces,

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



deberán garantizar la remisión oportuna y pertinente, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado.

Todos los casos ingresados bajo activación de Código Dorado deberán contar con remisión obligatoria para la gestión del riesgo en salud mental, a través de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, con un plan estructurado de seguimiento.

Ningún usuario podrá ser egresado de la atención en salud, sin haber efectuado la remisión correspondiente y otorgado el plan estructurado de seguimiento, de acuerdo con el riesgo.

ARTÍCULO 7. RED NACIONAL DE SALUD MENTAL. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos, deberán organizar los servicios de salud para la atención de personas con conducta suicida a través de la Red Nacional de Salud Mental, establecida en el Decreto 729 de 2025. Esta red opera de manera transversal en el marco de las redes integrales e integradas de salud, y tiene como objetivo principal garantizar la atención integral, integrada y continua, asegurando el acceso oportuno y coordinado a los diferentes niveles de atención.

ARTÍCULO 8. UNIDAD DE ANÁLISIS. El Instituto Nacional de Salud (INS), deberá crear las orientaciones para la implementación de unidades de análisis para el evento de intento de suicidio, priorizando la población de niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y población indígena, u otras poblaciones que de acuerdo con el comportamiento epidemiológico presentan un mayor riesgo o conducta suicida, y las disposiciones correspondientes para la vigilancia del evento intento de suicidio.

Para las unidades de análisis de muerte por suicidio, el Ministerio de Salud y Protección Social, coordinará la articulación con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el INS, la elaboración de las orientaciones para su implementación a nivel territorial, priorizando la población de niños, niñas y adolescentes, población étnica con conducta suicida o algún caso que, de acuerdo al contexto para la entidad territorial, sea pertinente.

ARTÍCULO 9. MESA NACIONAL INTERSECTORIAL. Créase la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado integral de las personas con conducta suicida, la cual tendrá por objeto, abordar de manera intersectorial las acciones de promoción para el cuidado de la salud mental y prevención de la conducta suicida, impactando los determinantes estructurales que precipitan la conducta suicida según el momento del curso de vida.

La secretaría técnica estará a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio 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 y Protección Social, el cual reglamentará y definirá los lineamientos para su funcionamiento. Este órgano sesionará mínimo tres (03) veces al año, con el objetivo de articular a las entidades participantes para la toma de decisiones, realizar seguimiento a los avances y establecer compromisos orientados al fortalecimiento de las acciones de prevención y atención de la conducta suicida.

Para garantizar la adecuada operatividad de la Mesa Nacional Intersectorial, se requiere la participación permanente, oportuna y efectiva de los representantes designados por cada entidad. Lo anterior, en armonía con los principios de colaboración, coordinación, concurrencia y corresponsabilidad consagrados en la Constitución Política y en la Ley 489 de 1998.

TÍTULO II RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

ARTÍCULO 10. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal, tendrán las siguientes responsabilidades, articulado a los Planes de Acción en Salud:

1. Garantizar las acciones y estrategias que contribuyan a la prevención y mitigación de la conducta suicida en su jurisdicción.
2. Elaborar un plan de acción específico para el cuidado integral de las personas con conducta suicida, en el marco de la estrategia transversal de la Política Nacional de Salud Mental, como parte del proceso intersectorial con los sectores de educación, protección y garantía de derechos, social, laboral, tecnologías de la información y telecomunicaciones, para establecer estrategias territoriales en conducta suicida que incidan en la afectación de los determinantes sociales en salud mental.
3. Garantizar el análisis y comprensión de los factores asociados a la conducta suicida en el territorio y la estructuración de acciones en el Plan de Acción en Salud (PAS) que permita su abordaje y transformación de manera articulada con las demás instituciones y actores sociales del territorio, integrándolo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la entidad territorial.
4. Formular e implementar el protocolo de intervención y respuesta inmediata ante alertas en conducta suicida, con participación de servicios de emergencia, policía, equipos de salud mental, autoridades de ciber protección, para la implementación del Código Dorado en el territorio, realizando evaluación semestral de la efectividad de las medidas implementadas y actualización anual en caso de requerirse.
5. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital deberán implementar líneas telefónicas u otros canales de comunicación que permitan la teleorientación en salud mental.
6. Diseñar e implementar un plan de fortalecimiento en capacidades en el marco de la gestión territorial, para promover el cuidado integral de la salud mental y prevención del suicidio. Este

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



- plan debe incluir: i) Primeros auxilios psicológicos dirigida a primeros respondientes y actores comunitarios claves (agentes comunitarios, líderes sociales, líderes religiosos, juntas de acción comunal, personal docente), así como otros agentes locales identificados en cada territorio; ii) Capacitación del talento humano en salud, para garantizar una atención humanizada y la correcta aplicación de herramientas de evaluación de riesgo de conducta suicida, en los servicios de urgencias y de atención ambulatoria; iii) Evaluación anual que permita determinar la efectividad del plan de fortalecimiento.
7. Desarrollar, ajustar y aplicar estrategias de comunicación fundamentadas para el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas deben enfocarse en eliminar tanto el estigma como el autoestigma, fomentando mensajes que incentiven la búsqueda de apoyo y resalten la accesibilidad de los servicios en la comunidad.
 8. Realizar inspección y vigilancia, a las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos, para el cumplimiento del Código Dorado, en el marco de sus competencias.
 9. Las entidades territoriales del orden departamental deberán implementar las unidades de análisis para los casos de intento y muerte por suicidio, emitiendo la verificación de acciones y respuestas institucionales, sectoriales e intersectoriales, de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social.
 10. Realizar el proceso de adaptabilidad con enfoque intercultural, diferencial y étnico, de las acciones, intervenciones y atenciones para la promoción, prevención y mitigación de la conducta suicida, lo cual deberá incluirse en el Plan Territorial de Salud (PAS).
 11. Realizar el reporte de los indicadores para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la conducta suicida, que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 11. RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, tendrán las siguientes responsabilidades:

1. Garantizar la continuidad del cuidado ágil y adaptable, que asegure la atención integral y sostenida del paciente en todos los niveles de complejidad, incluyendo acciones de articulación interinstitucional, protocolos de referencia y contrarreferencia oportunos, y herramientas tecnológicas que faciliten la comunicación entre equipos asistenciales y cuidadores.
2. Garantizar la suficiencia del talento humano en los servicios contratados.
3. Garantizar que la red prestadora de servicios de salud contratada, incluya dentro del plan de capacitación la atención humanizada, aplicación de los instrumentos de tamizaje (escala de Plutchik, SAD PERSON, SRQ o el RQC) en servicios de urgencias, consulta externa 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



- hospitalización para la evaluación de pacientes en riesgo con conducta suicida, según la 'Guía de Práctica Clínica' adaptada para Colombia, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida y el cumplimiento de los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Garantizar en el nivel primario de atención en salud, el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo cerrar las brechas de atención en salud mental para Colombia, enfatizando la detección temprana e intervención en pacientes con conductas suicidas, y pacientes con autolesiones, con el fin de realizar seguimiento. Garantizando que la red prestadora de servicios de salud, realice la formación y seguimiento a los profesionales en medicina, psicología y enfermería.
 5. Garantizar, desarrollar e implementar actividades de promoción y prevención orientadas a la formación en estilos de vida saludables, el fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario, desarrollo o fortalecimiento de habilidades para la vida, el manejo del estrés y la mejora de la comunicación y convivencia.
 6. Realizar proceso de adaptabilidad con enfoque intercultural, diferencial y étnico, de las acciones, intervenciones y atenciones para la mitigación de la conducta suicida, de acuerdo con el modelo de salud implementado por los pueblos indígenas en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).
 7. Activar y divulgar las líneas de atención en salud mental para la identificación y gestión del acceso a servicios de salud de las personas con conducta suicida.
 8. Asegurar y garantizar el acceso inicial y continuo de atención en salud mental de personas con conducta suicida, disponer de una valoración inicial y controles mensuales, a través de las modalidades establecidas para la prestación de servicios en salud, de acuerdo con la Resolución 2765 de 2025, o la norma que la modifique, derogue o sustituya, sobre perfiles de atención y realizar seguimiento nominal.
 9. Asegurar que la red de Prestadores de Servicios de Salud implemente programas de educación grupal enfocados en estrategias de afrontamiento, atención, acompañamiento y apoyo psicológico prioritario para sobrevivientes del suicidio (familias y/o redes de apoyo), considerando la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
 10. Garantizar acciones para prevenir la repetición de la conducta suicida, ofrecer contención emocional y orientación a la familia y/o red de apoyo, así como brindar orientación y acompañamiento durante el proceso de duelo.
 11. Realizar el seguimiento nominal oportuno en el marco de la gestión del riesgo a personas dadas de alta tras un evento de conducta suicida, buscando identificar y prevenir reincidencias, recaídas, mejorar la adherencia terapéutica y permitir activaciones tempranas de los servicios de salud en caso de aumento del riesgo, a través de profesionales de la salud mental.
 12. Implementar servicios de teleorientación en salud para personas que, por barreras

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



geográficas o personales, no puedan acceder oportunamente a los servicios presenciales en salud mental.

13. Realizar el reporte de los indicadores para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la conducta suicida, que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 12. RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Los Prestadores de Servicios de Salud, tendrán las siguientes responsabilidades:

1. Realizar el registro adecuado y con calidad de la ficha SIVIGILA para el evento de intento de suicidio, con el fin de garantizar el seguimiento y reporte hacia el Instituto Nacional de Salud (INS), así como su notificación de calidad a la Entidades Promotoras de salud.
2. Implementar en el nivel primario de atención en salud el programa mhGAP, que tiene como objetivo cerrar las brechas de atención en salud mental para Colombia, enfatizando la detección temprana e intervención en pacientes con conductas suicidas, priorizando la formación y seguimiento a los profesionales en medicina, psicología y enfermería.
3. Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para la identificación de ideación suicida en pacientes, y registrar en la historia clínica los códigos CIE-10 o el que haga sus veces, R45.8 (Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional; ideación suicida) y Z915 (Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente), y aquellos adicionales definidos por el criterio médico, con el fin de generar datos que permitan mejores predicciones sobre los grupos de riesgo y optimizar las estrategias de prevención en conducta suicida.
4. Desarrollar capacidades del talento humano, en primeros auxilios psicológicos y en atención respetuosa, digna y humanizada.
5. Asegurar la remisión obligatoria con carácter prioritario a psicología, psiquiatría, trabajo social u otros especialistas en salud mental, para todos los pacientes con conducta suicida egresados del servicio de urgencias, garantizando la continuidad del cuidado integral, según la pertinencia médica. Para personas en consulta ambulatoria con conducta suicida, garantizar su remisión y atención en servicios de psicología o psiquiatría u otros profesionales especializados en salud mental para la continuidad del cuidado integral, según los tiempos recomendados para tal fin.
6. Garantizar que la red prestadora de servicios de salud contratada, incluya dentro del plan de capacitación la atención humanizada, aplicación de los instrumentos de tamizaje (escala de Plutchik, SAD PERSON, SRQ o el RQC) en servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización para la evaluación de pacientes en riesgo con conducta suicida, según la 'Guía de Práctica Clínica' adaptada para Colombia, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida y el cumplimiento de los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Garantizar y priorizar la disponibilidad de agenda para personas con conducta suicida en

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



- servicios de psicología o psiquiatría, tanto para la atención inicial como para los controles, a través de los servicios habilitados de consulta ambulatoria, teleorientación o teleconsulta, según los tiempos recomendados en la presente resolución.
8. Realizar sesiones grupales de psicología y trabajo social para sobrevivientes y familiares, con el fin de identificar y abordar cualquier riesgo suicida dentro del grupo familiar, así como brindar orientación y acompañamiento durante el proceso de duelo.
 9. Los Prestadores de Servicios de Salud, que tengan habilitados los servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social y médicos de urgencias, entre otros, deberán propender por la conformación de equipos multidisciplinarios en la atención de salud mental.
 10. Establecer protocolos de intervención en crisis para la atención de emergencias por conducta suicida, asegurando tiempos de respuesta adecuados y la activación de recursos disponibles en salud mental.
 11. Realizar auditorías internas periódicas para evaluar la calidad de atención brindada a pacientes con conducta suicida, con el objetivo de identificar áreas de mejora en los protocolos y en la capacitación del talento humano.
 12. Priorizar la adaptabilidad de las acciones e intervenciones para la mitigación de la conducta suicida, incorporando un enfoque diferencial, intercultural y étnico, con el modelo de salud implementado para los pueblos indígenas en el marco del SISPI.
 13. Realizar el reporte de los indicadores para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la conducta suicida, que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social

TÍTULO III DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 13. FINANCIAMIENTO. Los servicios y tecnologías en salud que integran el Plan de Beneficios en Salud requeridos para el cuidado integral de la salud de las personas con conducta suicida serán financiados con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás recursos destinados para el aseguramiento, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), de acuerdo con los usos señalados por la norma.

Las intervenciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública que hacen parte del cuidado integral de la salud de las personas con conducta suicida, podrán ser financiados por las Entidades Territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) y con los recursos propios destinados para tal fin.

ARTÍCULO 14. SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN. El seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación de las acciones previstas en la presente resolución constituyen una responsabilidad compartida, de acuerdo con las competencias definidas para el nivel nacional



y para las entidades territoriales. Las Secretarías de Salud o quien haga sus veces, liderarán la vigilancia operativa en sus respectivos territorios.

Las entidades territoriales deberán adoptar los indicadores que para tal efecto disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, permitiendo contar con información homogénea, pertinente y de calidad, que contribuya a mejorar la prestación de servicios, fortalecer la gestión del riesgo y avanzar hacia la disminución de la conducta suicida en cada territorio.

ARTÍCULO 15. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, conforme a las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, y al Decreto 1080 de 2021, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control a fin de que se garantice el cumplimiento de las disposiciones emitidas en esta resolución, para la promoción, prevención y mitigación de la conducta suicida en el territorio colombiano; igualmente, publicará, como mínimo, un informe anual de cumplimiento, consolidando hallazgos, ordenes, sanciones, medidas adoptadas, y las recomendaciones para para el cierre de brechas identificadas.

ARTÍCULO 16. TRANSICIÓN. Las entidades obligadas al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución, dispondrán de un plazo de cinco (5) meses contados a partir de su publicación, para adelantar la implementación territorial de las medidas, lineamientos y acciones allí previstas, en el ámbito de sus - competencias.

ARTICULO 17. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2 CIRCULAR



2.3.1. Circular Externa 02 de 2026

- PARA:** ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y ENTIDADES ADAPTADAS.
- DE:** MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.
- ASUNTO:** DIRECTRICES FRENTE A LOS EFECTOS EN SALUD ANTE LOS EVENTOS PROVOCADOS POR EL INGRESO RECURRENTE DE FRENTE FRÍOS AL TERRITORIO NACIONAL.
- FECHA:** 16 FEB 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias legales, especialmente las contenidas en el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, disposición normativa que le atribuye la facultad de ser ente rector del sector salud, así como en el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, que refiere las obligaciones del Estado relacionadas con la protección y garantía del derecho fundamental a la salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 120 del 2026¹, el cual determina que es responsabilidad de este Ministerio formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales, se permite emitir las siguientes directrices que deberán incorporarse en los planes de contingencia de cada entidad territorial y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, para la preparación y alistamiento frente a las afectaciones en salud, derivada de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional, de conformidad con las consideraciones que se exponen a continuación.

DISPOSICIONES PRELIMINARES

La Ley 1523 de 2012, por medio de la cual se adoptó la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, estableció el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres con el propósito



de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas, así como el desarrollo sostenible a nivel nacional, basándose en los principios de igualdad, protección, solidaridad social, interés público o social, precaución, sostenibilidad ambiental, concurrencia y subsidiariedad, conforme allí se definen. En consideración a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social se articula con la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) para garantizar la atención oportuna en salud de las comunidades que resulten afectadas por temas asociados a la situación de desastre por eventos meteorológicos.

Desde esta perspectiva, y en relación con la situación que se ha presentado por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional, fenómeno atmosférico caracterizado por el desplazamiento de masas de aire frío provenientes de latitudes medias que interactúan con masas de aire cálido y húmedo sobre el Caribe y el norte de Suramérica, se advierte que dicha interacción favorece la formación de nubosidad densa, precipitaciones persistentes, incremento de vientos y alteraciones en el estado del mar.

De acuerdo con los reportes del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM)² estos sistemas han generado lluvias por encima de los promedios climatológicos en amplias zonas del país, especialmente en las regiones Caribe, Pacífica y Andina, así como en sectores de la Orinoquía y la Amazonia. La saturación progresiva de los suelos y el aumento de niveles en ríos, quebradas y ciénagas han incrementado la probabilidad de inundaciones, crecientes súbitas y movimientos en masa.

En zonas costeras, la interacción entre los vientos asociados al frente frío y las condiciones oceánicas ha favorecido episodios de mar de leva reportados por la Dirección General Marítima³ (DIMAR), con afectación de áreas litorales y asentamientos cercanos a la línea de costa. La afectación territorial se presenta de manera simultánea en múltiples regiones del país, comprometiendo áreas urbanas y rurales, especialmente asentamientos ribereños y zonas con limitaciones en drenaje pluvial, lo que genera impactos sobre infraestructura, movilidad, servicios básicos y condiciones ambientales.

De acuerdo con los reportes del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres⁴ las precipitaciones asociadas al ingreso de frentes fríos han ocasionado más de 250 eventos de emergencia en al menos 172 municipios del país, con afectación simultánea en múltiples regiones.

Los mayores impactos se concentran en los departamentos de La Guajira, Magdalena, Cesar,

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



Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba en la región Caribe; en Antioquia, Boyacá, Caldas, Caquetá, Huila, Santander en la región Andina: en el Chocó, Cauca y Nariño en la región Pacífica; y en sectores de Meta, Casanare, Guaviare, Guainía, Putumayo y Vaupés en la Orinoquía y Amazonia.

A nivel submunicipal, la afectación se presenta principalmente en microterritorios con mayor exposición hidrológica, entre ellos:

- Zonas ribereñas y de ronda hídrica.
- Planicies de inundación y ciénagas.
- Áreas costeras expuestas a mar de leva.
- Asentamientos en ladera susceptibles a movimientos en masa.
- Barrios periurbanos con drenaje pluvial limitado.
- Comunidades rurales dispersas con acceso restringido a servicios básicos.

Estas condiciones generan afectaciones diferenciadas según el territorio, con mayor impacto en poblaciones con limitaciones de accesibilidad, infraestructura sanitaria básica y capacidad de respuesta local.

Por otro lado, mediante la Resolución 2367 del 29 de diciembre de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico - "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031", se definió dentro del marco estratégico para el accionar en salud pública el Eje 5: cambio climático, emergencias, desastres y pandemias, el cual busca reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Dentro de este eje se integran acciones de promoción de la salud, vigilancia en salud pública, prevención y control de enfermedades respiratorias (aguda y crónica), enfermedades transmitidas por vectores y otros eventos de interés en salud pública que pueden presentarse o exacerbarse en los territorios afectados por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional y que generan, entre otros eventos, crecientes súbitos, desbordamientos y/o inundaciones.

Con base en lo anterior y dada la severidad del evento que se presenta actualmente en el país y que no se limita a la intensidad de la lluvia en un momento específico, sino a su carácter acumulativo, que genera deterioro progresivo de la infraestructura, pérdida de capacidad de drenaje, colapso de sistemas sanitarios y ampliación de las áreas afectadas; el Ministerio de Salud y Protección Social identifica como posibles efectos en la salud pública, los siguientes:

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



- Incremento de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, fiebre amarilla, chikunguña, zika, chagas, entre otros).
- Incremento de enfermedades transmitidas por agua en condiciones de falta de agua potable, saneamiento e higiene (Enfermedad Diarreica Aguda-EDA, Enfermedades Transmitidas por Alimentos-ETA, hepatitis A, fiebre tifoidea y paratifoidea y cólera). Incremento de la Infección Respiratoria Aguda-IRA.
- Incremento de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- Incremento de accidentes ofídicos y por animales ponzoñosos.
- Incremento de enfermedades de origen zoonótico como la leptospirosis.
- Incremento en la demanda de atención en los servicios de salud asociados a traumatismos e infecciones respiratorias.
- Afectaciones en salud mental e incremento de las violencias de género cuando se requiere la reubicación en albergues.
- Incremento en la morbimortalidad materno infantil.
- Riesgo para la salud nutricional (Desnutrición).
- Riesgos para personas con patologías crónicas como diabetes, hipertensión, artritis, VIH, hepatitis B y otros por interrupción del tratamiento, pérdida de medicamentos, entre otros.
- Reducción de la disponibilidad del agua para uso hospitalario por afectaciones de redes y sistemas de acueducto.
- Dificultad para el acceso a los servicios de salud y desabastecimiento de la red hospitalaria, por afectaciones en las vías de comunicación.
- Afectación en la infraestructura hospitalaria por inundaciones, deslizamientos, vendavales, desbordamiento de ríos, entre otros fenómenos de origen natural.
- Afectación en los sistemas de alcantarillado, saneamiento y drenaje de aguas residuales.

DIRECTRICES

Las medidas contempladas en la presente Circular deberán ser implementadas por las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, de acuerdo con su marco de competencias, sin perjuicio de la obligación de gestionar los apoyos necesarios ante las demás instancias del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, garantizando en todo caso la protección del derecho fundamental a la salud.

1. A las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal de salud.

1.1 Alerta Roja hospitalaria:

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



Con el fin de asegurar la prestación de los servicios de salud y responder de manera oportuna ante situaciones de urgencias o emergencias, el Ministerio de Salud y Protección Social declara la ALERTA ROJA HOSPITALARIA en los departamentos de: La Guajira, Magdalena, Cesar, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, Antioquia, Boyacá, Caldas, Caquetá, Hulla, Santander, Chocó, Cauca, Nariño, Meta, Casanare, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vaupés, y Amazonia, y en los demás departamentos o distritos que a futuro se vean afectados por las precipitaciones asociadas al ingreso de frentes fríos. Esta medida estará vigente hasta que finalice la etapa de mayor afectación o hasta que este ministerio así lo determine, de conformidad con los reportes oficiales del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), lo cual será comunicado en debida forma.

Las entidades territoriales dentro de sus competencias, velarán en el marco de la presente declaratoria, por el cumplimiento de las siguientes medidas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que operan dentro de su jurisdicción:

- Iniciar la atención de víctimas de acuerdo con la demanda de servicios que requiera la situación.
- Estudiar y resolver solicitudes de insumos o reforzamiento de personal en las áreas críticas.
- Activar y reunir el Comité Hospitalario de Emergencias - CHE para la toma de decisiones.
- Apoyar la activación de los diferentes equipos de respuesta del hospital en cada una de sus áreas.
- Verificar y ajustar en general las condiciones de operación de todas las áreas y equipos de respuesta, evaluando periódicamente su desempeño hasta el final de la alerta roja.
- Implementar el plan de ayuda mutua en coordinación con el CRUE departamental y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social.

1.2 Articulación intersectorial y coordinación intrasectorial:

1.2.1 Identificar los sectores urbanos y rurales de mayor afectación por las inundaciones súbitas, deslizamientos u otros eventos.

1.2.2 Evaluar de manera conjunta con las entidades pertenecientes a los consejos departamentales, distritales y municipales de gestión de riesgo y desastres, los efectos que pueden presentarse durante la temporada, los posibles escenarios de riesgo en salud por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional, así como, verificar las capacidades operativas de los actores del sector y demás condiciones que garanticen una respuesta adecuada y oportuna ante eventos inesperados.

1.2.3 Revisar los estudios sectoriales de riesgo municipales, distritales y departamentales

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



priorizando acciones de preparación, respuesta y reducción del riesgo de desastres tales como, inundaciones, avenidas torrenciales, movimientos en masa, entre otros.

- 1.2.4** Disponer espacios para la coordinación y seguimiento de las acciones en salud por parte de las diferentes áreas o dependencias de la entidad territorial, tales como: vigilancia en salud pública, salud ambiental, comité operativo de emergencias, centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres - CRUE, prestación o provisión de servicios de salud, aseguramiento, promoción y prevención, o las que hagan sus veces, para el fortalecimiento de las acciones de inspección, vigilancia y control, salud ambiental, vigilancia en salud pública, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con énfasis en enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, enfermedades transmitidas por agua, salud nutricional, vacunación, vigilancia por laboratorio, entre otros.
- 1.2.5** Fortalecer los Centros de Reserva del Sector Salud, para la atención oportuna de la población que resulte afectada por el fenómeno⁵, según lo establecido en el literal c. numeral 4 del artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010.
- 1.2.6** Implementar una estrategia territorial de eliminación permanente de aguas estancadas en viviendas, albergues e instituciones mediante vaciado y lavado semanal de recipientes y superficies que acumulen agua (llantas, tanques de agua, canecas, canales y cunetas), complementada con almacenamiento seguro de agua y retiro de inservibles que puedan funcionar como criaderos.
- 1.2.7** Verificar y establecer estrategias para garantizar condiciones sanitarias óptimas: agua segura, disposición de excretas, manejo de residuos, control de alimentos, control de vectores, seguridad química.
- 1.2.8** Implementar medidas de higiene y prevención comunitaria (lavado de manos, manejo de alimentos, protección de heridas).
- 1.2.9** Considerar para el desarrollo de las acciones de preparación y respuesta, el enfoque diferencial y las características particulares de la población, como, por ejemplo: género, pertenencia étnica, curso de vida, situación de discapacidad (física, mental, visual, auditiva, cognitiva, entre otros).
- 1.2.10** Remitir a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias o los responsables del área de emergencias del departamento la información sobre las novedades que se presenten con relación al ingreso recurrente de frentes fríos al



territorio nacional. La información debe ser enviada a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de este Ministerio, a través de los siguientes teléfonos en Bogotá D.C: 601 3305000 Ext 1723 - 1721, 601 3305071, o al correo electrónico emergencias@minsalud.gov.co.

- 1.2.11** Implementar según lo establecido en el artículo 6, numeral 2.1., literal e), de la Ley 1523 del 2012, estrategias de comunicación del riesgo con fines de información pública, percepción y toma de conciencia a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, Entidades Promotoras de Salud y demás actores del Sistema Nacional del Gestión del Riesgo de Desastres.
- 1.2.12** Definir mecanismos que permitan centralizar y difundir la información, evitando la distorsión de los mensajes y la generación de alarmas innecesarias. En lo posible, los contenidos se deben enfocar a las medidas que ayuden a la promoción de la salud, prevención y control de los riesgos para la salud identificados. La información debe proporcionarse en lenguaje sencillo, con orientaciones e indicaciones claras de acuerdo con el tipo de emergencia y en lo posible, utilizar pictogramas, lengua de señas, lenguas propias de los grupos étnicos del territorio, entre otros. Se recomienda que la información difundida tenga un carácter diferenciador de acuerdo con las necesidades de las personas a las que se quiere llegar: niños, jóvenes, adultos, personas mayores, personas en condición de discapacidad, personas con necesidades especiales, entre otros.
- 1.2.13** Establecer mecanismos para identificar y coordinar con las comunidades organizadas y capacitadas en activar alertas comunitarias sobre una situación de emergencia, permitiendo una respuesta rápida y coordinada.
- 1.2.14** Promover la capacitación de los comunicadores sociales y periodistas para que contribuyan con información adecuada y pertinente, en articulación con los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión de Riesgo de Desastres.

1.3 Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, para la garantía de entornos saludables:

- 1.3.1** Fortalecer y mantener las actividades de promoción de la salud a través de la implementación de diversas estrategias de información y comunicación, priorizando y ejecutando intervenciones en los entornos de hogar, educativo, comunitario y laboral en el marco de las componentes de salud ambiental.
- 1.3.2** Implementar las cinco líneas estratégicas establecidas en la Circular Conjunta 013



de 20236, mediante la cual se dan "Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia". En este punto es importante tener en consideración la planeación intersectorial, la aprobación del plan de contingencia con el correspondiente acto administrativo, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de la atención integral de los casos con estrecho seguimiento a las EAPB e IPS, la implementación del manejo integrado de vectores especialmente en los establecimientos especiales priorizados y la comunicación de riesgo y para la salud en un contexto de insuficiencia de agua potable.

- 1.3.3** Implementar la Resolución 2073 de 20237, *"por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención, Control y Eliminación de la Malaria, y se dictan otras disposiciones"*
- 1.3.4** Dar cumplimiento a la Circular 048 de 20228, mediante la cual se *dan "instrucciones para garantizar las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y disponibilidad de antivenenos para atender los accidentes ofídicos en el territorio nacional"*
- 1.3.5** En los municipios con riesgo para transmisión oral de enfermedad de Chagas, dada por la contaminación de agua y alimentos con Trypanosoma cruzi por animales silvestres, promover el tapado de tanques de almacenamiento de agua a ser usada para el consumo humano, hervir y almacenar adecuadamente el agua, la cocción y almacenamiento adecuado de alimentos y la vigilancia de síndromes febriles continuos o intermitente, prolongada más de 7 días. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, deben ajustar su red prestadora para garantizar la atención en salud de manera oportuna y efectiva de casos agudos de enfermedad de Chagas.
- 1.3.6** Promover con la comunidad y las organizaciones sociales la información relacionada con la tenencia responsable y segura de animales domésticos de compañía y de producción.
- 1.3.7** Levantar un diagnóstico sanitario en áreas de riesgo con presencia y jerarquización de roedores plaga (ratas y ratones) y artrópodos con potencial riesgo sanitario (cucarachas, pulgas, piojos, garrapatas, entre otros). La intervención se debe orientar hacia el mejoramiento de entornos que contempla un control integral fundamentado en el buen manejo y eliminación de residuos sólidos y líquidos, educación sanitaria, fortalecimiento de hábitos higiénicos y de aseo, propendiendo la participación de la comunidad, así como la instalación de barreras que impidan el acceso de plagas a



las viviendas.

- 1.3.8** Ante el riesgo de presentar casos en humanos de rabia transmitidas por animales silvestres se debe: i). Mantener la vigilancia intersectorial con el sector ambiente y agricultura de desplazamientos y comportamientos anormales en murciélagos y otras especies silvestres que se acercan a los hogares y de casos en animales de producción; en las áreas endémicas con antecedente de circulación del virus en los últimos cinco años ;ii). Fortalecer la vigilancia en humanos, la organización de la red prestadora de servicios de salud, la disponibilidad de vacuna e inmunoglobulinas antirrábicas de uso en humanos; iii). Fortalecer la profilaxis preexposición para humanos en poblaciones de mayor riesgo (comunidades dispersas de difícil acceso) y la vacunación de perros y gatos.
- 1.3.9** Promover educación comunitaria utilizando estrategias de Información, educación y comunicación - IEC en cuanto a la conducta de manejo de la infección respiratoria aguda - IRA y la enfermedad diarreica aguda - EDA con el fin de considerar los factores de riesgo de complicaciones e identificación de signos de alarma. Asimismo, promover el lavado de manos y uso de calzado para evitar la transmisión de enfermedades.
- 1.3.10** Promover educación comunitaria para evitar la contaminación de agua potable en zonas de inundaciones con basuras o aguas residuales.
- 1.3.11** A través de las Entidades Territoriales, instar a las empresas que hayan identificado en su entorno laboral, el riesgo de inundaciones y remoción en masa para que adelanten las acciones preventivas y de intervención, con el acompañamiento de las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.
- 1.4 Vigilancia de la calidad del agua para consumo y fortalecimiento de estrategias que garanticen el suministro de agua apta para consumo humano y la prevención de enfermedades transmitidas por agua:**
- 1.4.1** Acompañar los procesos de actualización y adopción de los respectivos planes de contingencia, formulado por los actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD) y los prestadores de servicio de agua para consumo humano, con el propósito de garantizar el suministro de agua en condiciones de calidad y continuidad, durante el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional.
- 1.4.2** Las Entidades Territoriales departamentales deberán apoyar a las Entidades Territoriales

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



municipales y distritales, en coordinación con los actores del SNGRD en la identificación de las posibles fuentes de abastecimiento de agua apta para consumo humano presentes en la zona. Para ello, deberán garantizar el monitoreo de las condiciones físico - químicas y microbiológicas del agua, disponiendo del talento humano y los insumos necesarios para asegurar la calidad y disponibilidad del agua para consumo humano, especialmente en áreas vulnerables a desastres naturales por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional.

- 1.4.3** En caso de no contar con el suministro permanente de agua proveniente de la planta de tratamiento, las Entidades Territoriales municipales o distritales deben garantizar el suministro de agua apta para consumo humano mediante puntos móviles, como carrotaques o recipientes para almacenamiento, asegurando las cantidades mínimas que permitan a las personas satisfacer sus necesidades básicas. En todos los casos, las Entidades Territoriales deberán garantizar el monitoreo de las condiciones físico - químicas y microbiológicas del agua para consumo humano.
- 1.4.4** Analizar y socializar, los resultados del índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano - IRCA, según lo reportado en el Sistema de Información para la Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo - SIVICAP, con el fin de que se adopten las medidas preventivas o correctivas intersectoriales necesarias. Asimismo, fortalecer los mecanismos de reporte al SIVICAP, en especial aquellos derivados de las acciones de inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano.

1.5 Fortalecimiento de las acciones de vacunación en los territorios afectados por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional

Es necesario realizar de manera inmediata la activación de brigadas de salud con la red prestadora de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los Equipos Básicos de Salud (EBS) presentes en el territorio.

Las brigadas deben incluir equipo vacunador para iniciar y/o completar esquemas de vacunación, con prioridad en personas en albergues e integrantes de grupos de respuesta a la emergencia, como personal del CRUE, rescatistas, bomberos, comunidad entre otros, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- 1.5.1** Iniciar, continuar y/o completar esquema de vacunación de acuerdo con la edad establecido actualmente por el Programa Ampliado de Inmunizaciones para población infantil de 0 a 5 años y a la población susceptible que se encuentre en los albergues de acuerdo con censo entregado por el equipo de emergencias y gestión del riesgo de cada



territorio, dando cumplimiento a la directriz esquemas acortados en menores de 12 meses.

- 1.5.2** Vacunar contra el Sarampión y la Rubeola (SR)9 a toda la población de 1 a 10 años, aplicar vacuna Bivalente a niñas/ niños nacidos entre 2019 - 2020 que aún no hayan sido vacunados durante la campaña de vacunación de 2020 y 2021.
- 1.5.3** En gestantes: aplicar vacuna de tosferina acelular (Tdap)10 desde la semana 20 y, vacuna materna contra Virus Sincitial Respiratorio (VSR)11 semanas 28 a 36 de gestación.
- 1.5.4** Vacunar con toxoide tetánico-diftérico (Td) a gestantes, mujeres en edad fértil (10 - 49 años) y a población masculina, de acuerdo con el antecedente vacunal.
- 1.5.5** Vacunar con Fiebre Amarilla12 a población susceptible, de acuerdo con el lineamiento nacional en el marco de la emergencia sanitaria.
- 1.5.6** Vacunar con influenza estacional cepa sur13 disponibilidad de vacuna de cada municipio.
- 1.5.7** Vacunar contra COVID - 19 a población priorizada, de acuerdo con los lineamientos y a la resolución No 118 de enero de 202614.
- 1.5.8** Continuar con la vacunación intra y extramural (jornadas de vacunación, vacunación casa a casa, entre otras estrategias) iniciando y completando esquemas de vacunación en los municipios afectados, realizando la búsqueda de población susceptible, para lograr las coberturas de vacunación.
- 1.5.9** Verificar y garantizar el funcionamiento óptimo de la red de frío activando el plan de contingencia para la interrupción a la cadena de frío y en especial para atención extramural por cada municipio de su jurisdicción.
- 1.5.10** Verificar la existencia suficiente y distribución de biológico por cada municipio, en caso de no contar con suficiencia de biológico activar la solicitud a nivel departamental o nacional según corresponda.
- 1.5.11** La entidad territorial realizará el reporte diario de las afectaciones en red de frío, así como el reporte de las dosis aplicadas en albergues y equipos de emergencias y gestión del riesgo de cada territorio, en los formatos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.6 Salud nutricional, alimentos y bebidas:

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



- 1.6.1** Desarrollar acciones de información en salud dirigidas a la población afectada, haciendo énfasis en las medidas de autocuidado para el consumo de alimentos y bebidas, por ejemplo, lavado de manos, manipulación de alimentos, promoción de la alimentación saludable y la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
- 1.6.2** Dar cumplimiento a las Circulares 046 de los años 2014 y 201615, mediante la cual se dan "Lineamientos para la articulación y coordinación de las actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) relacionadas con los alimentos destinados al consumo humano", con énfasis en aspectos como procedencia, condiciones de almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.
- 1.6.3** Mantener y fortalecer la identificación oportuna, el manejo y seguimiento de los niños(as) menores de 5 años con riesgo de desnutrición, desnutrición aguda moderada y severa de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2350 de 2020 y Resolución 0115 de 2026 y las demás normas que la modifiquen o sustituyan, garantizando la atención en salud de manera oportuna y efectiva y el estrecho seguimiento en articulación con las IPS públicas y privadas, entidades promotoras de salud y entidades adaptadas.

1.7 Vigilancia en salud pública:

- 1.7.1** Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales o la entidad que haga sus veces, fortalecerán la vigilancia en salud pública para la identificación, análisis y valoración de situaciones de riesgo y de los eventos de interés en salud pública susceptibles de afectación en la salud por influencia del ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional, tales como Infección Respiratoria Aguda-IRA, Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV (malaria, dengue, zika, chikungunya, leishmaniasis, fiebre amarilla, entre otros), Enfermedades Transmitidas por Alimentos-ETA, enfermedades vehiculizadas por agua (Enfermedad Diarreica Aguda-EDA, hepatitis A, fiebre tifoidea y paratifoidea), riesgo de desnutrición aguda y desnutrición crónica, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 0115 de 2026, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, leptospirosis, accidentes ofídicos y otros animales venenosos, entre otros.
- 1.7.2** Fortalecer la vigilancia de enfermedades que pueden constituir un riesgo para el reglamento sanitario internacional, o aquellas que habitualmente no se notifican en el país, tales como, encefalitis equina, cólera, influenza aviar u otras enfermedades transmitidas por vectores o zoonosis.
- 1.7.3** Las unidades primarias generadoras de datos – UPGD y unidades informadoras UI, 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



captan casos, deberán realizar la notificación inmediata, oportuna y completa de los eventos de interés en salud pública, acorde con lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud - INS y lo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social y verificar el reporte diario de casos de eventos de notificación inmediata para lo cual se debe contar con el recurso humano necesario que garantice la notificación adecuada del total de los eventos. Cuando la capacidad instalada no permita a la UPGD el uso de la herramienta SMGILA 4.0, las secretarías de salud municipales/departamentales/distritales deben garantizar el ingreso oportuno de los casos a través del módulo de captura en línea.

- 1.7.4** Fortalecer la notificación oportuna y completa de los eventos de interés en salud pública, acorde con lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud -INS y lo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social y verificar el reporte diario de casos de eventos de notificación inmediata para lo cual se debe contar con el recurso humano necesario que garantice la notificación adecuada del total de los eventos.
- 1.7.5** Garantizar el personal necesario para las acciones de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales.
- 1.7.6** Disponer los recursos técnicos para la operación de los equipos de vigilancia en salud pública, laboratorio de salud pública y Equipos de Respuesta Inmediata - ERI.
- 1.7.7** Mantener activas las Salas de Análisis de Riesgo - SAR y de ser necesario las Salas de Análisis de Riesgo Ambiental-SARA, para fortalecer los espacios de identificación, análisis y valoración de situaciones de riesgo, factores de riesgo ambiental y de eventos de interés en salud pública a través de la vigilancia rutinaria y de otras fuentes de información disponibles en el Portal SIVIGILA: <https://portalsivigila.ins.gov.co/> con el fin de identificar de manera temprana posibles situaciones de riesgo para la población.
- 1.7.8** Establecer o fortalecer sistemas de vigilancia basada en comunidad donde se acuerden flujos y canales de comunicación para que la comunidad sea una fuente de información en la detección temprana de eventos de interés en salud pública. En el caso de grupos étnicos, se sugiere el apoyo de guías bilingües que pertenezcan a los grupos étnicos.
- 1.7.9** De acuerdo con los protocolos y lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública, garantizar la obtención, procesamiento, embalaje, transporte y envío de las muestras biológicas o de agua al laboratorio de salud pública departamental o al Laboratorio Nacional de Referencia del INS, según corresponda.
- 1.7.10** Ante la ocurrencia de situaciones de alerta, brote y posibles emergencias en salud pública

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 ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional, notificar de inmediato al nivel nacional, al Centro Nacional de Enlace (cne@minsalud.gov.co) y al INS al Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata (eri@ins.gov.co).

- 1.7.11** Revisar y acatar las recomendaciones mensuales emitidas a través del Boletín de Clima y Salud para cada evento de interés en salud pública en el siguiente enlace: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Factores-deRiesgoAmbiental.aspx>
 - 1.7.12** Realizar identificación temprana de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles - ECNT y de salud mental, con identificación de necesidades de medicamentos y atenciones en el territorio, garantizando la disponibilidad permanente de medicamentos esenciales.
 - 1.7.13** Realizar seguimiento técnico a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para verificar el cumplimiento en la identificación del riesgo de casos de IRA y EDA, y socialización de las guías de práctica clínica para la identificación de eventos prioritarios como bronquiolitis, neumonía, tos ferina y enfermedad diarreica con énfasis en menores de 5 años, adultos mayores y poblaciones susceptibles disponibles por el nivel nacional.
- 1.8 Prevención y atención en Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:**
- 1.8.1** Activar el mecanismo articulador de violencias de género y otras instancias de articulación interinstitucional para la respuesta oportuna a casos de violencias y otras necesidades en salud sexual y reproductiva.
 - 1.8.2** Coordinar la planificación, solicitud, acopio y distribución de insumos para anticoncepción (incluidos condones masculinos y anticoncepción de emergencia) y cuidado de la salud menstrual (toallas sanitarias u otros).
 - 1.8.3** Verificar en los prestadores de servicios de salud la existencia de insumos necesarios para la atención de las violencias sexuales, atención de gestantes con VIH, sífilis, hepatitis B y otros eventos de transmisión materno infantil, tratamiento para infecciones de transmisión sexual - ITS y antirretrovirales para las personas que viven con VIH, elementos y protocolos para la interrupción voluntaria del embarazo y otros insumos requeridos en salud sexual y reproductiva.
 - 1.8.4** Fortalecer la aplicación de las normas universales de bioseguridad, uso racional de la sangre garantía de la calidad de la sangre, para la prevención de la transmisión de eventos



con vía de transmisión sanguínea.

- 1.8.5** Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para la atención de víctimas de violencia sexual y atención de otros eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- 1.8.6** Incidir y acompañar para que en los albergues y las instituciones que prestan servicios de salud a la población se asegure adecuada iluminación nocturna, elementos para alertar en situaciones de riesgo de agresiones físicas o de tipo sexual (pitos) y servicios sanitarios y de ducha diferenciados para hombres, mujeres, niñas y niños, garantizando la intimidad y privacidad.
- 1.8.7** Ubicar en lugares visibles de los albergues, sitios de inscripción, lugares de reunión e información clave sobre prevención, rutas de denuncia, atención en primeros auxilios psicológicos, oferta de servicios de salud, y medidas inmediatas frente a las violencias de género, en particular la sexual, recalcando la importancia de las primeras 24 a 72 horas para la atención integral en salud y activación de rutas de justicia y protección.
- 1.8.8** Usar la lista de control del Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en situaciones de crisis humanitarias - PIMS, para recolectar información sobre la prestación de servicios, evaluar la disponibilidad de insumos, analizar resultados y tomar medidas respecto a las brechas identificadas.

2. Lineamientos para la prestación de servicios de salud y obligaciones propias del aseguramiento.

2.1 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán:

- 2.1.1** Contar con la disponibilidad de servicios de salud y la capacidad instalada suficiente que asegure la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención de las personas con afectaciones en salud, derivada de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos, incluyendo, aquellos con eventos de interés en Salud Pública, de acuerdo con las características y condiciones particulares de las poblaciones y los territorios, y asegurando la participación del personal de salud propio de las comunidades.
- 2.1.2** Reportar con carácter obligatorio y a diario las capacidades hospitalarias para emergencias en el siguiente link: <https://ee.humanitarianresponse.info/x/KMLBnHKT> y sus afectaciones en el



siguiente link: <https://forms.office.com/rZRfUrhafdw?origi=IprLink>. En caso de no tener reportes de afectaciones, el reporte se hará a las 18:00 horas en el link correspondiente.

- 2.1.3 Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia, informar sobre los casos con indicación de remisión para realizar de forma oportuna el traslado de pacientes en la red de prestadores definida por la Entidad Promotora de Salud a través del proceso de referencia y contra referencia para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes.
- 2.1.4 Desplegar equipos extramurales y brigadas para la atención en salud en zonas afectadas y albergues, incluyendo acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico. Las unidades móviles deben estar dotadas con los insumos médicos que les permitan la máxima resolutivez para condiciones médicas específicas, en el marco de la atención primaria en salud - APS, con pruebas de tamizaje, pruebas de diagnóstico rápido para malaria, pruebas de diagnóstico rápido para dengue NS1, además de suero antiofídico, vacuna antirrábica, soluciones isotónicas, artesunato y tratamiento para enfermedades transmitidas vectores y otras condiciones de salud.
- 2.1.5 Los equipos de atención en salud, abordaran el síndrome febril agudo haciendo énfasis en el reconocimiento de definiciones de caso para dengue y malaria. Se recomienda el uso de pruebas de diagnóstico rápido para dengue y malaria. En los casos de dengue y malaria que no se reconozcan signos de alarma o signos de peligro o no sean de grupos de riesgo, se puede iniciar tratamiento específico y supervisado según recomendaciones nacionales.
- 2.1.6 Si encuentran paciente con prueba de malaria positiva deben preguntar por nexos, es decir personas que sean familiares o vecinos o que provengan de la misma zona de la cual es el paciente positivo para malaria y deben tomar PDR para malaria a todos los nexos sintomáticos.
- 2.1.7 En caso de signos de alarma por dengue o complicación por malaria deben remitir de inmediato al centro de atención en salud más cercano, además, siempre tomar cuadro hemático en pacientes para revisar niveles de hematocrito y gota gruesa para determinar adecuadamente la malaria.

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



- 2.1.8 Garantizar esquemas de vacunación completo en los niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes, personas mayores de 60 años y personas con comorbilidad en la población.
- 2.1.9 La institución prestadora de servicios de salud en coordinación con las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, deberán garantizar la continuidad de los tratamientos a través de las diferentes modalidades de atención en salud, para las personas con afectaciones en salud, derivada de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos, incluyendo enfermedades infecciosas como la leishmaniasis cutánea, enfermedad de chagas, dengue y malaria, entre otros.
- 2.1.10 Brindar atención en salud mental a través de diferentes estrategias incluyendo equipos básicos de salud y equipos de salud para jóvenes.
- 2.1.11 Fortalecer la búsqueda activa institucional, comunitaria y territorial, así como el reporte oportuno de eventos de interés en salud pública, incorporando mecanismos de vigilancia centinela para la mortalidad y morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT).
- 2.1.12 Incluir dentro del sistema de alerta, la identificación y notificación de los casos de maltrato, abuso y otros daños relacionados con la salud mental, garantizando rutas de atención inmediatas y articulación intersectorial para la protección de la población en el marco de la emergencia, sin estigma ni discriminación.
- 2.1.13 Cumplir con la notificación de los casos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.
- 2.1.14 Disponer del plan y procedimiento de ampliación de la capacidad instalada para recibir el incremento de demanda que se pueda requerir durante el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional.
- 2.1.15 Cumplir la Resolución 5596 de 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "TRIAGE"
- 2.1.16 Implementar y socializar a través de los Comités Hospitalarios de Emergencias, los planes hospitalarios de emergencia - PHE, así como los planes de contingencia específicos que respondan a los escenarios de riesgo de cada región y área de influencia, incluyendo inventarios de insumes, ante los posibles impactos por el



ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional.

- 2.1.17 Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las líneas vitales hospitalarias, tales como los sistemas de almacenamiento de agua potable y plantas eléctricas ubicadas en las instalaciones hospitalarias. De igual forma, se debe garantizar la reserva de agua potable necesaria a través de procedimientos administrativos y operativos para su suministro en caso de contingencia. Dicha acción deberá coordinarse con las autoridades locales y demás actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- 2.1.18 Intensificar las capacitaciones dirigidas al personal de salud, sobre los protocolos y guías de atención de las principales patologías y eventos priorizados, de acuerdo con el escenario de riesgo planteado.
- 2.1.19 Realizar auditorías internas periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de las principales patologías y eventos priorizados y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.
- 2.1.20 Fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas hospitalarias, con el fin de evitar sitios de proliferación de roedores, plagas y otros vectores. En caso de requerirse, realizar acciones de control vectorial en la infraestructura física hospitalaria, evitando de esta forma la transmisión de la enfermedad en los pacientes atendidos (hospitalizados o ambulatorios).
- 2.1.21 Intensificar las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades. Asimismo, garantizar los insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado, mascarillas quirúrgicas, guantes, entre otros.
- 2.1.22 Proporcionar a los sintomáticos respiratorios, mascarilla quirúrgica estándar (tapabocas) dando las indicaciones sobre su uso.
- 2.1.23 Fortalecer la prestación de servicios de salud a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, garantizando la continuidad, oportunidad y accesibilidad de la atención, especialmente en territorios con afectación de la infraestructura, limitaciones de movilidad o interrupciones en la red de referencia y contrarreferencia.



2.2 Obligaciones propias del aseguramiento en salud de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas:

Garantizar la contratación de la red prestadora de servicios de salud, asegurando accesibilidad, integralidad, continuidad y calidad de la atención en salud de la población con afectación derivada de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos, garantizando el funcionamiento satisfactorio de su operación, de acuerdo con los protocolos y guías de atención.

- 2.2.1** Garantizar en su red de prestadores de servicios de salud, la implementación de estrategias para la atención oportuna y efectiva de las personas con afectaciones en salud derivadas de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos, incluyendo entre otros, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, unidades móviles, y el cumplimiento de la Resolución 5596 de 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias *"TRIAGE"*.
- 2.2.2** Desarrollar estrategias de capacitación al personal de salud de su red prestadora en protocolos y guías de atención con énfasis en las principales patologías y eventos de interés en salud pública derivados de las afectaciones provocadas por el ingreso recurrente de frentes fríos.
- 2.2.3** Realizar auditorías periódicas en su red prestadora para evaluar la adherencia a los protocolos y guías para la atención de los casos y de las principales patologías y eventos de interés en salud pública derivados de las afectaciones provocadas por el ingreso recurrente de frentes fríos, generando la adopción de acciones de mejoramiento, de acuerdo con los hallazgos.
- 2.2.4** Desarrollar acciones de coordinación y articulación con entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.
- 2.2.5** Implementar estrategias de comunicación a sus afiliados frente a los cuidados que se deben tener para el manejo de los casos de las principales patologías y eventos de interés en salud pública, derivados de las afectaciones provocadas por el ingreso recurrente de frentes fríos.
- 2.2.6** Realizar seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento



formuladas por los prestadores de servicios de salud contratados para prevenir y mitigar los eventos adversos presentados relacionados con la atención de las personas con afectaciones en salud derivadas de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos.

- 2.2.7** Verificar que los prestadores de servicios de salud de su red cuenten con reservas suficientes de medicamentos e insumos para el tratamiento de las personas con afectaciones en salud derivadas de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos.
- 2.2.8** En los alojamientos temporales garantizar la atención en salud permanente, el personal de salud con capacidad preventiva, predictiva y resolutive, y el acceso a tratamientos para las enfermedades que se identifiquen en estos sitios.
- 2.2.9** Desarrollar estrategias para garantizar el acceso a medicamentos y suministros médicos esenciales, de las personas con afectaciones en salud derivadas de los eventos provocados por el ingreso recurrente de frentes fríos.
- 2.2.10** Garantizar unidades de atención médica móvil para llegar a las áreas afectadas.
- 2.2.11** Garantizar la atención integral y sin barreras. de las personas víctimas de violencia sexual y otros eventos en salud sexual y reproductiva que se puedan generar en el marco de la emergencia, sin estigma ni discriminación.
- 2.2.12** Garantizar que la red de prestadores de servicios de salud cumpla con la notificación de los casos de interés en salud pública de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos en el SIVIGILA.
- 2.2.13** Asegurar la oportunidad de la referencia y contrarreferencia de los pacientes de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, eliminando todas las barreras de acceso.
- 2.2.14** Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa 40 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales.
- 2.2.15** Presentar a la entidad territorial del orden departamental o distrital con copia al Ministerio de Salud y Protección Social el plan de contingencia establecido en la Resolución 1441 de 2016 incluyendo las acciones contenidas en la presente



Circular.

- 2.2.16** Disponer de manera permanente y mientras se mantenga la alerta roja hospitalaria de un delegado ante la entidad territorial para realizar las articulaciones y coordinaciones necesarias establecidas en la presente circular.

3. Acciones para la gestión de alojamientos temporales:

- 3.1** Las entidades territoriales deberán adoptar los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales, establecidos en la Circular Externa No. 40 de 2015, en coordinación con los CRUE y las demás entidades del sistema de salud y el SNGRD, para la atención integral de las personas y cubrir sus necesidades básicas.
- 3.2** Tener en cuenta las recomendaciones sobre albergues, las cuales se pueden consultar en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/alberques.aspx>
- 3.3** Informar sobre la conformación de Alojamientos Temporales de Emergencia - ATE., al Centro Nacional de Enlace (cne@minsalud.gov.co), al Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del INS (eri@ins.gov.co) y al Grupo de Vigilancia y control de Factores de Riesgo Ambiental del INS (gfra@ins.gov.co).

4. Acciones para el cuidado de la salud mental

Es necesario identificar, priorizar y ordenar por etapas las acciones que promuevan la salud mental y el apoyo psicosocial a las personas afectadas por situaciones de emergencias, generando espacios comunitarios de socialización del impacto donde se reelaboren y movilicen recursos para prevenir futuras crisis; además de escuchar las necesidades de las personas y reconocer sus capacidades en los diferentes entornos. Se busca reducir los riesgos y daños físicos, psicológicos y sociales, a través de una respuesta integrada en Salud Mental y Apoyo Psicosocial - SMAPS, basada en la dignidad, la no estigmatización y la continuidad del cuidado.

En las etapas del evento, fase previa o precrítica, fase crítica, fase post-crítica y fase de recuperación, los equipos psicosociales deben desarrollar acciones dirigidas a la comunidad en general y a las personas afectadas; por los eventos derivados del ingreso recurrente de frentes fríos.

Por lo tanto, se recomienda atender a las orientaciones de la guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, disponible en

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



<https://www.acnur.org/sites/default/files/leqacv-pdf/5b50c7b82cd.pdf> y la guía para trabajadores de campo <https://www.paho.org/es/node/44399>

Realizar acciones de tamizaje, clasificación del riesgo, canalización y seguimiento en salud mental, incluyendo riesgo de conducta suicida, violencias y consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de la Atención Primaria en Salud y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Implementar operativamente el componente de Salud Mental y Acompañamiento Psicosocial - SMAPS, desde la apertura de cada albergue temporal, para proteger, atender y restablecer la salud mental y el bienestar psicosocial de la población afectada por emergencias, mediante una respuesta integral, coordinada intersectorialmente y basada en derechos.

Activar las rutas de atención prioritarias en el marco del componente de Salud Mental y Acompañamiento Psicosocial - SMAPS, bajo un esquema de monitoreo operativo diario según la clasificación del riesgo, seguimiento clínico individual y evaluación estratégica interinstitucional:

- Ruta de Acogida Psicosocial y Convivencia.
- - Ruta de Prevención y Atención del Riesgo Suicida.
- Ruta de Prevención y Abordaje de Violencias.
- Ruta de Prevención, abordaje y reducción de riesgos y daños del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).
- Ruta de Protección Psicosocial del Talento Humano y Voluntarios.

Líneas de Tele-orientación en Salud Mental

Como parte de las estrategias de prevención en salud mental, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con profesionales en psicología, disponibles las 24 horas los 7 días de la semana, quienes brindan orientación psicológica y apoyo emocional a las personas de todo del país, (comunicarse telefónicamente desde cualquier operador al número 106 para territorios que no cuentan con su propia línea 106) o mediante agendamiento de video llamadas a través del siguiente enlace:
<https://outlook.office365.eom/book/CalendarioLineadeAtencionMental@minsalud.qov. co/>

Gran parte de los territorios cuenta con sus propias líneas de tele-orientación en salud mental o "líneas amigas", también se cuenta con profesionales en salud mental. Puede consultar el directorio de estas líneas a nivel nacional y territorial en el siguiente enlace:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/directoriosalud-mental-prevencion-suicidio-minsalud.pdf>



5. Comunicación sin daño

En el marco de las emergencias de salud pública, la comunicación tiene el poder de salvar vidas, gracias a que a través de los medios de comunicación y las redes sociales se puede llegar a las poblaciones rápidamente y a gran escala, los ciudadanos pueden conectarse con expertos y personal de emergencia para contar con información fundamental de fuentes confiables acerca de lo que está sucediendo, cómo protegerse y cómo buscar ayuda, apoyo o tratamiento¹⁶.

Principales recomendaciones:

- Informe de forma precisa lo que ocurre en el lugar.
- Sensibilice y sume información sobre el desastre.
- Omita cualquier rumor o desinformación.
- Tenga en cuenta que mucha gente está sufriendo.
- Identifique la fuente oficial antes de dar a conocer cifras sobre los efectos del evento.
- Utilice múltiples fuentes.
- Entreviste especialistas en psiquiatría o psicología que den consejos para recuperar la calma y la estabilidad emocional.
- Reporte los esfuerzos que se hacen en el lugar de la emergencia y en los servicios de salud, con el fin de controlar la situación, restablecer las condiciones previas y atender a la población.
- Destaque la solidaridad de la ciudadanía con quienes enfrentan la emergencia.

6. Otras disposiciones

Con el fin de garantizar la ejecución de todas las actividades establecidas en la presente Circular Externa, se requiere disponer de talento humano idóneo y suficiente, en forma continua del nivel municipal, distrital y departamental para hacer frente a los posibles efectos negativos en la salud de la población, que pueden generarse por el ingreso recurrente de frentes fríos al territorio nacional.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.3.2. Circular Externa 03 de 2026

PARA: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD; ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES; ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y ENTIDADES OBLIGADAS A COMPENSAR QUE SE ENCUENTREN EN MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL DE INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: DIRECTRICES Y LINEAMIENTOS PARA GARANTIZAR EL EFECTIVO FLUJO DE RECURSOS EN LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA EN APLICACIÓN DEL MECANISMO DE GIRO DIRECTO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y ENTIDADES OBLIGADAS A COMPENSAR QUE SE ENCUENTREN EN MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL DE INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

FECHA: 23 FEBRERO 2026

Con la finalidad de atender la situación del flujo de recursos de la red pública hospitalaria del país en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social en calidad de ente rector de la política de salud, en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en cumplimiento de las órdenes impartidas por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y atendiendo la “Reiteración de advertencia sobre el flujo de recursos hacia la red pública hospitalaria del país - 01 de enero de 2024 a 30 de septiembre de 2025” de la Contraloría General de la República, fija las siguientes directrices y lineamientos para garantizar el efectivo flujo de recursos en la red pública hospitalaria en aplicación del mecanismo de giro directo de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a compensar que se encuentren en medida de vigilancia especial de intervención para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previas consideraciones tácticas y jurídicas:

1. Consideraciones.

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



1.1. Competencia del Ministerio de Salud y Protección Social para expedir directrices, lineamientos, reglamentaciones y otros instrumentos de carácter normativo como entidad rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El ordenamiento jurídico colombiano le ha atribuido al Ministerio de Salud y Protección Social la potestad normativa para expedir directrices, lineamientos, reglamentaciones y otros instrumentos de carácter normativo referentes al funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la garantía del derecho fundamental a la salud. En ese orden de ideas, a continuación, se desarrollan las disposiciones normativas que fundamentan dicha potestad.

Inicialmente, en virtud del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado tiene la facultad de intervenir en el servicio público de seguridad social en salud, con el fin de garantizar los principios consagrados en la Constitución Política y en la ley.

De igual manera, se tiene que el literal a) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 preceptúa que el Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, según el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 es función del Ministerio y Salud y Protección Social “3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud”

Por otro lado, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 dispone que corresponde a la Nación la Dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional para lo cual le corresponde, entre otras, el ejercicio de la siguiente competencia: “42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

De igual forma, el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 preceptúa que son obligaciones del Estado, en calidad de responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, entre otras: “(b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”, “(c) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y “(i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de recursos para atender manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población”.

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 esta manera, resulta claro que el Ministerio de Salud y Protección Social es competente para emitir lineamientos, reglamentaciones y otros instrumentos normativos para garantizar un correcto y adecuado funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, dicha potestad de intervención del Estado en el servicio público de seguridad social en salud y dicha potestad normativa se intensifica en los casos de intervención forzosa para administrar las entidades vigiladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 233 de la Ley 100 de 1993, artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, Ley 1966 de 2019, y los artículos 2.5.5.1.1, 2.5.2.2.1.15 del Decreto 780 de 2016.

De manera especial, se debe señalar que en el numeral 42.8 de la Ley 715 de 2001 se definió como competencia de la Nación en el sector salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica o administrativa de instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que sean intervenidas para su administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de las cuales se encuentran los lineamientos que por medio de esta circular se emiten.

Finalmente, se tiene que de conformidad con los artículos 103 y 104 de la Ley 489 de 1998, los Ministros ejercen el control administrativo de tutela el cual se orientará a constatar y asegurar que las actividades y funciones de los organismos y entidades que integran el respectivo sector administrativo se cumplan en armonía con las políticas gubernamentales.

1.2 Marco jurídico y decisiones de la Honorable Corte Constitucional y de otros Jueces de la República de obligatorio cumplimiento referentes a la necesidad de adoptar medidas concretas y específicas que garanticen efectivamente un adecuado flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En primer lugar, se debe iniciar señalando que el deber de garantizar un adecuado flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra contemplado en diversas normas de rango legal y reglamentario del ordenamiento jurídico colombiano y ha sido ratificado y desarrollado por parte de la Honorable Corte Constitucional en sendas providencias judiciales.

Desde Ley 1122 de 2007 se adoptaron sendas disposiciones para mejorar el flujo y la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debiéndose destacar las medidas contempladas en el artículo 13 *“Flujo y protección de los recursos”* de la referenciada ley.

En ese mismo sentido, el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 153 de la Ley

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



100 de 1993, establece que el sistema se financiará con los recursos destinados por la Ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 29 estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico que para efecto definiera el Gobierno Nacional.

En virtud de lo dispuesto en el precitado artículo el Gobierno Nacional reglamentó el giro directo de los recursos por concepto de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado a través de los Decretos 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011, 1713 de 2012 y 1095 de 2013, incorporados en el Capítulo 2, del Título 2 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Los porcentajes del giro directo en el régimen subsidiado, según la modalidad de los acuerdos de voluntades, se encuentran definidos en la Resolución 1587 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo se han expedido leyes, como la Ley 1608 de 2013 “Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud” la cual tuvo como objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud, como por ejemplo, establecer la medida de giro directo para Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, el Decreto 2464 de 2013 define el procedimiento para el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación de Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo, en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, incorporado en los artículos 2.6.1.1.5.1 a 2.6.1.1.5.3 del Decreto 780 del 2016 Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Posteriormente, el numeral 4o del artículo 3 del Decreto 1429 de 2016 modificado por los Decretos 546 y 1264 de 2017, asignó a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud la función de efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, así como realizar las transferencias que correspondan a los distintos agentes del sistema de salud.

Más adelante el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023 por la cual se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, dispuso el giro directo 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



recursos de las Unidades de Pago por Capitación-UPC y de los Presupuestos Máximos que perciben las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, con exclusión, en el régimen contributivo, de las entidades adaptadas y las que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado.

Posteriormente, el Decreto 489 de 2024, que sustituyó la subsección 3, de la sección 1 y adicionó unos artículos a la Subsección 1, de la Sección 5, del capítulo 3 del título 4, Libro 2, parte 6 del Decreto 780 de 2016, estableció la procedencia de la medida de giro directo de los recursos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación y de los Presupuestos Máximos procede, entre otros eventos, cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, así como otras disposiciones normativas respecto del porcentaje, condiciones y trámite.

En esa misma línea, la Ley 1797 de 2016 adoptó disposiciones orientadas al saneamiento financiero del sector salud, estableciendo mecanismos para la depuración y pago de deudas, el fortalecimiento del flujo de recursos y la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado y demás prestadores públicos. Dichas medidas evidencian el propósito del legislador de garantizar la liquidez del sistema y evitar la acumulación de cartera que afecte la prestación efectiva de los servicios de salud.

Ahora bien, así se hayan adoptado medidas sistemáticas para mejorar el flujo de recursos y el Gobierno Nacional gire oportunamente los recursos a las Entidades Promotoras de Salud, si estas no pagan oportunamente a los prestadores de servicios de salud no se podrá satisfacer de manera adecuada las necesidades de la población a su cargo, en materia de salud.

Es por lo anterior, que el artículo 2.5.3.4.1.3 del Decreto 780 de 2016 preceptúa que:

"Artículo 2.5.3.4.1.3. (...)

Entidades Responsables de Pago - ERP. Son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacerlas necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas"

De igual manera, la Ley 1949 de 2019 fortaleció la capacidad institucional de la Superintendencia

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



Nacional de Salud en materia sancionatoria y redefinió sus competencias respecto del reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, así como en el ejercicio de funciones jurisdiccionales y de conciliación. Adicionalmente, adoptó medidas orientadas a mitigar los efectos negativos de los procesos de reorganización e intervención en el flujo de recursos y en el pago de acreencias de las entidades sometidas a dichas medidas, lo cual guarda estrecha relación con la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera y el flujo efectivo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud.

Dicho deber normativo, a saber, el de mantener un adecuado flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha sido desarrollado y ratificado por parte de la Corte Constitucional en las providencias judiciales que a continuación se desarrollan:

1.2.1. Auto 470A del 2019 de la Corte Constitucional.

Mediante el Auto 470A del 2019, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 del 2008 señaló, sobre la necesidad de adoptar medidas concretas que permitan mejorar la liquidez y el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo siguiente:

“207. Aun cuando el país ha evidenciado avances significativos en diferentes áreas del sector salud desde la promulgación de la sentencia T-760 de 2008, subsisten dificultades en materia de sostenibilidad financiera y de liquidez al interior del SGSSS, que afectan el correcto flujo de recursos requerido para respaldar la prestación real de los servicios de salud en óptimas condiciones a toda la población. Desde ese momento, la Sala ha sido enfática en que los planes de acción que tienen como prioridad garantizar el goce efectivo de un derecho no pueden derivar únicamente en políticas públicas formales en detrimento del bienestar de los asociados por falta de materialización.

208. Por lo anterior, se tiene que la misión del Estado no se reduce únicamente a emitir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos, sino a desplegar actuaciones dirigidas a la concreción y goce cierto de los mismos. De manera que no se trata de una mera intervención formal sin ejecución que atienda a las verdaderas angustias poblacionales o que se prolongue indefinidamente en el tiempo.

209. En este sentido, la Sala considera que la expedición de los preceptos legales y de los actos administrativos enunciados, la ejecución parcial de las políticas públicas reportadas, el diseño de medidas y herramientas para lograr un adecuado flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del SGSSS y la sola demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural declarada en la sentencia o considerar que dichas medidas

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



derivarán en su superación.”

(...)

“244. En principio, la Sala encontró que no se entregaron resultados en relación con todas las medidas diseñadas y reportadas por el Gobierno, y frente a algunas, los mismos fueron parciales, lo que no permite verificarlos avances arrojados por cada una de ellas.

(...)

246. Ahora, en relación con las medidas creadas y reportadas por el Gobierno, la Sala especial identificó que persisten fallas que no permiten obtener avances significativos. Como ejemplo, vale enunciar que permanece la elevada cartera a favor de los actores del sector salud con ocasión de la prestación de servicios y tecnologías en salud PBS NO UPO; la ineficiencia del gasto en materia de recobros; que la deuda no disminuye y por el contrario aumenta junto con los gastos de la salud; que continúan los problemas en la actualización y funcionamiento de las bases de datos; las dificultades en el trámite de las solicitudes de recobro; que los pagos no se efectúan en los plazos indicados por la normatividad que regula los procesos al interior del sistema de salud y; los inconvenientes para ejecutarlas auditorías a las solicitudes de recobro, reconocer y pagar oportunamente los mismos, entre otras situaciones que afectan directamente el flujo de recursos al interior del SGSSS”

1.2.2. Auto 2882 de 2023 de la Corte Constitucional.

De igual manera, mediante Auto 2882 de 2023 la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, determinó sobre el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que:

“151. Conforme a lo expuesto, la Sala consideró que no se conjuraron las dificultades evidenciadas en el flujo oportuno de recursos con ocasión de la existencia de una elevada cartera por recobros al interior del SGSSS, y que no desapareció con la creación de los PM que fueron creados para aliviar el flujo de recursos por servicios y tecnologías PBS no UPC.

152. Por una parte, porque las acciones estudiadas en el presente auto fueron evaluadas en otras oportunidades, y entre la expedición de la anterior valoración - Auto 1174 A de 2022- y esta, no se evidenció el reporte de nuevas medidas dirigidas a corregir o mejorarlas fallas señaladas por la Corte en dichas ocasiones. Así mismo, porque se observó un incremento en la cartera del sector salud con ocasión del procedimiento de recobros que sigue vigente y que supuestamente no tendría lugar gracias a la creación de los PM 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



fueron creados para eliminar la problemática que representaban los recobros.”

(...)

“163. La Sala estima que, si bien saldarla cartera impacta de manera temporal en el flujo de recursos, no resolverá la falla estructural que se presenta en la oportunidad de estos al interior del procedimiento de recobros que, sin duda, requiere ajustes para funcionar de forma más expedita. Los procedimientos de reconocimiento y pago de valores al interior de los diferentes procesos que se surten en el SGSSS, ya no solo en materia de recobros sino frente a cada valor que se reconoce, requiere de un análisis profundo que permitan alcanzar un ágil desembolso de los recursos.

164. Para esto también es necesario que, el Gobierno elimine las barreras administrativas que pueda estar imponiendo para que se efectúen los desembolsos de los recursos de la salud oportunamente, pues se observa un impacto negativo en la liquidez de las EPS derivado de este retardo que, no permite el normal desarrollo de diferentes procesos que se surten al interior del sistema de salud.

*165. Vale reiterar al Gobierno que desde la Sentencia T-760 de 2008 la Corte viene advirtiendo que **“[la] posibilidad de que las instituciones prestadoras de servicios (IPS) garanticen efectivamente la prestación de los servicios de salud requeridos por las personas, depende de la disponibilidad real de los recursos económicos que permitan a las entidades asumir los costos de los insumos necesarios para prestar los servicios y para mejorar su oferta en términos de tecnología y recursos humanos”***

*166. De igual manera, que no puede desconocer que **“[la] disponibilidad de los recursos necesarios para asegurar la prestación de los servicios de salud supone la obligación de que tales recursos existan, no se asignen a fines distintos al de asegurar el goce efectivo del derecho a la salud y se destinen a la prestación cumplida y oportuna de los servicios requeridos por las personas. Esta última obligación implica pues, garantizar el adecuado flujo de los recursos, lo cual es necesario para asegurar que toda persona goce efectivamente del más alto nivel posible de salud, dadas las condiciones presupuestales, administrativas y estructurales existentes”***

1.2.3. Auto 1175 de 2025 de la Corte Constitucional.

Así mismo, mediante Auto 1175 de 2025 la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T- 760 de 2008 reconoció los esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social en mejorar el flujo de recursos, pero consideró que las mismas no han resultado suficientes para garantizar un

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



adecuado flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

“36. Aunque la Sala reconoce el esfuerzo de el Minsalud en mejorar el flujo de recursos, cabe señalar que contrario a lo que ella misma afirmó, es decir que dio “pleno cumplimiento al numeral 2.2 de la orden segunda emitida por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 2882 de 2023” 42 , la mera existencia del compendio normativo no implica, por sí sola, la observancia de dicho mandato, sobre todo si no se cuenta con elementos suficientes para determinar si ha existido una mejora en el flujo de los recursos. Si bien parece que el Decreto 489 de 2024 fue considerado en los últimos pagos de la Adres, no es posible concluir que esa norma haya cumplido efectivamente con los objetivos para los cuales fue expedida.

37. Esto resulta aún más incierto si la Sala considera que el Ministerio de Salud no ha reportado ningún resultado que evidencie un incremento en los desembolsos o un progreso en los tiempos de pago, de conformidad con el mandato analizado, por lo que, hasta este punto se puede hablar de un cumplimiento formal y no material. En consecuencia, la Sala requerirá a la autoridad obligada para que informe cómo está implementando el decreto correspondiente.

(...)

40. La Sala considera que, más allá de la expedición de una norma, es esencial demostrar sus efectos y repercusiones, evidenciando los resultados y avances obtenidos en comparación con la situación previa a su implementación. Esto cobra especial relevancia dado que en el auto en evaluación señaló que el giro directo no se utilizaba en grandes proporciones y que existían deficiencias en su procedimiento. Entre estas falencias, se destacó que las EPS deben autorizar a la Administradora para que realice el giro en su nombre lo que impide avanzar en la superación de las fallas identificadas respecto del flujo de recursos al interior de la orden vigésima cuarta. En este sentido, aunque la disposición representa una medida adecuada, no se demostró su eficacia ni su impacto en la agilización del flujo de recursos.

(...)

44. De lo anterior, es posible dilucidar que es una realidad que el flujo de recursos en el sector no está siendo suficiente y, a su vez, desproporcionado de cara a la cantidad de servicios de salud prestados y a las necesidades de las personas. Por lo que, si no se toman acciones oportunas por parte de las autoridades, se va a debilitar significativamente la operatividad de las IPS, limitando su capacidad para brindar servicios de salud. De hecho,



ya se observan señales preocupantes en algunas regiones, donde se han anunciado restricciones o cierres en la atención a usuarios de varias EPS, como consecuencia directa de retrasos en los pagos.

(...)

47. En conclusión, respecto al mandato del numeral 2.2. del Auto 2882 de 2023, la Sala advierte que, si bien Minsalud adoptó una medida conducente a alcanzar la obligatoriedad del giro directo, mediante la expedición de una normativa que regula de manera exclusiva su funcionamiento. Esta disposición, prima facie, se orienta a cumplir el objeto de la orden impartida por esta Corte, en cuanto busca agilizar el desembolso de los recursos. Asimismo, en las consideraciones del mencionado decreto, la autoridad obligada evidenció un esfuerzo por atender las falencias previamente señaladas por esta Corporación, lo que permite inferir que se están adoptando acciones encaminadas al cumplimiento del mandato, al destacar la necesidad de fortalecer y reajustar dicho mecanismo para mejorar el flujo de recursos”

De esta manera, resulta claro que, aun cuando la Honorable Corte Constitucional reconoce avances con las medidas adoptadas por parte del Gobierno Nacional con la finalidad de mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las mismas no han resultado suficientes, razón por la cual se demandan acciones de mayor contundencia y eficacia.

1.2.4. Auto del 11 de julio de 2025 de la Sala Unitaria de Decisión del Tribunal Administrativo de Antioquia en el proceso con radicado 0500123330002025 0067300.

Mediante Auto del 11 de julio de 2025, el Tribunal Administrativo de Antioquia en el proceso con radicado 0500123330002025 0067300 ordenó:

“PRIMERO .- DECRETAR la medida cautelar en los términos expresados en la parte considerativa de esta providencia, y ORDENAR a la Nación - Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, en calidad de rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que a través de la ADRES y de las SUPERSALUD, y a las EPS intervenidas que están siendo accionadas, para que en un término de 30 días contados a partir del día siguiente de la notificación de esta providencia, adelanten todas las gestiones que correspondan para el saneamiento de la cartera que se encuentre debidamente acreditada a favor de las IPS, y a su vez garantizar el flujo de recursos que permita hacerefetivo el pago oportuno y completo de las obligaciones para que se pueda garantizar a la población, el acceso oportuno y eficiente a los servicios de



salud en Medellín".

Lo anterior, en virtud de la falta de pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas.

1.3. Consideraciones sobre el deber del Estado de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional y el imprescindible papel de las Empresas Sociales del Estado en el cumplimiento de dicho fin estatal.

De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas residentes en el territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Respecto del servicio de salud, de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, *“su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”*.

Es deber del Estado garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, tal y como lo dispone el artículo 6o de la Ley 1751 de 2015.

En ese mismo sentido el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 dispuso que *“El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”*.

Mediante la sentencia C-459 de 2008, en relación con la rentabilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado la Honorable Corte Constitucional indicó que *“Los criterios de sostenibilidad financiera o equilibrio financiero aplicados a instituciones públicas en el ámbito del derecho fundamental a la salud, no pueden tener un alcance ni un efecto que traslade a los mismos la lógica del sector privado. En un Estado Social de Derecho el Estado debe en ciertos lugares del territorio nacional donde el sector privado no está dispuesto a financiar hospitales o centros de salud asegurar que las personas que allí habitan tengan acceso a la salud, incluso si para ello es necesario subsidiar el hospital o el centro que es deficitario. [...] Por lo tanto, también es necesario condicionar la norma para excluir aquella interpretación de los criterios mencionados que conduce*

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 sacrificar tanto el acceso a la salud de las personas a la red pública de hospitales como a impedir que el estado financie instituciones prestadoras de salud públicas. Se resolverá, entonces, condicionar la exequibilidad de la norma en el sentido de que (a) las acciones necesarias para garantizarla sostenibilidad y el equilibrio financiero, no pueden comprender negarse a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario, sin necesidad de acudir a la acción de tutela, y (b) tales criterios no justifican el incumplimiento del deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación."

Así mismo, en el artículo 26 de la Ley 1122 de 2007, se establece que la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará por parte de las Empresas Sociales del Estado y que *"En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE"*

De igual manera resulta necesario reiterar que el artículo 16 de Ley 1122 de 2007 preceptúa que *"Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas"*

Finalmente, se debe señalar que el artículo 15 de la mencionada Ley 1122 de 2007 preceptúa que *"Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud (...)"*

1.4 Informe de "REITERACIÓN DE ADVERTENCIA SOBRE EL FLUJO DE RECURSOS HACIA LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEL PAIS - 01 de enero de 2024 a 30 de septiembre de 2025" de la Contraloría General de la República.

La Contraloría General de la República formuló ante la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social *"REITERACIÓN DE ADVERTENCIA SOBRE EL FLUJO DE RECURSOS HACIA LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEL PAIS - 01 de enero de 2024 a 30 de septiembre de 2025"* en la cual encontró que, de manera desproporcionada los recursos girados por la ADRES a través del mecanismo directo, es mayor hacia los prestadores 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



servicios de salud privados:

“Pese al incremento del valor girado a los hospitales públicos mediante el mecanismo del giro directo frente a lo facturado año a año, este no fue suficiente para apalancar la operación de los mismos; por el contrario, la cartera se aumentó, reflejando con esto un deterioro para las finanzas de los hospitales públicos en Colombia.

La cartera en total se incrementó en \$3.7 billones en tan solo 9 meses (enero a septiembre del 2025), lo que demuestra la falta de flujo de los recursos para el pago de las obligaciones por concepto de la prestación de servicios de salud a los hospitales públicos derivadas de las atenciones a los usuarios que acceden a la red pública.

(...)

Tipo de prestador	Valor girado por Giro Directo	% participación
Privada	46.497.658.534.141	67,7%
Pública	15.932.652.713.507	23,2%
Proveedor	5.581.956.408.692	8,1%
Mixta	650.915.335.711	0,9%
Total	68.663.182.992.051	

Fuente: ADRES

Los prestadores públicos recibieron \$15,932,652,713,507, con una participación del 23,2 %, ubicándose como el segundo grupo con mayor volumen de recursos.

Por su parte, los proveedores de medicamentos y tecnologías en salud, recibieron \$5,581,956,408,692, que representan el 8,1 % del total girado, mientras que los prestadores de naturaleza mixta registraron el menor nivel de participación \$650.915.335.711, equivalentes al 0,9 % del total.

En términos generales, el cuadro anterior evidencia que el mecanismo de giro directo presenta una distribución heterogénea de los recursos, con predominancia de los prestadores privados, por lo ya comentado, seguido por los prestadores públicos, mientras que los proveedores y los prestadores mixtos concentran una participación minoritaria dentro del total de pagos realizados”.



En virtud de lo anterior la Contraloría General de la República reiteró la Función de Advertencia emitida en 2023 a la Superintendencia Nacional de Salud, ampliando el requerimiento a esta Cartera Ministerial en el sentido de adoptar medidas inmediatas y coordinadas con el fin de garantizar el flujo oportuno de recursos hacia la red pública hospitalaria, evitando una agudización de la difícil situación financiera del sistema que pondría en riesgo el derecho fundamental a la salud de los colombianos, en los siguientes términos:

“Finalmente, el presente informe permite a este órgano de control reiterar la Función de Advertencia emitida en 2023 a la Superintendencia Nacional de Salud, ampliando el llamado al Ministerio de salud. En este sentido, la CGR insta a estos dos sujetos de control, a adoptar medidas inmediatas y coordinadas, con el fin de garantizar el flujo oportuno de recursos hacia la red pública hospitalaria, evitando una agudización de la difícil situación financiera del sistema, que pondría en riesgo el derecho fundamental a la salud de millones de colombianos”.

Luego, resulta claro el deber del Ministerio de Salud y Protección Social de adoptar medidas inmediatas, concretas y estructurales para garantizar el flujo oportuno de recursos hacia la red pública hospitalaria, en cumplimiento del ordenamiento jurídico, de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y del requerimiento efectuado por parte de la Contraloría General de la República.

2. Lineamientos.

En virtud de las consideraciones tácticas y jurídicas señaladas, resulta necesario adoptar directrices, medidas y lineamientos tendientes a garantizar el efectivo flujo de recursos en la red pública hospitalaria en aplicación del mecanismo de giro directo de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a compensar que se encuentren en medida de vigilancia especial de intervención para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud:

- 2.1.** Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que se encuentren en medida especial de vigilancia de intervención para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco del instrumento de giro directo reglamentado en el Decreto 780 de 2016 y demás normas sobre la materia, deberán garantizar que en la postulación mensual que realicen se priorice la red pública hospitalaria.
- 2.2.** La Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, deberá verificar el cumplimiento de la efectiva postulación priorizada establecida en el numeral anterior.

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 caso de detectarse incumplimiento, la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, en cumplimiento de las funciones de control y seguimiento para el giro directo establecidas en el Decreto 489 de 2025, devolverá la postulación correspondiente y requerirá a las EPS intervenidas para efectos de que la reformulen en un plazo no superior a tres (3) días hábiles.

- 2.3. Una vez se reformule la postulación, la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES continuará con el trámite del giro directo establecido en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que reglamentan la materia.
- 2.4. Ante el incumplimiento de lo dispuesto en la presente Circular, la Superintendencia Nacional de Salud deberá proceder en el marco de sus competencias legales de carácter sancionatorio.

La presente circular rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



2.3.3. Circular Conjunta 04 de 2026

- PARA:** GOBERNADORES, ALCALDES, COORDINADORES DE CONSEJOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES, SECRETARIOS (AS) DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
- DE:** MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.
- ASUNTO:** DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA EN SALUD Y SALUD PÚBLICA FRENTE A LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO DE SARAMPIÓN, EN EL MARCO DE LA COPA MUNDIAL DE FÚTBOL FIFA 2026 CON SEDE EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO.
- FECHA:** 25 FEB 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, en ejercicio de sus funciones, como órgano rector del Sector Salud, encargado de la dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud de acuerdo con lo establecido en los numerales 3 y 5 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026, considera necesario emitir la presente Circular externa e impartir las siguientes directrices de obligatorio cumplimiento, en el marco de las competencias asignadas por la normativa vigente, por parte de los destinatarios, para brindar protección a la población nacional ante el riesgo de brotes de sarampión y rubéola en el territorio nacional.

ASPECTOS PRELIMINARES

Desde el 11 de junio hasta el 19 de julio de 2026 se llevará a cabo la Copa Mundial de la FIFA en Canadá, Estados Unidos y México. El evento se desarrollará en 16 sedes oficiales, distribuidas de la siguiente manera: en Canadá, Toronto y Vancouver; en México, Guadalajara, Ciudad de México y Monterrey; y en Estados Unidos, Atlanta, Boston, Dallas, Houston, Kansas City, Los Ángeles, Miami, Nueva York/Nueva Jersey, Filadelfia, el Área de la Bahía de San Francisco y Seattle.

En preparación para este evento, es imperativo considerar la situación epidemiológica del



sarampión en los países anfitriones. Tras haber mantenido la transmisión ininterrumpida del mismo genotipo viral durante 12 meses desde 2024, Canadá perdió su estatus de eliminación del sarampión otorgado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en noviembre de 2025. No obstante, este riesgo no es exclusivo de dicho país; tanto Estados Unidos como México han reportado casos importados entre 2024 y 2025, lo que configura un escenario de riesgo regional para el torneo.

De acuerdo con el reporte de la OPS para 2025-2026, la región evidencia una dispersión de casos de sarampión con un total de 14.891 contagios y 29 defunciones, de las cuales 2 se dieron en población indígena. Otros países con actividad notificada incluyen a Argentina (36 casos); Belice (44 casos); Bolivia (597 casos); Brasil (38 casos); Canadá (5.436 casos), incluyendo dos defunciones¹; Costa Rica (1 caso); El Salvador (1 caso); los Estados Unidos de América (2.242 casos), incluyendo tres defunciones; Guatemala (1 caso); México (6.428 casos), incluyendo 24 defunciones; Paraguay (49 casos); Perú (5 casos) y Uruguay (13 casos).

Ante la expansión de la transmisión del sarampión en la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros su recomendación para viajeros. En su Actualización Epidemiológica del 19 de septiembre de 2025, el organismo insta a que toda persona a partir de los seis meses de edad que no cuente con prueba de inmunidad o vacunación reciba una dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola (preferiblemente la triple viral - SRP) al menos dos semanas antes de desplazarse a áreas con transmisión documentada².

Asimismo, se sugiere que las autoridades sanitarias orienten a los viajeros, previo a su desplazamiento, acerca de los signos y síntomas propios del sarampión. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre y exantema (erupción cutánea), asociados con al menos uno de los siguientes síntomas: tos, coriza (secreción nasal), conjuntivitis, dolor en las articulaciones o linfadenopatía (inflamación de ganglios).

Respecto a eventos masivos en la alerta emitida por la OPS el 03 de febrero de 2026, refiere que la Región de las Américas, debe considerar recomendaciones en fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, vacunación y la preparación a eventos masivos un plan en tres tiempos de ejecución: antes del viaje, durante el viaje y al regreso³.

En el mismo sentido, y ante el incremento sostenido de casos, la Organización Panamericana de la Salud realizó una evaluación de riesgo el 18 de febrero de 2026, en la cual concluyó que el riesgo para la salud pública en la Región de las Américas frente al sarampión debe calificarse como muy alto.

Esta valoración obedece, en primer lugar, a la persistencia de brotes activos en varios países 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



la región, incluyendo casos que no se encuentran vinculados a cadenas de transmisión previamente identificadas. Asimismo, se ha evidenciado la aparición reciente de casos en nuevas áreas geográficas y la afectación de poblaciones indígenas y de grupos con reticencia a la vacunación, lo que incrementa la probabilidad de propagación del virus.

En segundo término, la organización advierte la falta de mantenimiento de coberturas óptimas de vacunación, es decir, superiores al 95%, en la mayoría de los países y territorios. De acuerdo con la información reportada por 45 países y territorios de las Américas en 2024 respecto de la vacuna triple viral (SRP1 y SRP2), únicamente el 33% alcanzó una cobertura superior al 95% para la primera dosis (SRP1), y solo el 20% logró ese nivel para la segunda dosis (SRP2). A nivel regional, la cobertura fue del 89% para SRP1 y del 79% para SRP2, cifras que se encuentran por debajo del umbral recomendado para garantizar la inmunidad colectiva.

Adicionalmente, se resalta el aumento de la población susceptible y la existencia de “bolsones” de personas no inmunizadas, situación derivada de la persistencia de bajas coberturas de vacunación. Entre los factores asociados se encuentran los efectos de la pandemia por COVID-19, el incremento de la reticencia a las vacunas en determinados sectores, las limitaciones operativas para la implementación de estrategias de inmunización y las barreras de acceso a los servicios de salud que afectan especialmente a poblaciones vulnerables, como comunidades indígenas, migrantes y personas desplazadas.

En consecuencia, el riesgo general de este evento en la Región de las Américas, particularmente en los países con coberturas bajas de vacunación, se clasifica como muy alto, con un nivel de confianza alto, de acuerdo con la información disponible al momento de la evaluación.

Bajo la Circular Externa Conjunta 16 de 2025, se impartieron instrucciones para mitigar el riesgo de casos importados de sarampión y rubéola. A pesar de que las Américas ostentan el estatus de región libre de estas patologías desde 2024, la presencia de brotes activos en el continente ha impulsado el fortalecimiento de las acciones de inmunización. Se insta a las entidades territoriales a intensificar la vigilancia y el cumplimiento del esquema de vacunación para mantener los logros alcanzados en la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC4.

En el marco de la situación epidemiológica del evento de sarampión y la preparación para el Mundial de Fútbol 2026, y con el fin de garantizar la seguridad sanitaria en el país, este Ministerio y el Instituto Nacional de Salud - INS disponen las siguientes instrucciones de carácter nacional. Estos lineamientos buscan fortalecer la vigilancia epidemiológica y las medidas de control frente a riesgos potenciales para la salud pública frente a la situación epidemiológica del evento de sarampión y durante el desarrollo del certamen.

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



DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y MANEJO EN SALUD EN LAS AGLOMERACIONES DE PÚBLICO.

1. A LAS ENTIDADES TERRITORIALES.

En el marco de la Copa Mundial de la FIFA 2026, las Entidades Territoriales (ET) tienen la responsabilidad de gestionar el riesgo en aglomeraciones de público para salvaguardar la certificación de eliminación de los virus de sarampión, rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Dada la actual situación regional de brotes importados, que han generado altas tasas de incidencia y mortalidad, este evento se cataloga como una prioridad de salud pública. En consecuencia, se insta a las ET a dar cumplimiento estricto a los lineamientos técnicos y a la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, bajo un proceso de ejecución prioritario e ineludible, estructurado de la siguiente manera:

1.1. Conocimiento del Riesgo:

Elaborar el análisis de riesgo de conformidad con la situación epidemiológica de sarampión y para el Mundial FIFA 2026, fundamentado en la identificación de los escenarios donde participará la Selección Colombia y los países con brote activo. Este proceso debe incluir el mapeo y la caracterización de las aglomeraciones masivas, evaluando su probable impacto sanitario y social dentro de cada jurisdicción para definir medidas de mitigación específicas.

1.2. Análisis de vulnerabilidad:

Evaluar la capacidad de respuesta de la red prestadora de servicios de salud frente a un incremento exponencial en la demanda por sarampión, rubéola y SRC. Esta evaluación debe contemplar las fases pre - evento (preparatoria), durante y post-evento del Mundial FIFA 2026, y de acuerdo a la situación epidemiológica de sarampión garantizando la disponibilidad de recursos e infraestructura en cada etapa.

1.3. Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica:

Realizar un análisis retrospectivo de los brotes y eventos de interés en salud pública (EISP) en el territorio, evaluando los determinantes sociales en salud asociados. Asimismo, se deberá analizar el comportamiento histórico de la notificación y el nivel de cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, con el fin de identificar brechas en la capacidad de respuesta local.

1.4. Reducción del Riesgo:

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



Ejecutar la caracterización de la población susceptible a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), empleando herramientas de georreferenciación para mapear riesgos por residencia y/o sitios de trabajo (municipios dormitorio). Se deberán identificar los nodos críticos de vulnerabilidad para el ingreso de virus importados y definir las tácticas de inmunización más efectivas (vacunación intramural, extramural y puntos en frontera/aeropuertos) para garantizar la cobertura de viajeros y grupos susceptibles.

1.5. Comunicación del Riesgo:

Diseñar e implementar una estrategia de comunicación del riesgo dirigida a la ciudadanía, enfocada en la prevención del sarampión ante el flujo de viajeros internacionales. Esta debe promover comportamientos saludables y el reconocimiento de signos de alarma, asegurando que la población adopte medidas preventivas de manera proactiva antes, durante y después del Mundial FIFA 2026 y de conformidad a la situación epidemiológica de sarampión.

1.6. Preparación para la Respuesta:

Liderar la articulación interinstitucional entre Gobernaciones, Alcaldías y Secretarías de Salud para el desarrollo de planes de contingencia ante la situación epidemiológica de sarampión y el Mundial (fase preparatoria, durante y post evento). La estrategia debe unificar las acciones de salud pública y prestación de servicios con la logística de transporte (aéreo, terrestre y fluvial) y la oferta turística local. Estos planes requieren la aprobación del comité territorial como requisito para su ejecución, asegurando mecanismos de supervisión y evaluación de la respuesta institucional.

1.7. Activación del CRUE:

Asegurar la integración operativa del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) con los Puestos de Mando Unificado (PMU). Se deberán garantizar canales de comunicación redundantes y en tiempo real que permitan la coordinación inmediata de la red hospitalaria ante cualquier evento de salud pública o emergencia en el marco de la situación epidemiológica de sarampión y en el marco del evento copa mundial FIFA 2026.

1.8. Simulacros:

Ejecutar simulacros operativos y ejercicios de mesa para validar los protocolos realizar simulacros de respuesta inmediata ante la detección de casos sospechosos de sarampión, rubéola y SRC, con el fin de garantizar la efectividad de los cercos epidemiológicos y la capacidad de respuesta institucional en el territorio, así como la activación de la red hospitalaria.

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. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.

En cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 3518 de 2006 en su literal g del artículo 7, referente a la vigilancia rutinaria de eventos de interés en salud pública, las entidades territoriales deberán fortalecer e intensificar las siguientes acciones ante comitivas, delegaciones y demás viajeros que ingresen al territorio nacional.

2.1. Vigilancia a cargo de la Red Nacional de Laboratorios

En cumplimiento de lo estipulado la sección 4, capítulo 2, capítulo 1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del sector salud y protección social, en lo que respecta a la vigilancia para la Red Nacional de Laboratorios de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), se imparte las siguientes directrices:

La red Nacional de laboratorios para la detección y vigilancia de Sarampión, Rubéola y SRC en Colombia está integrada por el Instituto Nacional de Salud (INS), como laboratorio de referencia del nivel nacional, los laboratorios departamentales de salud pública y del distrito capital como referencia en sus respectivas jurisdicciones y los laboratorios clínicos que realicen análisis para la detección serológica /molecular de Sarampión, Rubéola y SRC.

2.1.1. La vigilancia por laboratorio de Sarampión, Rubéola y SRC incluye pruebas para determinación de anticuerpos IgM, anticuerpos IgG, detección viral por técnicas de RTPCR, determinación de genotipo, avidéz de anticuerpos IgG. La ejecución de estas pruebas está alineada de acuerdo con el nivel de responsabilidad en la confirmación de casos.

2.1.2. En un contexto de eliminación de Sarampión, Rubéola y SRC como en el que actualmente se encuentra Colombia, un resultado dudoso o positivo en la primera muestra de determinación de anticuerpos IgM no es suficiente para confirmar o descartar un caso:

por lo que, ante cualquier caso, es necesario completar el algoritmo diagnóstico, el cual se encuentra disponible para consulta en Guía de Laboratorio vigilancia por laboratorio de sarampión y rubéola.

2.1.3. El Laboratorio Nacional de Referencia en cabeza del INS, es el único, dentro de la red nacional de laboratorios, autorizado a divulgar la confirmación de un caso sospechoso/confirmado de Sarampión, Rubéola o SRC.

2.1.4. Las muestras empleadas para diagnóstico y vigilancia por laboratorio de Sarampión, Rubéola y SRC son: suero, muestra respiratoria (Hisopado nasal nasofaríngeo, faríngeo o

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



aspirado bronquial) y muestra de orina. En caso de tener únicamente muestra de suero, procesar y continuar con el algoritmo.

2.1.5. Las muestras deben ser tomadas al primer contacto con el paciente (caso sospechoso de Sarampión, Rubéola o SRC) sin embargo, existen tiempos adecuados para cada tipo de muestra:

Suero: 0-30 días después de la aparición de la erupción.

Muestra respiratoria: Hasta 14 días después de la aparición de la erupción.

Muestra de orina: Hasta 10 días después de la aparición de la erupción.

2.1.6. Las muestras deben remitirse al laboratorio procesador en un plazo máximo de 5 días calendario conforme con los indicadores internacionales establecidos.

2.1.7. Seguir las indicaciones emitidas por el INS respecto a las condiciones de recolección, transporte, etiquetado, embalaje y transporte de muestras descritas en el "Manual de procedimientos para la toma, conservación y envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia", o el que haga sus veces, publicado en el siguiente enlace <http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras4ns.pdf>.

2.1.8. La vigilancia por laboratorio de sarampión y rubéola se realiza de manera conjunta, lo que indica que ante un caso sospechoso de Sarampión se debe analizar también rubéola y viceversa, ante un caso sospechoso de Rubéola también se debe analizar Sarampión.

2.1.9. El sarampión y la Rubéola son eventos de interés en salud pública vigilados y deben de estar notificados en el sistema de vigilancia del país SIVIGILA, por lo tanto, si un laboratorio recibe muestras de casos sospechosos debe solicitar la notificación en el SIVIGILA, esto incluye la ficha epidemiológica (710, 720 o 730) debidamente y el código de ingreso en SIVIGILA.

2.1.10. El algoritmo diagnóstico para Sarampión, Rubéola y SRC, determina que la primera prueba de laboratorio que debe realizarse es la detección de anticuerpos IgM.

2.1.10.1. Ante un resultado positivo o dudoso se debe solicitar la obtención de segunda muestra de suero (entre 10 y 21 días después de tomar la primera muestra de suero) para evaluar anticuerpos IgG e IgM. Continuar con análisis moleculares en las muestras respiratorias y de orina. La confirmación o descarte del caso requerirá análisis de información integrada de epidemiología, clínica, y laboratorio. Se debe realizar un seguimiento estricto a todos los casos que presente resultado positivo en anticuerpos IgM, esto incluye, análisis de anticuerpos IgG,

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



análisis moleculares y análisis diferenciales como dengue, parvovirus B19, citomegalovirus, herpes 1 y 2.

2.1.10.2. Ante un resultado negativo y con muestra de suero temprana (recolectada entre 0 y 3 días después de la fecha de erupción) realizar análisis moleculares en las muestras respiratorias y de orina. Analizar el caso con información epidemiológica, clínica y de laboratorio.

2.1.10.3 Responsabilidad por nivel en el algoritmo:

2.1.10.3.1. Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), unidades notificadoras, laboratorios privados de servicios; realizan ensayos de detección de anticuerpos, análisis diferenciales, en caso de obtener resultado positivo en anticuerpos IgM solicitar y recolectar las segundas muestras de suero y enviar todas las muestras recolectadas al LSP. De igual forma si la muestra de suero fue recolectada entre 0-3 días después de la erupción (muestra temprana) debe enviar las muestras al LSP.

Todos los laboratorios privados, los laboratorios de la UPGD o de las unidades notificadoras deben enviar semanalmente al LSP de su territorio, un registro con la relación de todas las muestras procesadas para Sarampión, Rubéola y SRC.

Todos los laboratorios privados, los laboratorios de la UPGD o de las unidades notificadoras que procesen muestras de Sarampión o Rubéola deben participar en ensayos de aptitud externos y enviar los resultados de su desempeño al LSP. Así mismo, si el LSP ofrece programas de evaluación directa e indirecta deberán participar y acogerse a sus instrucciones.

2.1.10.3.2. El Laboratorio de Salud Pública LSP, apoya en el diagnóstico por laboratorio realizando los análisis serológicos o moleculares de acuerdo con su capacidad instalada y conocimiento del LNR, remitiendo todas las muestras al LNR de los casos cuyo resultado haya sido positivo o dudoso. El LSP envía al LNR la base de datos con la información de todos los casos procesados en su territorio incluyendo los procesados en el LSP.

El LSP aplica mecanismos para verificar la proficiencia de los laboratorios clínicos de su red. Realiza el seguimiento de todos los casos sospechosos de su territorio, interactúa permanentemente con vigilancia epidemiológica, consolida información y apoya en el ajuste del caso en el SIVIGILA.

El LSP debe realizar Búsqueda Activa por Laboratorio, haciendo análisis (o remitiendo para tal fin) de Sarampión - Rubéola a muestras de suero de casos que tengan resultado negativo en arbovirosis, con fiebre y erupción, en las siguientes situaciones y condiciones:

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. Territorios que presenten silencio epidemiológico “zona silenciosa” (sin notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola al sistema de vigilancia): el suero se obtuvo 30 días antes de la prueba de IgM contra sarampión y rubéola
2. Inicio de un brote: muestras obtenidas en el mismo municipio donde se confirmó el caso índice: muestras obtenidas dentro de los 30 días previos a la fecha de inicio de erupción del caso índice
3. Finalización de un brote: procedente de zonas en las que se hayan notificado casos confirmados de sarampión o rubéola; suero obtenido dentro de las 12 semanas siguientes al último caso confirmado de sarampión o de rubéola.

2.10.3.3 El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INS, realiza la confirmación molecular y/o serológica de casos, la caracterización genética de virus detectados, consolida la información nacional, interactúa con el Ministerio de Salud Protección Social (MSPS) y entes internacionales, De igual forma en conjunto con vigilancia epidemiológica nivel nacional apoya la divulgación de información de los casos.

2.2. Vigilancia en Salud Pública.

En el contexto del fortalecimiento de la vigilancia del sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) durante el Mundial de Fútbol 2026, las Entidades Territoriales (ET) deben implementar las siguientes acciones, de acuerdo con lo descrito en el protocolo de vigilancia del evento:

- 2.2.1.** Establecer que todo cuadro febril exantemático (no vesicular) en persona con antecedente reciente de viaje internacional debe ser considerado como caso sospechoso de sarampión y rubéola (SR) y deberá ser notificado de manera super inmediata al sistema de vigilancia Sivigila.
- 2.2.2.** Sensibilizar a los trabajadores de la salud del sector público y privado sobre la notificación super inmediata de todo caso sospechoso de SR.
- 2.2.3.** Garantizar la investigación epidemiológica de campo oportuna en un plazo no mayor a 48 horas, incluyendo la obtención y el envío inmediato de muestras biológicas al Laboratorio de Salud Pública Departamental (LSPD) o al Laboratorio Nacional de Referencia - INS. Esta medida aplica para todos los casos sospechosos de SR, así como para cualquier caso de enfermedad febril exantemática (EFE) identificado en viajeros internacionales durante y después del evento masivo.
- 2.2.4.** Proporcionar acompañamiento técnico permanente a los municipios y las Unidades

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



Primarias Generadoras de Datos (UPGD) sobre el manejo oportuno y adecuado de los casos sospechosos de SR.

2.2.5. Garantizar asistencias técnicas para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en las IPS públicas y privadas, garantizando la identificación oportuna y la notificación super inmediata de los casos sospechosos de SR. Esta medida regirá antes, durante y hasta cuarenta y cinco (45) días después de finalizado el evento.

2.2.6. Realizar el entrenamiento y reentrenamiento de los equipos de respuesta inmediata de las entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales).

2.2.7. Ante la notificación de un caso sospechoso de SR, las entidades territoriales deben remitir informe preliminar con la información del caso y los soportes de las acciones de control al referente del evento del Instituto Nacional de Salud, en un plazo no mayor a 48 horas y enviar informe final una vez se realice el cierre del caso. Cada caso debe ir acompañado de su respectiva entrevista y la ejecución de las acciones de control correspondientes como la investigación epidemiológica de campo menor a 48 horas con la realización de la visita domiciliaria (incluyendo la línea de tiempo), búsqueda activa comunitaria (BAC), búsqueda activa institucional (BAI), monitoreo rápido de vacunación (MRV) para SR, identificación y seguimiento de contactos por 30 días y el bloqueo de vacunación).

2.2.8. En el contexto de la eliminación del sarampión y la rubéola, un resultado dudoso o positivo en la primera muestra de determinación de anticuerpos IgM no es suficiente para confirmar o descartar un caso; es necesario completar el algoritmo diagnóstico. Además, se debe realizar seguimiento diario durante treinta (30) días a los contactos directos y garantizar la ejecución de las acciones de control establecidas en el protocolo del evento. El cierre del caso debe basarse en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

2.2.9. Garantizar el aislamiento respiratorio de todos los casos sospechosos de sarampión desde el inicio de los síntomas generales y mantenerlo hasta 7 días después del inicio del exantema, período en el cual la persona puede transmitir la enfermedad:

2.2.10 Cuando se determine que una persona ha estado expuesta a un caso confirmado de sarampión o rubéola en medios de transporte o espacios cerrados, es necesario garantizar el seguimiento diario a los posibles contactos identificados durante 30 días desde la exposición. Durante este periodo, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ Si el contacto presenta síntomas generales como fiebre, tos, coriza o conjuntivitis, debe aislarse de manera prioritaria e informar al personal 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



- ✓ En caso de que aparezca exantema, se deben tomar muestras y notificar de inmediato.
- ✓ En el seguimiento, dejar el registro del lugar (ubicación) donde se encuentra el caso.

2.2.11. Fortalecer las competencias del personal médico de las UPGD y de todo el personal involucrado en actividades de vigilancia en salud pública, prevención y control de enfermedades transmisibles, mediante la realización y certificación en los cursos del Campus virtual de la ÓPS/OMS sobre Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso (<https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>) y Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas (<https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola>).

2.2.12. Seguir las indicaciones emitidas en el Protocolo de vigilancia en salud pública de sarampión y rubéola, publicado por el Instituto Nacional de Salud disponible en la página web: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Sarampi%C3%B3n_Rubeola.pdf.

Gestión Riesgo:

1. Realizar el monitoreo especial de medios de comunicación en el marco del evento de afluencia masiva y los eventos priorizados.
2. Establecer durante todo el desarrollo del mundial, desde el nivel departamental o distrital una Sala de Análisis de Riesgo - SAR permanente, en la cual se definirá el nivel de riesgo ante un evento o situación de emergencia y se articulará con la SAR del nivel nacional.
3. Desplegar los Equipos de Respuesta Inmediata - ERI de acuerdo con el nivel de riesgo y previa programación del personal en alistamiento, con el fin de realizar Investigaciones Epidemiológicas de Campo - IEC, Búsquedas Activas Institucionales - BAI, Búsquedas Activas Comunitarias - BAC, como las demás actividades que se definan en el Plan de Acción.
4. Activar, desescalar o desactivar el Centro de Operaciones de Emergencia - COE, desde la SAR del nivel nacional, de acuerdo con el nivel de riesgo obtenido.

2.2.13 Mantener la activación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) entidad territorial, garantizando el flujo de información establecido.

2.3. Sanidad Portuaria.

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 Entidades Territoriales de Salud deben:

- 2.3.1. Convocar al Comité Territorial de Sanidad Portuaria a sesiones extraordinarias cuando la situación epidemiológica o el nivel de riesgo lo amerite, con el fin de garantizar la coordinación interinstitucional y la articulación de las estrategias de vigilancia. Asimismo, asegurar la operatividad de los mecanismos de comunicación del riesgo dirigidos a viajeros, en cumplimiento de los estándares de seguridad sanitaria aplicables, especialmente en contextos de alta afluencia o eventos masivos.
- 2.3.2. Intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica de viajeros en terminales internacionales (aéreos, marítimos y terrestres). Asimismo, realizar la verificación y el seguimiento estricto de la Declaración General de Aeronave, de conformidad con lo establecido en el Anexo 9 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
- 2.3.3. Notificar de manera inmediata cualquier caso sospechoso de Evento de Interés en Salud Pública (EISP) detectado en terminales nacionales o internacionales. Se debe seguir estrictamente el flujo de comunicación establecido: el operador portuario o aeroportuario informará a la entidad territorial de salud competente, la cual deberá realizar la notificación oficial al Centro Nacional de Enlace a través del correo: cne@minsalud.gov.co.
- 2.3.4. Actualizar y validar de manera permanente el Plan de Contingencia del Punto de Entrada, asegurando su articulación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y los actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD). El documento debe consolidar el directorio actualizado de las autoridades y entidades con presencia en las terminales nacionales e internacionales de su jurisdicción.
- 2.3.5. Establecer mecanismos de socialización permanentes sobre el uso de la Línea 123 y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE). Se debe incentivar al viajero a realizar el auto reporte inmediato ante la presencia de signos de alerta (fiebre y rash) en el retorno al país, garantizando una ruta de atención ágil y coordinada durante su estancia en el país.
- 2.3.6. Implementar puestos de información en aeropuertos y terminales de transporte, con instalación de puntos físicos para la verificación del carné de vacunación (físico o digital) y la oferta de la vacunación contra sarampión-rubéola (SR) o sarampión-rubéola-paperas (SRP) de acuerdo al esquema de vacunación nacional a personas sin evidencia de inmunidad. Complementados con señalética de alerta temprana mediante banners y pantallas en zonas de migración que refuercen el mensaje preventivo: "*¿Vas al Mundial? o países con brote de sarampión. El sarampión no es un juego. Vacúnate como mínimo 2 semanas antes de salir*".

3. FORTALECIMIENTO A LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES -PAI

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 Entidades Territoriales deben:

- 3.1.** Diseñar y ejecutar el Plan de Preparación y Respuesta en Salud para Aglomeraciones de Público bajo el marco del Mundial FIFA 2026 y con énfasis en la línea de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) 5. Cada entidad territorial deberá establecer cronogramas y actividades específicas para las fases de pre-alistamiento de evento, ejecución (durante) y post-evento, en concordancia con los lineamientos técnicos nacionales
- 3.2.** Instalar y mantener activa la Sala Situacional para el seguimiento de indicadores PAI dejando constancia en el acta la evaluación de manera permanente y de conformidad con la situación epidemiológica de sarampión:
 - ✓ Coberturas de vacunación con SRP (sarampión-rubeola-paperas) y seguimiento a las cohortes de vacunación pendientes por vacunar, así como la aplicación de dosis cero (6 a 11 meses) de acuerdo con el lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.
 - ✓ Identificación de población susceptible de 6 a 16 años y evaluar la cobertura de la aplicación de vacuna SR (sarampión-rubéola).'
 - ✓ Coberturas de vacunación con SR/SRP en trabajadores de la salud.
 - ✓ Vacunación a viajeros, personas vinculadas a los sectores turismo, hotelero y de transporte aéreo, terrestre y marítimo.
 - ✓ Búsqueda activa comunitaria e institucional.
 - ✓ Resultados de los bloqueos vacunales en los casos requeridos.
 - ✓ Resultados de los MRV en respuesta a alertas por sarampión, rubéola y SRC.
 - ✓ Calidad y oportunidad del registro nominal en PAIWEB, garantizando la calidad de los datos.
 - ✓ Los demás indicadores que se consideren en el marco de la situación epidemiológica de sarampión.
- 3.3.** Bajo el marco del artículo 5 parágrafo 1 de la Ley 2406 de 2024 "A partir de la vigencia de la presente ley, toda las EAPB, a través de las IPS o quien haga sus veces, podrán contratar los servicios de vacunación a toda la población en general, indistintamente de la entidad a la cual se encuentren afiliados los usuarios, aplicando estrategia de vacunación sin barreras con el objetivo de disminuir brechas en la materia y garantice el acceso a la vacunación", de conformidad con ello asegurarán la disponibilidad de servicios de inmunización en todos los puertos y terminales internacionales del país. Es imperativo garantizar el acceso gratuito y sin barreras administrativas a la vacunación con SR y SRP para la población viajera, siguiendo las directrices de actualización del PAI para la mitigación de riesgos 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



importación de enfermedades.

- 3.4.** Aplicar 'dosis cero' de vacuna sarampión- rubéola (SR) a la población infantil de 6 a 11 meses y 29 días que se desplace con sus padres o tutores legales hacia los países con brote activo y los países sede del Mundial. Esta dosis es una medida de protección adicional y no reemplaza las dosis de SRP de los 12 meses y 18 meses. La Dirección Territorial de Salud (DTS) garantizará la disponibilidad de puntos de vacunación para la verificación del antecedente vacunal de SRP (Triple Viral) o SR (Sarampión-rubéola) en viajeros de 6 meses a 59 años. Se deberá asegurar la aplicación del biológico correspondiente con una antelación mínima de 15 días al viaje, así mismo explicar el riesgo de la entrada a zonas de circulación o con brote de sarampión, rubéola), para ello verificar el tiquete o itinerario de vuelo.
- 3.5.** Garantizar coberturas de vacunación superiores al 95% con SRP primera dosis y SRP segunda dosis (refuerzo) en el esquema permanente. Se debe priorizar el cierre de brechas en poblaciones vulnerables para mitigar el acúmulo de susceptibles, mediante la búsqueda activa e intensificación de la inmunización en niños y niñas con esquemas incompletos o ausentes de Triple Viral.
- 3.6.** Remitir en el mes de mayo el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) de trazadores y La Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), desglosado por municipio y consolidado departamental. Este debe incluir el informe técnico de las acciones ejecutadas para alcanzar coberturas superiores al 95% en las zonas identificadas con alto riesgo de importación de sarampión.
- 3.7.** Fortalecer las competencias técnicas del personal de vigilancia en todos los municipios mediante la socialización del Protocolo de Respuesta Inmediata ante casos de Sarampión y Rubéola. El objetivo es garantizar una acción coordinada entre los equipos de vigilancia epidemiológica y el PAI para la detección temprana y el control de brotes importados.
- 3.8.** Realizar una mesa de trabajo conjunta con el Ministerio de Comercio y Sanidad Portuaria del Ministerio de Salud, con el fin de coordinar acciones intersectoriales orientadas a verificar que las agencias y empresas de turismo garanticen la entrega oportuna y sistemática de las recomendaciones sanitarias a los viajeros, fortaleciendo así las medidas de prevención, información y control del riesgo en puntos de entrada y salida del país.
- 3.9.** Verificar que las agencias y empresas de turismo cumplan con la entrega oportuna de las recomendaciones sanitarias para viajeros (anexas a esta Circular). Esta gestión debe asegurar que todo ciudadano que planea desplazarse reciba de manera clara 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



indicaciones sobre vacunación y medidas preventivas previo a su partida.

- 3.10.** Realizar una mesa de trabajo con la Aeronáutica Civil y sanidad portuaria del ministerio de salud para la articulación operativa e interinstitucional de las medidas de vigilancia y control sanitario en el transporte aéreo, orientada a coordinar acciones con las aerolíneas que permitan la difusión oportuna de recomendaciones sanitarias a los viajeros, la verificación de requisitos de vacunación cuando aplique y la implementación de estrategias de prevención y mitigación del riesgo en vuelos y aeropuertos.
- 3.11.** Realizar el monitoreo de coberturas y la Búsqueda Activa de Susceptibles (barrido documentado) en respuesta a la detección de todo caso sospechoso de sarampión, rubéola o SRC. La intervención debe cubrir el itinerario de desplazamiento del caso, su entorno geográfico de residencia y el seguimiento estricto a los contactos estrechos para cortar la cadena de transmisión.
- 3.12.** Garantizar el estricto cumplimiento de los Lineamientos para la Vigilancia de Eventos Adversos Posteriores a la Inmunización (EAPV) establecidos por el INVIMA. Esta medida busca asegurar la detección, notificación y análisis oportuno de cualquier reacción asociada a la vacunación, siguiendo la guía técnica oficial disponible en el siguiente enlace institucional: <https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productosbiologicos/Medicamentos%20de%20s%C3%ADntesis%20qu%C3%ADmica%20y%20biol%C3%B3gica/Vigilancia/Programa-Nacioal-deFarmacovigilancia/Formatos-tramites-yquias/2024/Lineamientos%20vacunacio%CC%81n%20EAPV.pdf>.
- 3.13.** Informar al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) sobre la ejecución de biológicos, detallando las dosis administradas por grupos de edad y población objeto. Este reporte, vinculado a las acciones del evento' deportivo, debe ser consolidado y remitido conforme a los plazos y plataformas de información establecidos por este Ministerio.

4. ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN EN MATERIA DE COMUNICACIÓN

Se debe asegurar que las entidades territoriales comuniquen a viajeros al mundial de Fútbol 2026 u otros sitios internacionales, accedan a la vacunación, evitando que se conviertan en un caso de sarampión y produzca un brote nacional al regresar al país.

- ✓ Implementar puestos de información en Aeropuertos y Terminales. Instalación de puntos físicos donde se verifique el carné de vacunación (físico o digital) y se ofrezca la dosis de refuerzo de SR (Sarampión-Rubéola) a quienes no demuestren inmunidad.
- ✓ Señalética de Alerta Temprana: Ubicación de banners y pantallas en zonas de migración

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



con el mensaje: "¿Vas al Mundial? El sarampión no es un juego. "Vacúnate como mínimo 2 semanas antes de viajar".

Durante la estancia en el Mundial:

Fortalecer información y comunicación en Salud Digital para el Migrante.

- ✓ Mantener el contacto con un ciudadano nacional mientras está en el extranjero y hacer auto reporte de eventos de interés en salud pública con las líneas dispuestas por el país sede.
- ✓ Campañas en Redes Sociales (Georreferenciadas): Pauta digital dirigida a usuarios localizados en las sedes del Mundial (México, EE. UU., Canadá) con recordatorios de Etiqueta Respiratoria y reconocimiento de Signos de Alarma (fiebre y brote).
- ✓ Línea de Orientación Virtual: Difusión de un código QR que conecte a un Chatbot o línea de WhatsApp de la Secretaría de Salud para resolver dudas sobre síntomas en tiempo real.

Fase de Post evento (regreso al País):

Mitigación de Riesgo de Importación de Brotes.

- ✓ Esta etapa constituye la prioridad estratégica de las Entidades Territoriales para la contención de brotes locales. Para ello, se recomienda establecer las siguientes acciones:
- ✓ Búsqueda Activa de Viajeros (BAV): Implementar estrategias de seguimiento mediante el envío de mensajes de texto (SMS) y comunicación directa a los ciudadanos retornados, fundamentado en convenios de intercambio de información migratoria, con el fin de garantizar el automonitoreo clínico durante 21 días.
- ✓ Articulación con el Sector Turístico: Capacitar y sensibilizar a los gremios hoteleros y prestadores de servicios turísticos en la identificación de eventos de interés en salud pública (fiebre y exantema), asegurando la activación inmediata de la ruta de notificación ante el CRUE o la autoridad sanitaria competente.
- ✓ Gestión de la Información y Vocería: Emitir boletines epidemiológicos de periodicidad semanal y coordinar espacios con medios de comunicación para informar sobre la situación sanitaria post-evento, enfatizando la obligatoriedad de reportar el antecedente de viaje en los servicios de urgencias.

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. ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB). ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) serán responsables de garantizar la ejecución y el seguimiento de las siguientes líneas de acción, orientadas al cumplimiento de las metas de salud pública y la gestión del riesgo en su población afiliada:

5.1. Garantizar la atención integral en salud y la notificación inmediata de todo Evento Adverso Posterior a la Inmunización (EAPV) grave asociado a la vacuna contra sarampión-rubéola. Los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) deberán reportar de forma simultánea a la Entidad Territorial (ET), al Centro Nacional de Enlace (CNE) del Ministerio de Salud, y a través de las plataformas Sivigila y VigiFlow. Esta gestión debe ceñirse estrictamente a los protocolos de vigilancia del INS para SR/SRC y a los lineamientos de farmacovigilancia del INVIMA.

5.2. Realizar el seguimiento y la validación diaria del reporte de dosis aplicadas contra sarampión-rubéola (SR) por parte de su red de prestadores. Este monitoreo debe efectuarse a través del módulo administrativo de PAIWEB, asegurando la oportunidad y calidad del dato nominal registrado por las IPS para la población afiliada.

5.3. Ejecutar estrategias de comunicación y educación alineadas al plan de comunicaciones de las entidades territoriales dirigidas a la población afiliada con planes de viaje al Mundial, orientadas a la demanda inducida para la vacunación contra sarampión y rubéola. El objetivo es identificar y captar de manera proactiva a la población susceptible, garantizando la inmunización oportuna y la mitigación de riesgos sanitarios internacionales.

5.4. Asegurar la capacidad operativa de la red de prestación de servicios mediante la provisión de talento humano calificado. Se debe garantizar que la oferta de personal en los puntos de vacunación sea proporcional a la demanda proyectada, evitando barreras de acceso y tiempos de espera prolongados para el afiliado.

5.5. Realizar el seguimiento activo al avance de la inmunización con vacuna de sarampión-rubéola (SR) y Triple Viral (SRP) en el marco del Plan Territorial de Eventos Masivos. La EAPB deberá auditar mensualmente el registro nominal, en PAIWEB, garantizando que el 100% de las dosis aplicadas por su red de prestadores sean ingresadas correctamente, incluyendo las observaciones técnicas pertinentes para asegurar la trazabilidad del proceso.

5.6. Implementar estrategias de comunicación y demanda inducida para informar y sensibilizar a la población afiliada sobre los riesgos epidemiológicos asociados al desplazamiento al Mundial.

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 EAPB deberá garantizar la captación y vacunación de la población susceptible contra Sarampión y Rubéola, asegurando el registro nominal inmediato en la plataforma PAIWEB para la trazabilidad y control de coberturas.

5.7. Garantizar la conformación y contratación de la Red Integral e Integrada de Prestadores de Servicios de Salud (RIISS), asegurando una operación que cumpla con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. La EAPB deberá salvaguardar la atención de sus afiliados frente al evento priorizado en salud pública en esta circular, aplicando estrictamente los protocolos definidos para cada nivel de complejidad y garantizando la integralidad de conformidad con lo establecido en la Resolución 5596 de 2015.

5.8. Garantizar que la red prestadora implemente de forma obligatoria la Ruta de Triage Diferencial para el manejo hospitalario de casos sospechosos de sarampión. Esta medida busca asegurar el aislamiento preventivo inmediato y la aplicación de precauciones por vía aérea, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión nosocomial y proteger la seguridad del paciente y del talento humano.

5.9. Asegurar que el 100% del personal asistencial de la red prestadora reciba capacitación específica sobre el manejo integral de Sarampión y Rubéola. Esta formación debe cubrir los protocolos de notificación obligatoria, las rutas de atención clínica y las acciones de control epidemiológico bajo su competencia, alineándose con las directrices nacionales para la mitigación de riesgos en eventos masivos.

5.10. Implementar estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) dirigidas a sus afiliados sobre la identificación temprana de signos de alarma de sarampión, tales como fiebre y exantema (rash). Las EAPB deberán orientar sobre la conducta inicial ante la sospecha, enfatizando la importancia de la consulta inmediata y el conocimiento de la red de prestación de servicios habilitada para la atención segura de estos casos.

5.11. Monitorear que los prestadores de la red cuenten con reservas estratégicas de medicamentos e insumos esenciales para la respuesta a emergencias en salud pública. La EAPB deberá auditar periódicamente la suficiencia de estos inventarios y validar los reportes enviados al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), asegurando la capacidad de respuesta operativa ante un incremento súbito de la demanda.

5.12. Garantizar la operatividad y oportunidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, asegurando el flujo de pacientes según los protocolos de manejo clínico y las guías de atención vigentes. La EAPB deberá eliminar cualquier barrera administrativa que impida el acceso a los servicios, dando estricto cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2335 de 2023 para 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



atención de urgencias y la integralidad en la prestación y lo dispuesto en la Resolución 2765 de 2025, en cuanto al acceso y administración de medicamentos para programas especiales de interés en salud pública.

5.13. Garantizar la articulación permanente con el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) de su jurisdicción, facilitando la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia. La EAPB deberá asegurar que su red hospitalaria responda con agilidad a los requerimientos de regulación, eliminando trámites administrativos que retrasen la ubicación de pacientes en eventos de interés en salud pública.

5.14. Ejercer el control y seguimiento sobre la implementación de los procesos básicos de vigilancia epidemiológica en la red prestadora. Es responsabilidad de la EAPB auditar la adherencia de sus prestadores a los lineamientos vigentes, validando que la captura de datos y la gestión de eventos de interés en salud pública y los reportes de información necesarios se realicen bajo los estándares definidos por el INS y el MSPS.

5.15. Garantizar la ejecución oportuna de las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para los eventos de interés en salud pública (EISP). La EAPB debe asegurar el cumplimiento de las intervenciones individuales derivadas del estudio de caso y articularse de manera efectiva con la autoridad sanitaria jurisdiccional o departamental para la gestión integral del riesgo.

5.16. Los lineamientos relacionados con laboratorio cumplir el numeral 2.1.

6. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, serán responsables de ejecutar con prioridad las siguientes actividades, en el marco de sus competencias institucionales:

6.1. Garantizar la inmunización de la población objeto del PAI bajo el esquema nacional vigente, asegurando la completitud de esquemas con Triple Viral (SRP) en menores de 11 años. Es imperativo administrar la segunda dosis SRP (refuerzo) a los niños y niñas de 2 a 10 años que aún no la hayan recibido. Asimismo, se debe cumplir con el reporte nominal de la información en la plataforma PAIWEB, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y las obligaciones contractuales con las EAPB y las Direcciones Territoriales de Salud.

6.2. Garantizar la inmunización de todo viajero con destino al Mundial o al exterior que carece de antecedente vacunal verificable (rango de 11 a 59 años). Se administrará la vacuna 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



Sarampión-Rubéola (SR) con una antelación mínima de 15 días al viaje, previa verificación del ticket o itinerario. Es obligatorio asegurar, el registro nominal inmediato en la plataforma PAIWEB para garantizar la trazabilidad del biológico.

6.3. Garantizar y verificar que todos los trabajadores de la salud asistencial, administrativo y de servicios de apoyo que labora al interior de la institución y tenga contacto con pacientes, cuente con el antecedente vacunal de SR o SRP. Se debe enfatizar la gratuidad del biológico SR y asegurar el registro nominal en el sistema PAIWEB, conforme a las directrices de la Circular 16 de 2025.

6.4. Fortalecer las competencias del talento humano mediante capacitaciones específicas sobre los lineamientos del INS para el manejo y la vigilancia en salud pública de Sarampión y Rubéola. Se debe establecer un sistema de monitoreo del cumplimiento de dichos protocolos, evaluando la trazabilidad en la atención de casos sospechosos y la gestión oportuna de las complicaciones asociadas al SRC.

6.5. Garantizar la aplicación de la vacuna SR o SRP según sea su edad a toda persona que no presente soporte de su esquema de vacunación. En ninguna circunstancia se supeditará la inmunización a la entrega de resultados de pruebas inmunológicas; la vacunación debe ser inmediata para cerrar brechas de susceptibilidad.

6.6. Instruir al paciente sobre las medidas de aislamiento intrahospitalario (según su estado mórbido) y las directrices para el aislamiento domiciliario, el cual debe mantenerse estrictamente por siete días tras la aparición del exantema. Se debe enfatizar la restricción de viajes y visitas a lugares públicos. Asimismo, es obligatorio activar la Ruta de Triage Diferencial para casos sospechosos de sarampión, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión nosocomial y proteger a la población vulnerable.

6.7. Ante la ocurrencia de una muerte sospechosa por sarampión o rubéola, se deben garantizar los procesos de necropsia clínica en articulación con las EAPB. Esto incluye la toma, procesamiento y transporte de muestras hacia el Laboratorio Nacional de Referencia del INS para análisis patológicos y virológicos. En eventos sujetos a necropsia medicolegal, el prestador de servicios de salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, deberá asegurar el envío de muestras al INS siguiendo estrictamente los lineamientos de cadena de custodia y bioseguridad.

7. INSTRUCCIONES PARA LOS VIAJEROS.

Medidas fases preparatorias al evento

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 vacunación:

- ✓ Todo ciudadano nacional que realice viajes internacionales debe verificar que su esquema de vacunación contra Sarampión y Rubéola (SR/SRP) esté completo según su edad. Se recomienda la administración del biológico al menos dos semanas antes del viaje como plazo mínimo para el control fronterizo; no obstante, para garantizar una respuesta inmunológica óptima y alcanzar los niveles máximos de protección, se recomienda realizar la vacunación cuatro semanas antes del desplazamiento.
- ✓ En cumplimiento de la Alerta Epidemiológica Nacional por Fiebre Amarilla y la normativa sanitaria vigente, se recomienda a todos los viajeros contar con el esquema de vacunación actualizado. Esta medida es obligatoria o recomendada según el itinerario, las escalas de viaje y las exigencias sanitarias de los países sede (México, EE. UU. y Canadá). Es indispensable portar el Carné Internacional de Vacunación (Fiebre Amarilla) para garantizar el tránsito fronterizo y la seguridad sanitaria.
- ✓ Ante el comportamiento epidemiológico de los virus de influenza estacional circulantes en el hemisferio norte, se recomienda la vacunación previa a los viajeros internacionales. Esta medida es prioritaria debido a que las aglomeraciones en estadios, zonas de aficionados y sistemas de transporte masivo incrementan significativamente el riesgo de transmisión de virus respiratorios de alta contagiosidad. A partir del segundo trimestre de conformidad con la disponibilidad de la vacuna en el Fondo Rotatorio de la OPS, el PAI nacional iniciará la distribución y aplicación de la vacuna contra la influenza. El acceso al biológico estará sujeto a los criterios de priorización para población vulnerable definidos por el Ministerio de Salud, con el fin de mitigar el impacto de los picos respiratorios y proteger a los grupos de mayor riesgo.

Medidas durante el evento

Dado que el Mundial de Fútbol 2026, implica contacto estrecho con personas de diferentes países, las mínimas recomendaciones de autocuidado son:

- Implementar el lavado de manos sistemático o la desinfección con soluciones alcohólicas (concentración >60%), priorizando los momentos previos a la ingesta de alimentos y posteriores al contacto con superficies en transporte masivo.
- Cumplir con la etiqueta respiratoria mediante el uso del ángulo interno del brazo. Ante la presencia de sintomatología respiratoria, se establece el uso mandatorio de mascarilla quirúrgica.
- Garantizar el consumo de agua tratada y alimentos de establecimientos con estándares

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



sanitarios verificables, mitigando el riesgo de brotes por ETA.

■ Identificación de Signos de Alarma durante el viaje o al regreso:

- Brote rojizo acompañado de fiebre, podría ser una señal de alerta de sarampión.
- Diarrea persistente adecuadamente.
- Dificultad para respirar: tos persistente, dolor en el pecho o cansancio extremo al respirar.

Durante el viaje:

Recomendar a los viajeros que, si durante su viaje presentan síntomas que los haga sospechar que contrajeron sarampión o rubéola (fiebre y rash), realicen lo siguiente:

- Buscar atención inmediata de un profesional de salud.
- Evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema.
- Permanecer en el lugar donde se hospeda.
- Evitar viajar y visitar lugares públicos.

Al regresar al país:

- ✓ Si los viajeros sospechan que al regresar contrajeron sarampión o rubéola (fiebre o rash o estuvieron en contacto con un caso sospechoso, deben contactar con su servicio de salud de manera inmediata telefónicamente para recibir instrucciones de atención.
- ✓ Vigilar el estado de salud por 30 días. Este es el periodo en que pueden aparecer síntomas de algunas enfermedades. Si presentas fiebre o manchas en la piel, contacta a la IPS/EPS de inmediato.
- ✓ Si el viajero presenta alguno de los síntomas anteriormente mencionados, se recomienda informar al médico sobre su viaje.
- ✓ Si requiere atención médica, es fundamental si no puede acceder a atención domiciliaria, acudir a la consulta con tapabocas de alta especificidad del 95%. Al llegar, informe de inmediato que asististe al Mundial de Fútbol o que estuviste en contacto con personas del extranjero. Esto permitirá que el personal médico te brinde el tratamiento adecuado y active los protocolos de protección necesarios.

8. PUNTO DE CONTACTO.

Para garantizar la respuesta oportuna y la gestión de eventos de interés en salud pública, se dispondrá de la siguiente ruta de notificación y articulación:

a. Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) o áreas responsables:

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



Deberán reportar de manera inmediata cualquier novedad a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. La notificación se realizará a través de las líneas telefónicas en Bogotá: (601) 3305000 (ext. 1723 - 1721) y (601) 3305071, o mediante el correo institucional' emergencia\$@mínsalud.gov.co.

PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE



3. CONCEPTOS.



3.1. ASUNTO: Consulta jurídica relacionada con la naturaleza y destinación de los gastos de Administración de la UPC de las Empresas Promotoras de Salud -E.P.S.

Radicado: 2026423000058392 (ID: 1566795).

Respetado señor:

Hemos recibido su solicitud de concepto jurídico relacionada con los gastos de administración reconocidos a las Empresas Promotoras de Salud -E.P.S.- si se constituyen en un recurso de libre destinación distintos de los recursos afectados directamente a la prestación de servicios de salud y a su vez, si es procedente con base en esos gastos de administración, atender el pago de multas o sanciones impuestas en procesos de responsabilidad fiscal.

Sobre el particular, la consulta fue planteada en los siguientes términos:

“(…)

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS tienen a su cargo el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud de la población colombiana, para lo cual administran los recursos que les transfiere el Gobierno Nacional y que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, principalmente a través de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Dichos recursos se destinan a la financiación de las actividades de promoción y prevención y, en general, a la cobertura de los costos necesarios para garantizar la adecuada prestación y continuidad del servicio de salud a los usuarios.

Así mismo, además de los recursos destinados a la financiación de los servicios de salud prestados a los usuarios por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Gobierno Nacional define un porcentaje específico de la Unidad de Pago por Capitación – UPC para cubrir los gastos administrativos y de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, conforme a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, el cual establece:

(…)

Los gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud – EPS corresponden a las erogaciones indispensables para el desarrollo de las funciones de recepción, manejo, distribución y garantía en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Dichos gastos administrativos, en tanto constituyen un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, se financian con recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales resultan

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



esenciales e imprescindibles para asegurar la operación y sostenibilidad del propio sistema

Estos gastos corresponden a los denominados costos operativos, dentro de los cuales resulta razonable y jurídicamente válido que se incluya un margen de utilidad para los particulares que desarrollan la labor de aseguramiento en salud, en la medida en que no puede pretenderse que las EPS asuman una carga económica indebida o desproporcionada. En tal sentido, la Corte Constitucional señaló en la Sentencia C-262 de 2013 que:

“La Corporación señaló que la participación de los particulares sería inconstitucional si “(...) la presencia de entidades intermediarias para la administración del RS, (...) estuviera explícitamente prohibida por alguna disposición de la Carta, o representara un costo irracional e innecesario, ya que, de ser así, su incorporación podría ser considerada un obstáculo para el logro de la universalidad, ya que la ley habría establecido un sistema manifiestamente ineficiente”.

*Además recordó que la destinación específica de los recursos del sistema no se limita al acto médico. Al respecto, resaltó: “(...) por prestación del servicio de salud o de seguridad social en salud no puede entenderse únicamente la realización del acto médico sino también la **ejecución de todos otros aquellos aspectos de prevención, administración de recursos, divulgación y promoción**, entre otros, que hacen posible y eficiente la acción directa de los profesionales de la salud.” En este orden de ideas, la Corporación precisó que **no puede entenderse que el pago de los gastos administrativos –los cuales incluyen una legítima ganancia- de los particulares que participan en la administración del régimen subsidiado sea una desviación de los recursos de la salud (...)**”*

(...)

En el presente asunto surge, entonces, el interrogante acerca de la posibilidad de sufragar las sanciones impuestas en el marco de procesos de responsabilidad fiscal con cargo a la ganancia legítima reconocida por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en la medida en que dicha ganancia proviene de las utilidades generadas por la EPS, tanto con recursos propios como con aquellos derivados del porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación – UPC destinado a los gastos de administración de la entidad.

(...)

Ahora bien, este despacho al revisar las inquietudes formuladas evidenció que el contenido de las mismas presenta un alto nivel técnico, razón por la que se consultó a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de esta Cartera Ministerial, quien emitió concepto técnico mediante memorando No. 2026342000072083 del 10 de febrero del 2026, el cual contiene respuestas a los interrogantes formulados, 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



Primera Pregunta: “(...) Si la ganancia legítima reconocida a las EPS dentro del porcentaje de la UPC destinado a gastos administrativos constituye un recurso de libre disposición, distinto de los recursos afectados directamente a la prestación del servicio de salud. (...)”

Debe indicarse que, en relación con los recursos asignados a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y específicamente respecto de los gastos de administración a que se refiere el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, actualmente no existe ni ha existido disposición normativa que establezca un procedimiento para la determinación del porcentaje o monto de la utilidad razonable a la que tengan derecho las Entidades Promotoras de Salud.

Es necesario precisar que por la organización y garantía de la prestación de los servicios del plan de beneficios en salud para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita que se denomina Unidad de Pago por Capitación, UPC, el cual se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100 de 1993, artículo 182).

De modo que, dicho per cápita se considera como el valor con el que se financian todas las tecnologías y servicios de salud, tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta los mecanismos de ajuste de riesgo. Así, la UPC se constituye en el principal ingreso de las Entidades Promotoras de Salud y se relaciona directamente con la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, siendo éste el objeto social principal de las EPS, según se extrae del Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.2.1.1.2, al establecer las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud.

En tanto que los gastos de administración que se reconocen a las EPS se tasan para llevar a cabo su labor contemplando toda la operación de la prestación de los servicios de salud (administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la representación del afiliado, etc.), sin que pueda fraccionarse, pues la administración se ejerce sobre el régimen en salud bajo las implicaciones de la organización del aseguramiento en salud, es decir, que se encuentran relacionadas directamente para soportar el desarrollo del objeto social principal de las Entidades Promotoras de Salud, el cual corresponde a la atención en salud del PBS financiada con la UPC de los afiliados al SGSSS, lo cual debe ser reflejado y clasificado como gasto de administración. En este sentido, efectivamente la naturaleza de los gastos de administración es de carácter parafiscal y con destinación específica dentro de los recursos que administran las EPS.

Es de advertir que el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, respecto al porcentaje de gastos de administración de las EPS que administran el régimen contributivo determina, lo siguiente: “Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.” Y para el régimen subsidiado, la norma en comento señala que el Régimen Subsidiado seguirá manejando hasta el 8%.



Lo anterior implica que del 100% de los ingresos de la EPS, percibidos por concepto de UPC, no menos del 90% de los del régimen contributivo y del 92% de los del régimen subsidiado deben estar destinados a garantizar las tecnologías y servicios de salud a través de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).

En consideración, con respecto a la porción o porcentaje del margen de utilidad de las EPS, este se encontraría comprendido dentro de la parte complementaria al 100%, es decir del 10% para el régimen contributivo o del 8% del régimen subsidiado.

Es necesario aclarar que la utilidad de una EPS, es el resultado generado por el estado de resultados integrales en cada una, el cual toma todos los ingresos y resta los costos y gastos del periodo fiscal o año, generando una utilidad o pérdida del ejercicio.

En tal sentido si la EPS genera utilidad del ejercicio al cierre del periodo fiscal diciembre del año en curso, esta debe ser registrada como un gasto de administración. Es decir que la utilidad está contemplada dentro del porcentaje asignado a gastos de administración.

En conclusión, y en respuesta a la pregunta planteada, la utilidad de las Entidades Promotoras de Salud se determina exclusivamente a partir del “Estado de resultados integrales”, esto es, de la diferencia entre la totalidad de los ingresos y los costos y gastos efectivamente incurridos durante el ejercicio fiscal. En consecuencia, dicha utilidad no surge de la simple diferencia entre el porcentaje de la UPC autorizado para gastos de administración y la porción de ese porcentaje que eventualmente no se ejecute. La generación de utilidades depende, por tanto, del desempeño operativo y financiero integral de la EPS en el desarrollo de su objeto social, y no del ahorro o subejecución del porcentaje asignado a gastos administrativos. Así mismo, se precisa que los porcentajes del 10% para el régimen contributivo y del 8% para el régimen subsidiado no constituyen valores fijos u obligatorios de ejecución, sino límites máximos permitidos por la normatividad, dentro de los cuales las EPS deben gestionar sus gastos de administración conforme a las necesidades reales de su operación.

Segunda Pregunta: “(...) Si resulta jurídicamente procedente que una EPS atienda el pago de multas o sanciones impuestas en procesos de responsabilidad fiscal con cargo a dicha ganancia legítima, sin que ello implique una destinación indebida de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...)”

Para dar respuesta a la interrogante en cuestión se debe precisar los siguientes aspectos: i) suficiencia de la UPC desde su desarrollo metodológico ii) destinación específica de los recursos del aseguramiento iii) naturaleza de los gastos de administración y su destinación.

i) Suficiencia de la UPC desde su desarrollo metodológico

En primer lugar, es necesario precisar que este Ministerio considera que los aspectos técnicos bajo los cuales se ha proyectado la Unidad de Pago por Capitación (UPC), según se expone en líneas

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

Página | 214



siguientes, permiten concluir que se garantiza la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la suficiencia de la UPC, toda vez que se considera que la metodología adoptada para el cálculo de la UPC recoge múltiples factores que afectan la estructura de costos del sistema.

Es importante considerar que la construcción de dicha metodología se estructura con base en la información reportada por las EPS, lo cual permite que el proceso cumpla con parámetros técnicos de confiabilidad, considerando que la gestión de la información es un proceso estructurado tendiente a la verificación de la calidad y cobertura, así como la conformación de la base de datos y retroalimentación de la información.

En efecto, es necesario hacer mención a lo dispuesto en la normatividad sobre el **valor per cápita (UPC)** reconocido a la EPS por cada uno de sus afiliados. El artículo 182 de la Ley 100 de 1993, dispone:

“ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita <sic>, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. **Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.**

PARÁGRAFO 1o. <sic> Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.”
(Negrillas y subrayas fuera del texto).

De manera que, el cálculo de la UPC se realiza en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. A este respecto, cabe precisar que la realización de dicho cálculo le correspondía a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) por disposición de los artículos 3 y 7 de la Ley 1122 de 2007, empero con el Decreto 2560 de 2012 se liquidó la CRES y dicha función fue trasladada a este Ministerio de Salud, quien con fundamento en estudios técnicos previos determina la UPC.

Justamente, el porcentaje se prevé mediante actos administrativos que expide el Ministerio de Salud y Protección Social con fundamentó en criterios técnicos cuyos resultados se muestran dentro del documento denominado “Estudio de Suficiencia”, según las condiciones de sostenibilidad del Sistema



General de Seguridad Social en Salud para el año siguiente a dicho estudio, el cual se efectúa con información del año anterior, reportada por las EPS.

Igualmente, es necesario resaltar que el objetivo central del análisis actuarial de tarifas es fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones establecidas en el contrato de seguros, dado que el sistema se encuentra en un esquema de aseguramiento público y colectivo. La prima que se fija por el gobierno conocida como UPC tiene la finalidad de garantizar las tecnologías y servicios de salud definidos en el correspondiente acto administrativo, cuya prestación y gestión de riesgo se encuentra a cargo de las aseguradoras (EPS). Se trata de un seguro, que obliga al asegurador a responder por los costos asociados a una posible siniestralidad futura (es decir cualquier atención requerida durante el ciclo de una enfermedad que va desde la promoción hasta la paliación pasando por el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y que son desconocidos al momento de fijar la tarifa, lo cual implica la necesidad de utilizar metodologías actuariales apropiadas para estimar la prima, utilizando modelos prospectivos. El abordaje se basa en los principios y metodología reconocidos por la Casualty Actuarial Society, adaptado a las características propias del Sistema de Salud colombiano.

ii) Destinación específica de los recursos de la salud.

El artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 advierte que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no pueden ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente. La Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014 señaló que los recursos que financian la salud, según el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 tiene 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.

iii) Naturaleza de los gastos de administración y su destinación

la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como el 100% de los recursos destinados a garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud y que para el caso del régimen contributivo máximo el 10% de este recurso será destinado a los gastos de administración y para el régimen subsidiado el 8%, se deduce que la contratación de los servicios de salud debe estar soportada, en el caso del régimen contributivo con el 90% de los ingresos de la UPC, y en el régimen subsidiado con el 92% de la UPC.

En este sentido, es preciso tener en cuenta que la Unidad de Pago por Capitación- UPC se constituye en el principal ingreso de las EPS y demás Entidades adaptadas al estar, relacionado directamente con la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC, cuyo fin es el de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, siendo éste el objeto social principal de las EPS, según se extrae del artículo 2.5.2.1.1.2 del Decreto 780 de 2016, el cual establece las responsabilidades a cargo de estas.

Por lo tanto, los costos como los gastos deben guardar relación con la actividad u ocupación que le genera el ingreso al ente económico. En consecuencia, teniendo en cuenta que el objeto social principal



de las EPS es garantizar y gestionar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC a sus afiliados, los costos de las EPS corresponden a las erogaciones para garantizar estas prestaciones, cuya finalidad es satisfacer las necesidades en salud en sus distintas fases (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), y en todas las enfermedades y condiciones clínicas de los afiliados al SGSSS.

Por su parte, a diferencia de los costos, los gastos en general corresponden a salidas de recursos encaminadas a atender las funciones, actividades y procesos diferentes a la prestación de servicios de salud que se financian con la UPC y que pueden tener o no relación directa con esta en la medida en que se constituyan en apoyo a la prestación de los servicios de salud. Dentro de estas funciones, actividades y procesos se encuentran: la promoción de la afiliación al SGSSS, la administración del riesgo en salud de sus afiliados, la gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud, la implementación de sistemas de control de costos, la capacitación consagrada en el Código Sustantivo del Trabajo, compilado en el inciso 2 del artículo 2.2.1.2.3.2. del Decreto 1072 de 2015, el desarrollo del sistema general de garantía de la calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios.

*Como parte de los gastos en general asumidos por las EPS se encuentran **los gastos de administración**, tal y como se definen en la Resolución No. 724 del 10 de Junio de 2008 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, corresponden a todos aquellos ocasionados en el desarrollo del objeto social principal del ente económico y que registran las sumas o valores en que se incurre durante el ejercicio, directamente relacionados con la gestión administrativa encaminada a la dirección, planeación, organización de las políticas establecidas para el desarrollo de la actividad operativa del ente económico incluyendo básicamente las incurridas en las áreas ejecutiva, financiera, comercial, legal y administrativa, de acuerdo con el catálogo de información financiera con fines de supervisión expedido por de la Superintendencia Nacional de Salud.*

En conclusión, las multas por responsabilidad fiscal no pueden ser sufragadas con los Gastos de Administración financiados con el 10% u 8% de la UPC. Estos gastos deben estar estrictamente relacionados con la dirección, planeación y operación del objeto social. Una sanción fiscal no es un gasto necesario para la operación, sino una penalidad derivada de una gestión irregular; por ende, no puede detrarse de los recursos operativos del sistema.

En segundo lugar, una vez que la EPS ha garantizado la prestación integral de los servicios y tecnologías en salud y ha cumplido con la constitución de sus Reservas Técnicas (según Decreto 780 de 2016), el excedente o utilidad neta pierde su carácter de "recurso de destinación específica" para convertirse en un recurso propio de la entidad, sobre el cual tiene libre disponibilidad.

En síntesis, el pago de sanciones por responsabilidad fiscal únicamente resulta viable cuando se efectúa con cargo a la utilidad neta del ejercicio, esto es, al resultado positivo final reflejado en el estado financiero denominado "Estado de resultados integrales", garantizando así que el impacto económico de la sanción no sea trasladado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ni comprometa la financiación de las prestaciones en salud ni la continuidad del servicio a los afiliados.

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



Tercera Pregunta: En caso de que la respuesta a la interrogante anterior sea negativa, se solicita a la autoridad lo siguiente:

a) Precisar el fundamento normativo y jurisprudencial que restringe la libre disposición de la ganancia legítima para estos fines, detallando las consecuencias jurídicas (fiscales, penales y administrativas) derivadas de una eventual utilización indebida de tales recursos.

b) Indicar cuál sería el procedimiento o la fuente de recursos jurídicamente viable para que una EPS proceda con el pago de multas o sanciones de responsabilidad fiscal o bajo qué figura contable o financiera la entidad debe atender estas obligaciones cuando no cuenta con recursos propios ajenos al sistema, se encuentra bajo medida de intervención forzosa administrativa derivado de su difícil situación financiera y cuando existe reconfiguración de la población afiliada tendiente a la baja.

Ahora bien, en la medida en que la respuesta al segundo interrogante fue afirmativa, en cuanto se concluyó que la utilidad legítima o excedente neto constituye un recurso propio de la Entidad Promotora de Salud, resulta innecesario emitir pronunciamiento adicional respecto de la tercera pregunta, literales a) y b), por cuanto dichas inquietudes quedan resueltas de manera implícita con la definición previamente expuesta.
(...)"

Teniendo en cuenta lo anterior, este Despacho comparte la postura técnica y las respuestas expuestas por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, precisado que este Ministerio no es competente para determinar responsabilidades fiscales, administrativas o penales, toda vez que ello es competencia exclusiva de los organismos de control o los jueces de la república.

Ahora, adicional a lo ya expuesto compartimos el pronunciamiento sobre los gastos de administración de la E.P.S. que profirió la Contraloría General de la República mediante el concepto No. 06 del 09 de enero del 2024, en el siguiente sentido:

"(...)

5. Conclusiones.

5.1. Las sanciones, multas y/o intereses moratorios, canceladas con recursos que no hagan parte de la utilidad de la EPS, que es solo una porción de los dineros destinados a la administración, constituye una indebida utilización en tanto son dineros que pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud, destinados exclusivamente al POS y POSS, y no son recursos propios de las EPS, independientemente que se trate de una EPS privada, pública o mixta, el régimen que le sea aplicable o la calidad de los servidores públicos o particulares de quienes ejecutan los recursos.

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



5.2. Las EPS públicas, incluyendo las que poseen régimen especial como las indígenas, deben dar cumplimiento en la utilización de los recursos que administran, igual a cualquier otra forma asociativa que ostente la EPS, y en tal sentido, deben acatar la prohibición contenida en el inciso segundo del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 48 constitucional. (...)

En los anteriores términos damos respuesta a su consulta.

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[7] de la Ley 1755 de 2015[8], 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,



3.2. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre la vigencia del concepto sanitario para establecimientos de bajo riesgo.

Radicado No 202642400081572 ID 1571776

Respetado señor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual consulta sobre la viabilidad de que la Secretaría Municipal de Palmira – Valle del Cauca, pueda emitir un acto administrativo de carácter general, que establezca una vigencia temporal del concepto sanitario para establecimientos calificados como de “*Bajo Riesgo*”. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se plantea de la siguiente manera:

“PRIMERO: *Las Secretarías de Salud Municipales derivan sus competencias de un marco normativo sólido que las faculta como autoridades sanitarias de inspección, vigilancia y control (IVC). Estas facultades se cimientan en la Ley 9 de 1979, por medio del cual se expide el Código Sanitario Nacional, la cual establece la soberanía del Estado en la protección de la salud pública; la Ley 715 de 2001, que en su artículo 44 asigna a los municipios la competencia de vigilar las condiciones sanitarias de los establecimientos; y el Decreto 780 de 2016, que compila las funciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria. En este orden de ideas, la Secretaría de Salud de Palmira ejerce sus funciones bajo la potestad de policía sanitaria para garantizar que los entornos comerciales y de servicios no representen un riesgo para la comunidad.*

SEGUNDO: *En lo referente a la vigencia del concepto sanitario, el marco normativo contenido en la Resolución 2674 de 2013 y el Decreto 3075 de 1997 define el concepto sanitario como el dictamen técnico final tras una visita de inspección. Si bien la normativa nacional no establece de manera taxativa una fecha de caducidad o vencimiento para dicho concepto —entendiéndose que su validez persiste hasta tanto una nueva visita lo modifique—, existe una práctica administrativa generalizada y recomendaciones técnicas emanadas de circulares del INVIMA y del propio Ministerio de Salud que sugieren una periodicidad de inspección anual. Esta costumbre administrativa, sumada a la interpretación de sentencias de la Corte Constitucional (como la T-043 de 2007 y T-557 de 2011) sobre el debido proceso y la seguridad jurídica, ha llevado a que las autoridades locales y los entes de control exijan la renovación anual del concepto como estándar de garantía de calidad y actualización de riesgos.*

TERCERO: *Considerando lo anterior, y en aras de optimizar los recursos públicos y reducir la carga administrativa sobre los sujetos vigilados, solicito respetuosamente a su despacho realizar un estudio*



técnico-jurídico sobre la viabilidad de que una Secretaría de Salud Municipal pueda emitir un Acto Administrativo de carácter general. El propósito de dicho acto sería establecer que el concepto sanitario, para establecimientos calificados como de "Bajo Riesgo" o con historial de cumplimiento excelente, tenga una vigencia formal de mínimo dos (2) o tres (3) años. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades de inspección sorpresa que la autoridad conserva, permitiría modernizar la gestión de la salud pública y dar cumplimiento a los principios de eficiencia y economía administrativa contemplados en el Decreto Ley 019 de 2012 (Ley Anti trámites)".

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a determinar según el consultante, la viabilidad de que la Secretaría Municipal de Palmira – Valle del Cauca, pueda emitir un acto administrativo de carácter general, que establezca una vigencia temporal del concepto sanitario para establecimientos calificados como de "Bajo Riesgo" o con historial de cumplimiento excelente.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y CONCEPTUALES

Para efectos del presente concepto, se tendrán en cuenta las siguientes disposiciones normativas y conceptuales.

Artículos 286 y 287 de la Constitución Política

Artículo 44 de la Ley 715 de 2001⁵

Artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011⁶ modificado por los Decretos 2562 de 2012⁷ y 1432 de 2016⁸

Artículos 2.8.8.1.1.1, 2.8.8.1.1.10 del Decreto 780 de 2016⁹

Decreto 3518 de 2006¹⁰

Artículos 3, 9,11,13,19 y 28 de la Resolución 1229 de 2013¹¹ del Ministerio de la Salud y Protección Social

Artículo 3 de la Resolución 2674 de 2013¹² del Ministerio de Salud y Protección Social

5 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.

6 Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

7 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

8 "Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

9 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

10 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones

11 "Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano"

12 Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto-ley 019 de 2012 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



Concepto con radicado 2026214000095283 del 24 febrero 2026 de la Dirección de Promoción y Prevención

ANÁLISIS JURÍDICO

- **Autonomía administrativa de las entidades territoriales**

En primer lugar, la Constitución Política establece quienes son las entidades territoriales en el siguiente orden:

“ART – 286. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.” (subraya fuera de texto)

Ahora, el artículo 287 ibidem, respecto de la autonomía de las entidades territoriales, establece:

*“**Artículo 287.** Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:*

- 1. Gobernarse por autoridades propias.*
- 2. Ejercer las competencias que les correspondan.*
- 3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.*
- 4. Participar en las rentas nacionales.” (subraya fuera de texto)*

- **De las Funciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC de carácter sanitario a cargo de los municipios**

Es necesario precisar que las acciones de Inspección, Vigilancia y Control – IVC, constituyen procedimientos que materializan y otorgan eficacia a las acciones de protección de la salud que se enmarcan de manera puntual en el numeral 44.3 y los sub numerales 44.3.3, 44.3.3.1, 44.3.5 y 44.3.6 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, como competencias de los municipios, así:

*“**Artículo 44.** Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*

(...)



44.3. De Salud Pública

(...)

44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1, 2 y 3, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

(...)

44.3.5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9º de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.” (subraya fuera de texto)

- **Modelo de Inspección, Vigilancia y Control sanitario**

Los objetos de la Inspección, Vigilancia y Control sanitario se establecen en el artículo 3 de la Resolución 1229 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de la siguiente manera:

“Artículo 3. Objetos de inspección, vigilancia y control sanitario, Son todos los bienes y servicios de uso y consumo humano originados de cadenas productivas, estén o no reguladas por estándares de calidad, incluyendo condiciones sanitarias y riesgos ambientales generados en los procesos de producción y uso. Comprende todas las categorías establecidas en las normas vigentes, y las demás que sean definidas y adicionadas por este Ministerio de acuerdo a las actualizaciones o modificaciones sobre la materia.” (Subraya fuera de texto).

A su vez, el artículo 9 ibidem, establece los enfoques que integran el modelo de Inspección, Vigilancia y Control sanitario, previendo como enfoque de riesgo en su numeral 1, el siguiente.

“Artículo 9. Enfoques de la inspección, vigilancia y control sanitario. El modelo de inspección, vigilancia y control sanitario se enmarca en diversos enfoques que contienen las razones de orden normativo,

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



técnico y operativo con que se construye el quehacer de la función esencial de inspección, vigilancia y control sanitario nacional, así:

1. *Enfoque de riesgo. El análisis de riesgo con sus tres componentes - evaluación, gestión y comunicación-, será la disciplina con la cual se estimarán los riesgos sanitarios, se tomarán las medidas adecuadas para su control y se comunicará a las partes interesadas toda la información relevante para la toma de decisiones. Las autoridades sanitarias responsables incorporarán los conceptos, métodos y procedimientos del análisis de riesgo, tanto para la gestión del conocimiento sobre riesgos de las cadenas productivas, como para la gestión del modelo, incluyendo la elaboración de normas, planes y programas de inspección, vigilancia y control.*

(...)” (subraya fuera de texto)

Por su parte, el artículo 13 de la resolución en comento, define quienes son las autoridades sanitarias en Colombia que realizan la Inspección, Vigilancia y Control sanitario, describiéndolas, así:

“Artículo 13. Actores responsables del funcionamiento del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario. Se tendrán como tales, los siguientes:

1. *Autoridades sanitarias:*

- 1.1. *Ministerio de Salud y Protección Social*
- 1.2. *Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes*
- 1.3. *Superintendencia Nacional de Salud*
- 1.4. *Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA*
- 1.5. *Entidades Territoriales de Salud.*”(subraya fuera de texto)

Ahora, el artículo 19 de la Resolución 1229 de 2013, dispone cuales son las actividades en relación con el modelo de IVC que deben realizar los municipios, de la siguiente forma:

“Artículo 19. Actividades de las Entidades Territoriales de Salud del Orden Municipal. Las Entidades Territoriales de Salud del orden Municipal, de conformidad con las competencias y funciones establecidas por las Leyes 9 de 1979 y 715 de 2001 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, desarrollarán las siguientes actividades en relación con el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario

a) *Desarrollar los procesos básicos de inspección, vigilancia y control sanitario de su competencia y en concordancia con lo dispuesto en la presente resolución.*

b) *Garantizar la infraestructura básica y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el respectivo ámbito territorial. Los municipios de diez mil o más habitantes deberán designar, al menos*



un profesional universitario certificado en vigilancia sanitaria como coordinador municipal del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario a que refiere la presente resolución.

c) Adoptar e implementar el modelo de información para la inspección, vigilancia y control sanitario establecido por este Ministerio.

d) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario que así lo requieran.

e) Desarrollar las actividades de asesoría, información y educación sanitaria, dirigidas a los actores locales sujetos de inspección, vigilancia y control sanitario.

f) Mantener actualizado el universo de objetos vigilados y realizar las operaciones de inspección, vigilancia y control sanitario de acuerdo con sus competencias y funciones.

g) levantar, consolidar y mantener actualizado el mapa de los riesgos sanitarios más relevantes de su jurisdicción, así como de aquellos objetos de inspección, vigilancia y control sanitario que llegue a priorizar el Gobierno Nacional. "(subrayas fuera de texto)

Igualmente, el artículo 11 de la citada resolución, establece en los procesos de Vigilancia y Control sanitario un componente que es la inspección sanitaria, lo anterior como un subproceso de carácter preventivo y que se compone de tres etapas a seguir, como se describe a continuación:

“Artículo 11. Procesos de vigilancia y control sanitario. *El modelo sistémico de inspección, vigilancia y control sanitario se encuentra organizado en unos procesos básicos que permitirán el desarrollo integral de la función esencial de la vigilancia y control sanitario, los cuales comprenden los siguientes:*

1. Procesos misionales. *Estos procesos conjugan los fundamentos esenciales de la función de vigilancia y control sanitario con el enfoque preventivo de la seguridad sanitaria, mediante dos macroprocesos ligados entre sí pero funcionalmente separados, que comprenden la fiscalización sanitaria y el aseguramiento sanitario de las cadenas productivas.*

1.1. La fiscalización sanitaria *es el macro proceso misional central que comprende tres componentes o subprocesos de inspección, vigilancia y control de riesgos sanitarios, reconocidos y clasificados según nivel de riesgo. Sus objetivos específicos están dados por la verificación del cumplimiento de la normatividad sanitaria e identificación de factores de riesgo y potenciales efectos de los procesos productivos sobre la salud humana, así como la investigación y sanción a los agentes transgresores de la norma sanitaria, mediante la aplicación de medidas correctivas y preventivas en las cadenas de producción, almacenamiento, distribución y consumo.*

a. El componente de inspección sanitaria es el subproceso mediante el cual se realiza la verificación de los objetos de inspección, vigilancia y control sanitario, con el fin de determinar que sus características cumplan con los estándares y requisitos establecidos en 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



*normatividad vigente. De forma sistemática, la inspección comprende tres etapas, a saber, (i) **preparación de la inspección, incluida la investigación de antecedentes;** (ii) **inspección in situ del objeto, que puede incluir la toma de muestras u otro tipo de material probatorio de conformidad con las especificaciones dictadas en manual de normas y procedimientos que se apliquen para el tipo de objeto de inspección, vigilancia y control sanitario y** (iii) **evaluación y emisión de concepto sanitario o certificación. Como resultado de la inspección sanitaria se puede originar una certificación o concepto sanitario, o la aplicación de medidas de control.***

(...)

Parágrafo 1. Los subprocesos de inspección, vigilancia y control sanitario serán realizados con estricta sujeción a los procedimientos y técnicas establecidas en protocolos y manuales de normas y procedimientos, los cuales contemplarán los enfoques de riesgo y de toma de decisiones con múltiple criterio. En todo caso, todas las actividades deberán quedar registradas en formatos estandarizados que faciliten la trazabilidad, seguimiento y análisis de riesgo relacionado con el objeto de inspección, vigilancia y control sanitario, definidos por la autoridad competente.

(...)

(subrayas y resaltos fuera de texto)

Ahora, es importante señalar que este Ministerio estructuró los criterios operativos para la prestación de servicios de Inspección, Vigilancia y Control sanitario en el artículo 28 de la Resolución 1229 de 2013, así:

“Artículo 28. Criterios operativos para la prestación de servicios de inspección, vigilancia y control sanitario. En desarrollo de los procesos misionales, la función de inspección, vigilancia y control sanitario, se desarrollará bajo la dirección de la autoridad sanitaria competente y deberá cumplir con los siguientes criterios operativos:

1. La inspección, vigilancia y control sanitario estará guiada por planes operativos estructurados que definan claramente los recursos, actividades y cronogramas de trabajo.

2. La realización de actividades de inspección, vigilancia y control se hará con la regularidad y frecuencia establecidas en los protocolos y manuales de normas y procedimientos documentados que apliquen para cada objeto de vigilancia y control, priorizados según lineamientos nacionales y el propio análisis de riesgo de la jurisdicción.

3. El personal encargado de efectuar las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario, deberá demostrar las competencias técnicas de acuerdo con los requerimientos de la operación, o en su defecto, recibir la formación, capacitación e inducción adecuada para su desempeño.

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



4. Las actividades de inspección, vigilancia y control se efectuarán sin previo aviso a los vigilados, salvo en casos tales como, los procesos de certificación, en las que será necesaria la notificación del establecimiento”.(subrayas y resaltos fuera de texto)

- **Definición del concepto sanitario**

Respecto a la definición de concepto sanitario, el artículo 3 de la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la establece así:

“Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente resolución adóptense las siguientes definiciones:

(...)

CONCEPTO SANITARIO. Es el concepto emitido por la autoridad sanitaria una vez realizada la inspección, vigilancia y control al establecimiento donde se fabriquen, procesen, preparen, envasen, almacenen, transporten, distribuyan, comercialicen, importen o exporten alimentos o sus materias primas. Este concepto puede ser favorable o desfavorable, dependiendo de la situación encontrada.

(...)”

- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA**

A través del Decreto 3518 de 2006, actualmente incorporado en el Decreto 780 de 2016, se crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila, con el objeto de dotar en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población y, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública:

“Artículo 2.8.8.1.1 Objeto. El objeto del presente Capítulo es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Parágrafo. Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública.”

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 artículo 2.8.8.1.1.10 ibidem, precisa sobre las funciones de las Direcciones Municipales de Salud respecto del SIVIGILA, lo siguiente:

“Artículo 2.8.8.1.1.10. Funciones de las Direcciones municipales de Salud. Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a) Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente Capítulo o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

b) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría;

c) Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

d) Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social;

e) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias;

f) Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en salud pública;

g) Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia;

h) Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción;

i) Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos de las normas vigentes, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen”.(subrayas fuera de texto)

- **Concepto técnico de la Dirección de Promoción y Prevención**

Ahora, teniendo en cuenta que lo consultado tiene un alto componente técnico, se solicitó el respectivo pronunciamiento al área competente de este Ministerio. Para el efecto, me permito indicar que la Dirección de Promoción y Prevención de esta entidad, mediante memorando

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



2026214000095283 del 24 febrero del presente año, emitió concepto cuyos apartes se transcriben a continuación,

“(…)

- 1. En el sector de alimentos, la Resolución 2674 de 2013 es la norma vigente que establece los requisitos sanitarios para las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos, la cual refiere en el capítulo IV de inspección, vigilancia y control (IVC), que éstas acciones se realizarán de acuerdo con el Modelo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.*
- 2. La Resolución 1229 de 2013 estableció el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano entre los que se incluyen los alimentos. Uno de los procesos misionales del modelo es la fiscalización sanitaria que se define como “el macro proceso misional central que comprende tres componentes o subprocesos de inspección, vigilancia y control de riesgos sanitarios, reconocidos y clasificados según nivel de riesgo. Sus objetivos específicos están dados por la verificación del cumplimiento de la normatividad sanitaria e identificación de factores de riesgo y potenciales efectos de los procesos productivos sobre la salud humana, así como la investigación y sanción a los agentes transgresores de la norma sanitaria, mediante la aplicación de medidas correctivas y preventivas en las cadenas de producción, almacenamiento, distribución y consumo”.*
- 3. Los conceptos sanitarios a la luz del modelo, son el producto del subproceso de inspección mediante el cual se verifica el cumplimiento de las normas sanitarias, el cual requiere de la capacidad operativa suficiente para que las autoridades sanitarias competentes puedan desarrollar las acciones de IVC, idealmente en todos los establecimientos donde se produzcan o comercialicen productos de uso y consumo humano.*
- 4. No obstante, la capacidad operativa de las autoridades sanitarias en Colombia, es insuficiente para alcanzar coberturas del 100% de los establecimientos o productos de uso o consumo humano, y por esa razón el modelo de IVC adoptó entre otros, el enfoque de riesgo, a fin de priorizar la vigilancia de acuerdo con la estimación de riesgos que desarrolle la autoridad sanitaria competente: “Las autoridades sanitarias responsables incorporarán los conceptos, métodos y procedimientos del análisis de riesgo, tanto para la gestión del conocimiento sobre riesgos de las cadenas productivas, como para la gestión del modelo, incluyendo la elaboración de normas, planes y programas de inspección, vigilancia y control”.*



5. El enfoque de riesgo comprende los tres componentes del análisis del riesgo: evaluación, gestión y comunicación (Artículo 11), disciplina que permite estimar el riesgo y tomar decisiones enfocadas a orientar las acciones de la IVC en los productos, establecimientos o prácticas que representan mayor peligro para la salud pública, optimizando los recursos de la IVC. Mediante la evaluación de factores como la probabilidad de ocurrencia, la severidad del daño y la afectación potencial para la salud, es posible decidir dónde actuar primero o con mayor intensidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, la Resolución 2674 de 2013 no establece un término para la vigencia del concepto sanitario y vincula las acciones de IVC para el caso particular de los establecimientos o personas bajo su alcance, al modelo establecido mediante la Resolución 1229 de 2013. Este modelo insta a que cada autoridad sanitaria establezca de acuerdo con el análisis del riesgo, los planes o programas de IVC que se requieran para atender las necesidades priorizadas, que serán la base de la planeación de las acciones de IVC a desarrollar según su capacidad operativa; es importante precisar que el artículo 12 de la Resolución 1229 de 2013 exige que las autoridades sanitarias definan modelos operativos y procedimientos para la gestión del riesgo.

Si bien no se requiere una "vigencia" determinada, las autoridades sanitarias sí deben documentar y comunicar formalmente su cronograma de priorización basado en riesgo para dar seguridad jurídica a los vigilados; en tal sentido es importante que la Secretaría de Salud de Palmira documente su capacidad operativa y los criterios técnicos de su modelo de priorización como soporte, cumpliendo así con el deber de transparencia y gestión del riesgo que exige la norma (Resolución 1229 de 2013). Por último, de acuerdo con la solicitud remitida por el funcionario de la Secretaría de Salud de Palmira, no se considera necesario el estudio técnico-jurídico sobre la viabilidad de que las ETS emitan actos administrativos sobre el particular, porque como autoridades sanitarias están reconocidas en la Resolución 1229 de 2013 como sujetos de la Inspección, Vigilancia y Control y deben adoptar e implementar los lineamientos del modelo de IVC entre los que se cuenta el enfoque de riesgo para la priorización de acciones y optimización de recursos.”(subrayas fuera de texto)

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Expuesta la anterior normativa, procedemos a dar respuesta al problema jurídico planteado, así:

Conforme lo previsto en el Decreto Ley 4107 de 2011 modificado por los Decretos 2562 de 2012 y 1432 de 2016, este Ministerio tiene como finalidad primordial la formulación y adopción de políticas, planes generales, programas y proyectos relacionados con el sector salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, según el artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011,

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



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.

En concordancia con lo anterior, esta Dirección Jurídica se encuentra habilitada exclusivamente para emitir conceptos de naturaleza general, sobre aspectos normativos del SGSSS, sin entrar a resolver situaciones concretas o controversias.

Dicho lo anterior y en la medida en que los conceptos que emite esta Dirección son generales y no particulares, esta dependencia vía concepto no establece la viabilidad, procedencia o legalidad jurídica o técnica de actos administrativos que deban ser expedidos por otras autoridades, como lo sería el relacionado en su comunicación. Al punto, el analizar la procedencia jurídica y técnica de expedir el acto administrativo señalado en su petición, es un aspecto que solamente puede ser abordado y resuelto por la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira – Valle del Cauca, teniendo en cuenta para el efecto la autonomía administrativa que le es propia y concede el artículo 287 de la Constitución Política.

Ahora, en lo que tiene que ver con la vigencia de los conceptos sanitarios, debe indicarse tal y como lo deja en claro el concepto técnico con memorando 2026214000095283 del 24 de febrero del presente año, emitido por la Dirección de Promoción y Prevención, que estos a la luz de la normativa existente no tienen establecido un término de vencimiento. En este caso, el contemplar una vigencia para los mismos es un aspecto que debe analizar y resolver el ente que desarrolla la función de Inspección, Vigilancia y Control, teniendo en cuenta para el caso que nos ocupa, que este es quien debe adelantar su competencia de IVC con la regularidad y frecuencia establecida en los protocolos y manuales de normas y procedimientos que apliquen para cada objeto de vigilancia y control, priorizados según el análisis de gestión del riesgo que se presente en la jurisdicción del ente territorial, lo anterior conforme lo señalado en los numerales 1 y 2 del artículo 28 de la Resolución 1229 de 2013 y lo contemplado en el parágrafo 1 del numeral 1 del artículo 11 ibidem.

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 2015¹³ en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas*

¹³ “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.”

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 ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,



3.3. ASUNTO: Respuesta a Derecho de Petición – Funcionamiento de las Juntas Directivas de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención.

Rad. 202642400628832 ID 1682434

Respetado señor:

Esta Dirección recibió su comunicación mediante la cual formula una consulta relacionada con el funcionamiento de la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado – ESE del I nivel de atención, ante la declaratoria de desierta de los procesos de convocatoria para la elección del representante de los empleados de los sectores asistencial y administrativo de la entidad. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se formula de la siguiente manera:

“(…)

La consulta radica en el contexto del funcionamiento de la junta directiva de una empresa social del estado, esta ha adelantado dos procesos de convocatoria de representante de los empleados del sector asistencial de la junta directiva y esos procesos han sido declarados desiertos por la no presentación de personal en las convocatorias. Debido a ello, la junta directiva ha tenido que sesionar sin dicha representación a espera de la presentación de persona que cumpla con las condiciones y que participe en el proceso de convocatoria.

(…)”

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a dar respuesta a los interrogantes planteados, los cuales se relacionan con la integración y funcionamiento de la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, cuando a pesar de efectuarse convocatorias para la designación del representante de los empleados públicos de los sectores asistencial y administrativo de la entidad, éstas se declaran desiertas ya que nadie se inscribe en ellas.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS

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 los efectos del presente concepto se tendrán en cuenta las siguientes disposiciones normativas:

Artículo 70 de la Ley 1438 de 2011.¹⁴

Decreto 2993 de 2011.¹⁵

Artículos 2.5.3.8.7.4 y 2.5.3.8.7.9 del Decreto 780 de 2016.¹⁶

ANÁLISIS JURÍDICO

- **Integración de la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención.**

La integración de la Junta Directiva de las ESE del I nivel de atención se encuentra regulada en la Ley 1438 de 2011, la cual establece en su artículo 70, lo siguiente:

“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.

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

¹⁴ Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁵ Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.

¹⁶ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.



municipios de 6ta categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años''. (Subrayado fuera del artículo original)

Asimismo, el Decreto 780 de 2016, que compiló el Decreto 2993 de 2011, prevé en su artículo 2.5.3.8.7.4 sobre la elección del representante de los empleados públicos del área administrativa de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención, lo siguiente:

''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.
(Subraya fuera del texto original)

Ahora, es menester afirmar que a la luz de lo establecido en el artículo 2.5.3.8.7.9 del Decreto 780 de 2016, en los procesos de elección de los representantes de los empleados públicos del área administrativa y asistencial ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención, quien quiera



participar desde la posibilidad de elegir como para ser elegido, deberá ser parte del personal de planta de la entidad.

“Artículo 2.5.3.8.7.9 Participación para elegir y ser elegido. En el proceso de elección de los representantes de los empleados públicos del área administrativa y asistencial ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, solo podrá participar, en cada caso, para elegir y ser elegido, el personal de planta de la entidad”.

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Teniendo en cuenta lo señalado en el análisis jurídico expuesto, se dará respuesta a los interrogantes planteados en la consulta, previa transcripción de los mismos, de la siguiente manera:

¿ 1- Cual sería el proceder de la entidad si al seguir realizando convocatorias estas siguen declarándose desiertas por la no participación de personas. ?

Sobre este interrogante, ni el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 ni el Decreto 780 de 2016, contemplan un mecanismo que permita suplir la participación del representante de los empleados públicos profesionales del área asistencial ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención, cuando las convocatorias que se efectúan para el efecto han sido declaradas desiertas. En este caso y ante ausencia de habilitación normativa, el organismo directivo en comento tendrá que sesionar con sus demás miembros. Al punto y en la medida en que existan empleados públicos profesionales del área asistencial vinculados a la ESE, deberán efectuarse convocatorias con el fin de que se pueda materializar la participación de esos servidores públicos en la Junta Directiva en cita.

¿2- En esta vigencia finaliza la representación del actual representante de los empleados administrativos en junta, si llegase a suceder la misma situación y no se presentan personas en ninguno de los dos procesos, la junta puede seguir operando sin estas representaciones?

En lo que respecta a esta inquietud, nótese que a la luz de lo previsto en el numeral 70.4 del artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y lo reglado en el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, estas normas permiten que al no existir empleados públicos profesionales del área administrativa en la planta de personal de una Empresa Social del Estado del I nivel de atención, la participación de este estamento puede suplirse efectuado la convocatoria respecto de empleados públicos del nivel técnico o tecnólogo, 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.

Ahora, en el evento de no poderse surtir la participación de los empleados públicos del nivel profesional o en su defecto del nivel técnico o tecnólogo del área administrativa ante la Junta directiva de una ESE del I nivel de atención, en los términos señalados anteriormente, dicho organismo directivo tendrá que operar con los demás miembros a que alude el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011.

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, 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,



3.4. ASUNTO: Solicitud de concepto técnico sobre la digitalización de procesos de Inspección, Vigilancia y Control sanitario y validez de firmas electrónicas/digitales.

Radicado 202642400083892 ID 1572119

Respetado Señor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, en la cual consulta aspectos relacionados con la digitalización de procesos de Inspección, Vigilancia y Control sanitario y la validez de firmas electrónicas y digitales, en la cual manifiesta y solicita:

“(…) PRIMERO: Las Secretarías de Salud Municipales derivan sus competencias de un marco normativo sólido que las faculta como autoridades sanitarias de inspección, vigilancia y control (IVC). Estas facultades se cimientan en la Ley 9 de 1979 por medio del cual se expide el código Sanitario Nacional, la cual establece la soberanía del Estado en la protección de la salud pública y regula las actuaciones de control sanitario. Asimismo, se fundamentan en la Ley 715 de 2001, que asigna a los municipios la competencia de vigilar las condiciones sanitarias; la Ley 1437 de 2011 (CPACA), que promueve el uso de medios electrónicos en la función administrativa; y el Decreto Ley 019 de 2012 (Ley Antitrámites), que obliga a la administración a optimizar procesos mediante tecnologías de la información para garantizar la eficiencia, celeridad y economía.

SEGUNDO: En el marco de la modernización del Estado y la búsqueda de la eficiencia en la gestión pública, surge la necesidad de transitar hacia la digitalización total de los procesos de IVC. Esto implica que el inspector, al visitar un establecimiento, realice el levantamiento de actas y formatos directamente desde una tablet o dispositivo electrónico en tiempo real, reemplazando el uso tradicional del papel.

TERCERO: Ante este escenario de transformación digital, se hace imperativo contar con un pronunciamiento oficial de su cartera sobre los estándares técnicos y jurídicos que deben regir esta práctica para asegurar que no se vulnere el debido proceso ni se afecte la seguridad jurídica de los sujetos vigilados.

(…)”

Ahora, teniendo en cuenta que los interrogantes planteados en su consulta tienen un alto componente técnico, se solicitó el respectivo concepto técnico al área competente de este Ministerio. Para el efecto, la Subdirección de Salud Ambiental de esta cartera ministerial, mediante memorando 2026213000061153 del 04 de febrero de 2026, emitió concepto cuyos apartes se transcriben a continuación, el cual da respuesta a cada una de las inquietudes

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



planteadas en su consulta, así:

“1. ¿Cuál es el concepto oficial del Ministerio sobre la conveniencia de digitalizar los formatos y actas de IVC para que las visitas de inspección se realicen exclusivamente a través de dispositivos móviles?”

Respuesta:

En primera medida es importante aclarar que en el marco de la Resolución 1229 de 2013¹⁷, el artículo 14 establece unas actividades para la implementación del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario dentro de las cuales se encuentra:

h) Coordinar el diseño, desarrollo y puesta en marcha del modelo sistémico de información de inspección, vigilancia y control sanitario, que incluya el registro en línea de inspección, vigilancia y control sanitario necesario para la inscripción y administración de datos de los sujetos y objetos vigilados;

En tal sentido, bajo el liderazgo de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – TIC, y con la participación de las Direcciones de Promoción y Prevención y de Medicamentos y Tecnologías en Salud, se han adelantado mesas de trabajo técnicas orientadas a consolidar una propuesta de herramienta que permita dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución 1229 de 2013, la cual busca a partir de la recolección de datos iniciales del proceso de inscripción o registro, que alimente las bases de datos a nivel nacional y territorial (departamental, distrital y municipal), para establecer un universo de establecimientos (censo), que permita programar las acciones de IVC sanitario por parte de los funcionarios de las entidades territoriales en salud, de acuerdo con las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001¹⁸.

Sin embargo, mientras se logra el desarrollo de la herramienta en mención, este Ministerio entendiendo que existen unas obligaciones por competencia a las entidades departamentales y municipales en el marco de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 1229 de 2013, para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 119 y 287²⁰ de la Constitución Política, las entidades territoriales gozan de autonomía administrativa para la gestión de sus asuntos, dentro de los límites establecidos por la Constitución y la ley.

17 Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.

18 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.

19 **ARTÍCULO 1o.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

20 **ARTÍCULO 287.** Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

(...)

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 tal sentido, si como resultado de la evaluación para la implementación del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario está la decisión técnica y estratégica de digitalizar los formatos y las actas, en el marco de esa autonomía administrativa se podrán tomar disposiciones que optimicen los procesos de fiscalización sanitaria y en el marco de la gestión de la salud pública la implementación del proceso transversal de gestión del conocimiento, esto último en el marco de lo establecido en la Resolución 1597 de 2025²¹ y Resolución 1229 de 2013.

Es importante mencionar que a nivel de país existe la Política de Gobierno Digital, establecida por el Decreto 767 de 2022²², que define lineamientos generales para fortalecer la relación entre los ciudadanos y el Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades. Esta política promueve la confianza en las instituciones públicas mediante el uso de TIC, con el objetivo de generar valor público, en tal sentido se recomienda se realicen las consultas internas con el área responsable en la Secretaría de Salud de Palmira que lidera las Tecnologías de la información para que pueda establecer el abordaje de esta política al interior de la entidad.

2) ¿Qué normas vigentes regulan la transición de actas físicas a digitales en el ámbito sanitario y cuáles son los requisitos esenciales para que estas actas tengan plena validez probatoria?

Respuesta:

Actualmente no existe una disposición normativa específica que regule de manera expresa la transición de actas físicas a actas digitales en el marco del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario, sin embargo, la Resolución 1229 de 2013 en el artículo 11 parágrafo, establece lo siguiente:

“PARÁGRAFO 1o. Los subprocesos de inspección, vigilancia y control sanitario serán realizados con estricta sujeción a los procedimientos y técnicas establecidas en protocolos y manuales de normas y procedimientos, los cuales contemplarán los enfoques de riesgo y de toma de decisiones con múltiple criterio. En todo caso, todas las actividades deberán quedar registradas en formatos estandarizados que faciliten la trazabilidad, seguimiento y análisis de riesgo relacionado con el objeto de inspección, vigilancia y control sanitario, definidos por la autoridad competente”.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la Subdirección de Salud Ambiental se han construido los formatos (actas) para el proceso de inspección, vigilancia y control sanitario a los objetos de IVC de nuestra competencia, que como es de su conocimiento han sido enviados a las Secretarías de Salud

21 Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

22 Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el [Capítulo 1](#) del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto [1078](#) de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.



Departamentales y Distritales, a las primeras se les ha indicado que las envíen a los municipios de sus departamentos para su adopción e implementación.

3. ¿Cómo debe proceder el inspector para obtener la firma del ciudadano visitado en un dispositivo digital de manera que se garantice su autenticidad e integridad?

Respuesta:

Desde la Subdirección de Salud Ambiental no se cuenta con la competencia técnica ni funcional para emitir un pronunciamiento específico respecto de los mecanismos tecnológicos para la obtención de firmas electrónicas o digitales, dado que su ámbito de actuación se circunscribe a la formulación de lineamientos técnicos en materia de inspección, vigilancia y control sanitario.

Sin embargo, existe un marco normativo a nivel de país que reglamenta el uso de la misma, la cual se presenta a continuación:

“Ley 527 de 1999 “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.”

Decreto 2364 de 2012, Por medio del cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones.”

4. ¿Cuáles son los tipos de firmas (electrónica, digital, biométrica, etc.) autorizadas por el Ministerio o las entidades territoriales para este fin?

Respuesta:

En atención a su consulta, la Subdirección de Salud Ambiental no tiene el conocimiento y la competencia para autorizar los tipos de firmas deben acompañar las actas digitales que en el marco de la autonomía de los territorios se implementen para desarrollar el proceso de inspección, vigilancia y control sanitario, lo que si se considera pertinente es que se cumpla con las directrices que establece el marco normativo a nivel de país que fueron expuestas en la respuesta de la pregunta anterior.

5. ¿Cómo deben estructurarse las firmas del inspector y del usuario para asegurar el cumplimiento del debido proceso y evitar futuras nulidades o vulneración de derechos?

Respuesta:



Esta Subdirección no tiene competencia para autorizar o definir los tipos de firmas que deban incorporarse en las actas digitales que, en ejercicio de su autonomía administrativa, adopten las entidades territoriales para la operación del modelo de inspección, vigilancia y control sanitario.

6. ¿Podría el Ministerio suministrar una valoración técnica (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) sobre el uso de medios digitales en las actuaciones de IVC frente al sistema tradicional de papel?

Respuesta:

Actualmente, la Subdirección de Salud Ambiental no dispone de un análisis DOFA formal y documentado respecto del uso de medios digitales en las actuaciones de inspección, vigilancia y control sanitario; no obstante, en el marco de la construcción del sistema de información para IVC sanitario, se han identificado de manera preliminar algunos beneficios como:

- *Registro inalterable de cada paso del proceso debido al registro en servidor propietario. Se realiza el diligenciamiento in situ con el propietario para garantizar la captura de la firma.*
- *Automatización de reportes y reducción de tiempos de respuesta. Ya que la información está disponible en el sistema para consulta y entrega en el momento que se solicita.*
- *Eliminación de riesgos por ilegibilidad, deterioro físico o pérdida de documentos.*
- *Mejora en los análisis de riesgo al contar con un modelo predictivo que incorpore el BIG DATA y tableros de control.*
- *Generación de confianza con los vigilados ya que las acciones y resultados de la vigilancia sanitaria se almacenarían en servidor, correo electrónico institucional y del propietario.*
- *Alineación con estrategias nacionales de gobierno digital y sostenibilidad ambiental.*

Así mismo, se sugiere tener en cuenta aspectos adicionales como:

- *Existencia de contratos anuales e identificación de riesgos de discontinuidad en el mantenimiento de las plataformas.*
- *Riesgo de hackeos, secuestro de información (ransomware) o fugas de datos*
- *Dificultad para aplicar el modelo en zonas rurales con baja cobertura de red.*
- *Rápida desactualización de los sistemas que exige inversiones recurrentes*

7. ¿En qué ciudades o departamentos del territorio nacional tiene conocimiento el Ministerio que ya se han implementado con éxito procesos de digitalización de IVC sanitaria?

Respuesta:

La Subdirección de Salud Ambiental tiene conocimiento, con base en la información suministrada por algunas entidades territoriales en salud, de que el Instituto Departamental de Salud de Nariño,

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 Secretaría de Salud de Caldas y la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle han implementado herramientas de información asociadas a los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario.”

Adicional a lo expresado por la Subdirección de Salud Ambiental en el concepto técnico transcrito, vale la pena mencionar que mediante correo electrónico del 27 de enero de 2026, el Grupo Sistema de Información de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación de esta cartera ministerial, señaló lo siguiente frente a lo consultado en su comunicación:

“Es de anotar, que, como manifestamos, existe el reconocimiento legal y probatorio de la firma electrónica y de la firma digital en Colombia, la incorporación de este tipo de mecanismos en aspectos como la digitalización de actas, formatos y soportes (incluida su captura, suscripción, custodia, trazabilidad y entrega) corresponde a la definición e implementación de procesos, procedimientos, protocolos y controles institucionales que deben ser viabilizados por las instancias competentes responsables de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del sector, en garantía del debido proceso, la seguridad jurídica y la confiabilidad probatoria de las actuaciones administrativas.”

Ahora bien, expuesto el concepto técnico emitido por la Subdirección de Salud Ambiental de esta cartera ministerial, mediante memorando 2026213000061153 del 04 de febrero de 2026, cuyos apartes se han transcrito anteriormente y que da respuesta a cada uno de sus interrogantes, se indica que esta Dirección desde el punto de vista jurídico comparte lo expuesto en él, por tal razón, con lo expresado en dicha comunicación se da por atendida su petición.

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 2015²³ 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,

23 “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.”