



BOLETÍN JURÍDICO No. 001 ENERO 2026

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia
PBX: (+57) 601 330 5000
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co

Página | 1



BOLETIN JURIDICO No. 001 DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1.	JURISPRUDENCIA	4
1.1.	SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1	Sentencia T-319/2025 – Corte Constitucional	6
2.	NORMATIVA	49
2.1.	LEYES	50
2.1.1.	Ley 2564 de 2026.....	51
2.2	RESOLUCIONES	64
2.2.1	Resolución 0010 de 2026.....	65
2.2.2	Resolución 0108 de 2026.....	103
2.2.3	Resolución 0115 de 2026.....	108
2.2.4	Resolución 0116 de 2026.....	149
2.2.5	Resolución 0117 de 2026.....	186
2.2.6	Resolución 0118 de 2026.....	189
2.2.7	Resolución 0119 de 2026.....	208
2.3	CIRCULARES	264
2.3.1	Circular 0001 de 2026	265
3.	CONCEPTOS	280
3.1.	Asunto: Consulta relacionada con la remisión y continuidad del tratamiento de pacientes ambulatorios cubiertos por el SOAT. Radicado No. 2025423003216142 – ID 1193553	281
3.2.	Asunto: Concepto jurídico - Obligatoriedad de los Comités de Ética Hospitalaria frente a la remisión de actas de reunión. Radicado: 2025423004704442 – ID 1497120	289

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 | 2



- 3.3. Asunto: Concepto sobre el proceso de transcripción y pago de Incapacidades_Radicado MSPS 2025423004870682 ID 1535674Radicado Ministerio de Trabajo 11EE2025725000100005623 de 2025 293**
- 3.4. Asunto: Consulta sobre la designación del segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado – E.S.E del orden Departamental, en ausencia de asociaciones científicas en el territorio. Radicado No. 2026423000028002 – ID 1558348..... 303**



1.JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



1.1.1 Sentencia T-319/2025 – Corte Constitucional

Referencia: Expediente T- 10.858.998

Asunto: acción de tutela formulada por *Lucía* en contra de Mutual Ser EPS.

Magistrada ponente:
Natalia Ángel Cabo

Bogotá, D.C., 25 de julio de 2025.

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por el magistrado Juan Carlos Cortés González y las magistradas Lina Marcela Escobar Martínez y Natalia Ángel Cabo, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, en particular las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política, así como en los artículos 32 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA.

Esta decisión se toma en el proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos en primera y segunda instancia por los juzgados 013 Civil Municipal y 007 Civil del Circuito de Cartagena, respectivamente, dentro de la acción de tutela promovida por *Lucía* contra la EPS Mutual Ser^[1].

ACLARACIÓN PREVIA

En atención a que la presente sentencia contiene información de la historia clínica y el estado de salud de la accionante, la Corte Constitucional expedirá dos versiones de esta providencia, de conformidad con la Circular Interna No. 10 de 2022 de esta Corporación. La primera versión, que contiene los nombres reales de los involucrados, será la que se notificará a las partes. La segunda, anonimizada, será la versión para publicar en la página web.

SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

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 Corte Constitucional conoció una acción de tutela promovida por una mujer de 100 años, con varias enfermedades crónicas, cuya historia clínica evidencia movilidad reducida y dependencia severa para realizar sus actividades cotidianas. Por ello, solicitó a su EPS el reconocimiento de servicios domiciliarios de auxiliar de enfermería, cuidador, atención médica, exámenes de laboratorio y terapia física, así como la asignación de un especialista en nutrición y la prestación de un tratamiento integral para la atención de sus enfermedades.

Tras encontrar procedente la acción de tutela, esta Corporación estudió si la entidad promotora de salud (EPS) y la institución prestadora del servicio (IPS) vinculada vulneraron los derechos fundamentales a la salud, al cuidado y a la dignidad humana de la accionante, al no suministrarle los servicios domiciliarios y demás atenciones médicas requeridas, cuando su núcleo familiar alegó no estar en condiciones físicas y económicas de asumir de manera integral las labores de cuidado.

Sobre la materia, esta Corporación reiteró la jurisprudencia relacionada con los derechos a la salud y al cuidado de las personas de la tercera edad, así como las obligaciones de las EPS frente al suministro de servicios y tecnologías médicas a sus afiliados. Asimismo, señaló los escenarios en los que se ha reconocido la prestación de servicios domiciliarios de cuidado, asistencia de auxiliares de enfermería y atención integral. La Corte, además, recordó la importancia de implementar una política pública que fije el alcance del principio de corresponsabilidad entre la familia, el Estado y la sociedad, con el fin de avanzar en la garantía de una vejez digna en un contexto de envejecimiento poblacional y de limitaciones en los recursos físicos y económicos. En ese escenario, la Corte destacó que muchas personas mayores, pese a ser sujetos de especial protección, también asumen, en numerosos casos, tareas de cuidado hacia otras personas, lo que pone en evidencia una responsabilidad que puede ser desproporcionada para esta población y demanda medidas integrales que atiendan esta problemática.

En esa línea, la Corte resolvió confirmar el amparo de los derechos a la salud y dignidad humana de la accionante, y proteger su derecho al cuidado, de manera que concluyó que la EPS, en este caso, sí debe concurrir con la familia en las labores de cuidado y garantizar el servicio de cuidador en jornadas diarias de doce (12) horas, mientras subsistan los supuestos que determinan su procedencia. Esta Corporación llegó a esa conclusión en atención a que 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



el expediente se demostró: (i) la condición de dependencia severa en la que se encuentra la accionante, en su calidad de sujeto de especialísima protección constitucional, para realizar sus actividades cotidianas y, (ii) la imposibilidad material del núcleo familiar de asumir integralmente las labores de cuidado, incluyendo la totalidad de sus costos.

Respecto de los demás servicios reclamados, como auxiliar de enfermería, atención médica periódica, exámenes de laboratorio, terapias físicas y valoración con especialista de nutrición en el domicilio, la Corte encontró procedente ordenar a la EPS que realice una valoración médica integral e interdisciplinaria a la accionante, como garantía del derecho a la salud en su dimensión de diagnóstico, para determinar la necesidad de incluirla en un programa integral de atención domiciliaria. Finalmente, esta Corporación confirmó el tratamiento integral concedido en las instancias, pero precisó los diagnósticos con los cuales dicho tratamiento se relaciona y resaltó la importancia de realizar valoraciones periódicas para materializar el seguimiento recomendado a la paciente por el médico tratante y, según la evolución de su condición médica, determinar si eventualmente puede llegar a requerir el servicio de enfermería domiciliaria.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos relevantes

1. *Lucía*^[2] tiene 100 años^[3], está afiliada al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de Mutual Ser EPS^[4] y ha sido diagnosticada con las siguientes enfermedades: glaucoma no especificado, hernia hiatal, fibrilación y aleteo auricular, hipotiroidismo en suplencia, hipertensión arterial crónica, insuficiencia respiratoria aguda, disnea, insuficiencia cardíaca no especificada, insuficiencia renal crónica no especificada, neumonía multilobar^[5], incontinencia urinaria neurogénica, disfagia tipo 3^[6], trastornos del sueño, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, antecedentes de falla cardíaca crónica, secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) y limitación locomotora moderada^[7].

2. A finales de septiembre de 2024, bajo el cuidado de su hija *Beatriz* de 77 años, la accionante tuvo una caída que le ocasionó una fractura de la cadera, motivo por el cual permaneció hospitalizada hasta el 18 de octubre del mismo año, tras haber sido sometida a una intervención quirúrgica. Para ese momento, había sido operada de forma reciente por una

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



fractura de cabeza del fémur derecho que ocurrió mientras caminaba^[8]. Posteriormente, en marzo de 2025 fue hospitalizada por falla cardiaca con perfil hemodinámico húmedo/caliente^[9].

3. La accionante fue calificada con 15 puntos en la escala de Barthel^[10], con 7 puntos en la escala de riesgo de caídas J.H. (Downton) y con 14 puntos en la escala Braden^[11]. Desde octubre de 2024 le han sido prescritos diversos tratamientos domiciliarios, tales como terapia física integral, atención de visita domiciliar por enfermería para retiro de puntos y traslado a domicilio. Además, la EPS le ha prescrito a la accionante varios medicamentos^[12] -entre ellos analgésicos- y alimento líquido con fines médicos especiales, como parte del manejo nutricional por desnutrición proteico-calórica^[13].

4. La señora *Lucía* reside en la ciudad de Cartagena con una trabajadora doméstica^[14]. Tiene ocho hijos, todos mayores de 70 años^[15] y con enfermedades de base. Solo dos de ellos viven en la misma ciudad: *Marcela*, de 76 años, quien cuida de su esposo de la tercera edad diagnosticado con distintas enfermedades crónicas^[16], y *Felipe*, de 70 años, con discapacidad cognitiva^[17]. La persona que se encargó de las labores de cuidado de la accionante durante los meses previos a la interposición de la acción de tutela fue su hija *Sandra*, de 79 años. Sin embargo, la accionante refirió que su hija *Sandra* fue hospitalizada en los meses de agosto y septiembre de 2024^[18] por los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, pancreatitis crónica con complicaciones y descenso de vejiga, entre otros diagnósticos. Además, pasó por varias intervenciones quirúrgicas y su salud tuvo una recaída el 31 de octubre de 2024. Por ello, mientras *Sandra* estuvo hospitalizada, la actora indicó que entre el resto de sus hijos tuvieron que compartir la atención, el sostenimiento del hogar y el pago de los cuidadores y/o auxiliares de enfermería.

5. Asimismo, la accionante explicó que la mayoría de sus nietos residen en el exterior y que no tiene mayor cercanía con ellos. De los 27 nietos vivos, ocho viven en Colombia. Además, señaló a *Andrés* como el nieto que ha apoyado su cuidado directo, quien tiene otras responsabilidades familiares, que incluyen el apoyo al cuidado de un suegro con Alzheimer y de su hija universitaria.

6. En este contexto, la accionante sostuvo que sus egresos mensuales superan sus ingresos. Para noviembre de 2024, la señora *Lucía* señaló que los costos de los servicios

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



prestados por un auxiliar de enfermería y una cuidadora durante el día ascendían a \$4.330.000, mientras que sus ingresos mensuales eran de \$5.800.000, provenientes de una mesada pensional de aproximadamente \$2.300.000 y del apoyo económico que recibía de sus hijos. No obstante, la accionante manifestó que, en los meses subsiguientes, dicho apoyo familiar se redujo debido a las limitaciones económicas y responsabilidad de sus hijos, y que, para mayo de 2025, su sustento provenía esencialmente de su pensión^[19]. En particular, la actora explicó que sus ingresos solo le permiten pagar los servicios de una cuidadora y que requiere asistencia de enfermería permanente para la administración de medicamentos, la realización de movimientos y cambios de posición, la vigilancia de sus signos vitales, entre otras atenciones^[20].

2. Fundamentos de la solicitud de tutela y pretensiones

7. Con base en estos antecedentes, el 5 de noviembre de 2024, la señora *Lucía* interpuso, en nombre propio, una acción de tutela con solicitud de medida provisional contra Mutual Ser EPS, con el fin de obtener la protección de sus derechos fundamentales a la salud y dignidad humana.

8. Respecto de los derechos fundamentales que consideró vulnerados, la accionante sostuvo que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido a las personas adultas mayores como sujetos de especial protección constitucional, y que su avanzada edad dificulta el ejercicio autónomo de sus derechos. Asimismo, la actora indicó que dicha jurisprudencia ha establecido las condiciones bajo las cuales proceden los servicios domiciliarios de enfermería y cuidador^[21], y se refirió a los principios esenciales en el ámbito de la salud, tales como la integralidad, la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad y la universalidad^[22].

9. En consecuencia, la señora *Lucía* solicitó ante el juez de tutela ordenar a la EPS accionada: asignar una cuidadora en casa en dos turnos (de 2:00 p. m. a 10:00 p. m. y de 10:00 p. m. a 6:00 a. m.); proveer un auxiliar de enfermería o cuidador en casa en el turno de 6:00 a. m. a 2:00 p. m.; disponer un médico domiciliario dos veces al mes; realizar exámenes laboratorios y terapias físicas en el domicilio; asignar un nutricionista que defina una dieta adecuada para prevenir la desnutrición; en caso de requerir atención con especialistas, garantizar la accesibilidad de los servicios y, la prestación del tratamiento de forma integral^[23].

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



10. Como medida provisional, la accionante solicitó la asignación del servicio de enfermería permanente, debido a su alto nivel de dependencia y a las complejas necesidades de atención que presenta.

3. Trámite de la acción de tutela

11. Mediante auto proferido el 7 de noviembre de 2024^[24], el Juzgado 013 Civil Municipal de Cartagena de Indias admitió la acción de tutela contra Mutual Ser EPS y ordenó la vinculación del centro médico Crecer Ltda. En la misma providencia, el funcionario judicial negó la medida provisional solicitada, al considerar que el servicio de enfermería no contaba con respaldo del médico tratante y que, además, no se acreditó la urgencia de la medida.

12. El centro médico Crecer Ltda. compareció al trámite constitucional^[25], mientras que Mutual Ser EPS guardó silencio. Sobre los hechos que fundamentan la acción, la IPS afirmó que únicamente cuenta con el registro de las atenciones brindadas a la paciente, documentación que fue incorporada con el escrito de tutela. Asimismo, la IPS vinculada indicó que la atención prestada fue oportuna, integral, pertinente, continua y caracterizada por un trato humano. Por lo tanto, solicitó su desvinculación de la acción, con fundamento en que las pretensiones de la accionante no se encuentran dentro del ámbito de su competencia.

4. Decisiones judiciales objeto de revisión

4.1. Sentencia de primera instancia

13. Mediante sentencia del 19 de noviembre de 2024^[26], el Juzgado 013 Civil Municipal de Cartagena concedió el amparo de los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de la accionante. En consecuencia, y ante la falta de pronunciamiento por parte de la EPS accionada, ordenó a Mutual Ser EPS suministrar el servicio de cuidador de manera permanente (las 24 horas al día) para atender y asistir a la paciente en todas sus necesidades básicas, en atención a sus enfermedades^[27]. Asimismo, le ordenó a la EPS prestar el tratamiento de forma integral, lo cual incluía la expedición de las órdenes médicas y el suministro oportuno, continuo y permanente de todos los medicamentos, procedimientos o tratamientos prescritos por sus

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



médicos tratantes^[28], sin importar si estaban o no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

14. Sin embargo, el juez de primera instancia negó las demás pretensiones, al considerar que no se acreditó ni la existencia de una prescripción por parte del médico tratante ni la negativa de la EPS a suministrar los servicios domiciliarios solicitados, tales como la visita médica dos veces al mes, exámenes de laboratorios, terapias físicas, la asignación de un nutricionista para definir una dieta adecuada y/o la atención con médicos especialistas.

15. El 25 de noviembre de 2025, Mutual Ser EPS presentó impugnación contra el fallo de primera instancia^[29], con el fin de que se protegieran sus derechos al debido proceso y contradicción.

4.2. Sentencia de segunda instancia

16. Mediante fallo del 14 de enero de 2025^[30], el Juzgado 007 Civil del Circuito de Cartagena confirmó parcialmente el fallo de primera instancia. Por una parte, el despacho concluyó que, si bien podía inferirse que la ayuda de un cuidador no podía ser asumida por el núcleo familiar de la accionante, no existía certeza médica sobre la necesidad de dicho servicio para la paciente. En consecuencia, el funcionario judicial modificó el numeral segundo del fallo de primera instancia, en el sentido de ordenar a la EPS que realizara una valoración médica a la paciente, con el fin de determinar la necesidad, intensidad y periodicidad del servicio de cuidador o enfermería domiciliaria. Además, dispuso que, en caso de establecerse la necesidad del servicio domiciliario, la EPS debía garantizar su prestación de manera inmediata.

17. Por otra parte, el juez de segunda instancia señaló que el tratamiento integral ordenado en primera instancia se ajustaba a los parámetros fijados por la Corte Constitucional, toda vez que se acreditó la negligencia en la entrega de los medicamentos prescritos por el médico tratante en atención al diagnóstico de la paciente. Asimismo, resaltó que la accionante es un sujeto de especial protección constitucional, lo cual justifica la procedencia de la orden para que se le garantice el tratamiento requerido de forma integral.

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. Trámite en sede de revisión

18. Mediante auto del 9 de abril de 2025^[31], la magistrada sustanciadora ordenó la práctica de distintas pruebas indispensables y pertinentes para abordar la solución jurídica del caso. Solicitó a la accionante información sobre su estado actual de salud, la conformación de su hogar y las condiciones socioeconómicas del grupo familiar. Asimismo, requirió a la actora, a la EPS accionada y a los juzgados de instancia informar sobre el cumplimiento de las órdenes impartidas en el trámite constitucional objeto de revisión. También ordenó a Mutual Ser EPS entregar información detallada sobre los servicios y medicamentos otorgados, así como sobre las asignaciones pendientes. Finalmente, solicitó a la EPS accionada y al centro médico Crecer Ltda., la historia clínica actualizada de la paciente, y a la sociedad Asesores en Derecho S.A.S., información sobre el derecho pensional reconocido a favor de la señora *Lucía*.

19. Posteriormente, mediante autos del 5^[32] y 21 de mayo de 2025^[33], la magistrada sustanciadora reiteró la solicitud de pruebas, ante la falta de respuesta de varias de las requeridas, y decretó pruebas adicionales. En particular, requirió a la accionante que ampliara la información sobre la situación socioeconómica de su familia y aportara los soportes y órdenes médicas que respaldaran sus afirmaciones. Además, comisionó al juez de tutela de primera instancia, con el apoyo de la Alcaldía de Cartagena y de la Defensoría del Pueblo (regional Bolívar), para que realizara una visita al lugar de residencia de la accionante, con el fin de verificar sus condiciones de vida.

20. Adicionalmente, la magistrada sustanciadora requirió a la Alcaldía de Cartagena y a la Gobernación de Bolívar para que informaran si, desde sus respectivas entidades territoriales, se han formulado sistemas de cuidados, cuáles son los avances en su implementación y qué centros de protección social, centros día o vida, centros de bienestar al anciano y centros de atención domiciliaria para personas adultas mayores están acreditados en sus territorios y podrían eventualmente ser accesibles para la accionante. Finalmente, invitó al Ministerio de Igualdad y Equidad, así como a algunas organizaciones^[34], a presentar un concepto técnico relacionado con el objeto de la acción de tutela y, en particular, sobre la corresponsabilidad en el cuidado entre la familia, la sociedad y el Estado.

5.1. Respuesta a los autos de pruebas

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



5.1.1. Accionante, *Lucía*

21. En respuesta al auto de pruebas, la accionante^[35] informó que su estado de salud se ha mantenido delicado desde la presentación de la acción de tutela. Explicó que, debido a su edad y a sus diagnósticos, a los cuales se han sumado dificultades respiratorias y la necesidad permanente de oxígeno, requiere atención constante. La actora indicó que no puede caminar debido a antecedentes de una fractura de cadera, por lo que se moviliza en silla de ruedas, necesita ser cargada para sus desplazamientos y requiere apoyo en las noches para cambiar de posición y prevenir la aparición de escaras.

22. En cuanto al cumplimiento del fallo de segunda instancia, la señora *Lucía* manifestó que Mutual Ser EPS solo ha dado cumplimiento parcial. La accionante explicó que, según la valoración médica, el profesional de la salud determinó la necesidad de contar con servicio de enfermería domiciliaria durante las 24 horas del día, debido a su alto grado de dependencia funcional. No obstante, la EPS únicamente contrató el servicio de una enfermera entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., servicio que se presta desde el 13 de marzo de 2025. La actora agregó que, el 3 de mayo de 2025, la enfermera asignada le informó que el cuerpo médico evaluaría si la EPS continuaría o no con dicho servicio, lo que le ha generado incertidumbre.

23. Además, la accionante indicó que, ante la falta de atención por parte de su EPS, su cuidado ha sido asumido por una empleada del servicio doméstico -con quien reside en una casa de propiedad de su hijo *Pedro*- y, en parte, por algunos de sus hijos, a pesar de su avanzada edad y sus condiciones de salud. También señaló el apoyo de algunos de sus nietos. La accionante advirtió que esta situación ha generado un fuerte desgaste físico y emocional en su familia, especialmente porque el deterioro de su salud coincidió con el de su hija *Sandra*, cuya atención también ha implicado elevados costos^[36].

24. La señora *Lucía* informó que la EPS accionada incurre de forma reiterada en demoras para autorizar la entrega de medicamentos, procedimientos y tratamientos médicos, lo que la obliga a adquirirlos por su cuenta, para preservar su salud. La accionante señaló que dichas demoras se deben a la falta de trámite, la escasez de insumos o la inoperancia del prestador. Además, indicó que debe asumir el costo de otros medicamentos como vitaminas, acetaminofén o gotas

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



oftálmicas para el tratamiento del glaucoma, los cuales la EPS ha negado sin brindar una justificación por escrito cuando la accionante así lo ha solicitado.

5.1.2. EPS accionada e IPS vinculada

25. Tras los tres autos debidamente notificados^[37] y un traslado y solicitud de información del director de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar^[38], Mutual Ser EPS^[39] remitió cuatro valoraciones realizadas en abril de 2025 e informó que, el 23 de mayo de 2025, solicitó al prestador Cuidado Seguro en Casa S.A. una nueva valoración de la paciente. En consecuencia, el 28 de mayo envió las valoraciones actualizadas de trabajo social y medicina interna^[40].

26. Frente al cumplimiento de la orden del juez de segunda instancia, la EPS accionada señaló que, aunque la paciente no calificaba para turnos de enfermería según la valoración médica^[41], asignó un cuidador por 12 horas diurnas con base en la caracterización inicial de trabajo social, en la que se indicó que su cuidado estaba a cargo únicamente de su nieto *Andrés*. No obstante, la EPS manifestó que recientemente tuvo conocimiento de que la accionante cuenta con una red familiar amplia que, en su concepto, podría asumir su cuidado^[42]. Por ello, solicitó vincular a los familiares de la accionante para establecer la responsabilidad que cada uno tiene frente al cuidado, necesidades y manutención de la paciente.

27. Adicionalmente, la EPS accionada aportó la historia clínica actualizada, en la que se registra la atención domiciliaria prestada a la paciente desde finales de 2024 y durante el 2025, consistente en servicios de terapia física, terapia respiratoria, fisioterapia, nutrición y medicina general. Asimismo, adjuntó la lista de medicamentos suministrados a la paciente desde enero de 2024 y una valoración sociofamiliar.

28. El Centro Médico Crecer Ltda. aportó la historia clínica de la accionante y confirmó las órdenes médicas emitidas el 18 de octubre de 2025^[43]. En dicha historia se registran, además de los diagnósticos previamente referidos, anotaciones adicionales como: abdomen con abundante tejido adiposo, diuresis espontánea en pañal, exposición a la humedad frecuente, fragilidad, actividad en cama y movilidad ligeramente limitada^[44].

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



5.1.3. Juzgados 013 Civil Municipal de Cartagena y 007 Civil del Circuito de Cartagena

29. Los juzgados de tutela de primera^[45] y segunda instancia^[46] informaron inicialmente que desconocían si la EPS accionada había cumplido con las órdenes impartidas en el marco de la acción de tutela.

30. No obstante, en cumplimiento del auto del 21 de mayo de 2025, el 28 de mayo de 2025, el Juzgado 013 Civil Municipal de Cartagena remitió el informe de la visita realizada^[47] y los documentos entregados por la accionante. En el informe se advirtió la inexistencia de orden médica expresa que respalde el servicio de enfermería por 24 horas, aunque la accionante manifestó que entendió que recibiría atención médica integral en cumplimiento del fallo de segunda instancia^[48]. También señaló que la familia de la accionante ha tenido que asumir el valor de medicamentos de alto costo^[49] y pañales^[50], debido a demoras en las autorizaciones. Asimismo, indicó que las terapias no habían sido nuevamente autorizadas y se suelen presentar dificultades administrativas para la entrega de las gotas oftalmológicas.

31. Además, la accionante informó al juzgado que sus hijos y nietos se han turnado para visitarla y, que incluso, han tenido que viajar desde Estados Unidos por periodos de días o meses. No obstante, señaló que ninguno de ellos, ni la trabajadora doméstica, ha recibido formación específica para su cuidado, más allá de las indicaciones dadas por los terapeutas. En cuanto a otro tipo de alternativas para su cuidado, en el informe se refiere que la familia contempló el posible traslado de la accionante a Estados Unidos, pero esta opción fue descartada porque requiere oxígeno de forma permanente, lo que dificulta la posibilidad de viajar. Finalmente, en el informe se explicó que la familia rechazó la posibilidad de acudir a otro centro de atención para personas mayores, pues iría en contra de la voluntad de la accionante y consideran que no es una decisión justa para una persona que aún está consciente.

5.1.4. Entidades requeridas

32. La secretaria de la Mujer y Desarrollo Social de Bolívar^[51] informó que la Gobernación ha suscrito convenios con los hogares geriátricos San Pedro Claver y Refugio la Milagrosa, en la zona corregimental de Cartagena, para atender a adultos mayores de los niveles I y II del

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) que se encuentren en estado de abandono, conforme a lo establecido en la Ley 1850 de 2017. Frente al caso de la señora *Lucía*, la entidad señaló que, aunque presenta dependencia funcional y requiere cuidados paliativos permanentes, no cumple con los criterios pobreza ni abandono exigidos para su ingreso a uno de estos hogares geriátricos. Finalmente, la secretaria agregó que actualmente la Gobernación de Bolívar trabaja en el fortalecimiento de las políticas del cuidado, en el marco de su plan de desarrollo.

33. Por su parte, la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena de Indias^[52] informó que cuenta con una Unidad Interdisciplinar de Adulto Mayor, encargada de brindar atención integral a través de 30 Centros de Vida del Distrito (CDV)^[53], 111 Grupos Organizados (GO)^[54] y cuatro centros geriátricos con convenio para atender a personas mayores que pertenecen a los grupos A, B y C del Sisbén sin ingresos suficientes o en estado de abandono o vulnerabilidad, según el caso.

34. La Unidad Interdisciplinar de Adulto Mayor de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena, después de constatar que el Juzgado 013 Civil Municipal de la misma ciudad ya había realizado la visita a la accionante y formulado las preguntas propuestas por la magistrada ponente, se trasladó el 27 de mayo de 2025 al inmueble de la señora *Lucía* para darle a conocer la oferta institucional. Como resultado de dicha visita, se elaboró un concepto técnico, cuyos aspectos más relevantes son:

- (i) La señora *Lucía* reside en una vivienda propia en buenas condiciones, cuenta con apoyo doméstico y una red familiar activa. El informe destacó que la accionante vivió durante muchos años en Estados Unidos, donde tuvo ocho hijos, la mayoría de los cuales aún residen allí con sus familias.
- (ii) La actora se encuentra orientada, con juicio y memoria conservados, y un lenguaje coherente. Sin embargo, es semindependiente para sus actividades básicas, ya que se moviliza en silla de ruedas y no lo hace de forma autónoma.
- (iii) Aunque la paciente recibe atención domiciliaria, requiere un cuidador permanente y una valoración médica más especializada. Además, se indicó que la EPS no ha



cumplido a cabalidad con el suministro oportuno de medicamentos y continuidad de algunos servicios.

- (iv) La accionante se encuentra en condición de vulnerabilidad, dependencia, afectación del mínimo vital y riesgo para su salud. Sin embargo, la actora no aceptó la oferta institucional presentada por la entidad, debido a sus limitaciones de movilidad y a la falta de idoneidad en los hogares geriátricos disponibles.

35. A lo anterior, la Unidad Interdisciplinar agregó que la señora *Lucía* requiere atención integral y servicios como el programa de atención domiciliaria *home care* integral con un equipo médico interdisciplinario disponible las 24 horas del día. Esto, debido a que en cualquier momento puede necesitar asistencia para realizar sus necesidades fisiológicas, y sus familiares no pueden atenderla en ciertos horarios, especialmente durante las jornadas laborales y las horas de descanso.

36. La Secretaría de Salud del departamento de Bolívar^[55] informó sobre la formulación, implementación y disponibilidad de sistemas de cuidado para personas mayores en el territorio. La entidad señaló que adelanta intervenciones educativas para fomentar un envejecimiento saludable en municipios priorizados; asiste técnicamente, acompaña, verifica y capacita actores municipales en temas de política pública y requisitos normativos, y cuenta con varios convenios interadministrativos en ejecución. Estos últimos se orientan a atender a personas mayores en condición de abandono o extrema vulnerabilidad, priorizando la atención de personas sin capacidad de pago. De manera que, para acceder a uno de los nueve centros habilitados disponibles en el departamento^[56], se determina la capacidad socioeconómica de los beneficiarios con la certificación de indigencia, la clasificación del Sisbén municipal, la evaluación socioeconómica familiar del adulto mayor y la revisión de bases de datos departamentales y locales de salud.

37. Finalmente, Asesores en Derecho S.A.S.^[57], en su calidad de mandataria con representación del Patrimonio Autónomo para la Flota Mercante Grancolombiana (Panflota), allegó copia de la resolución mediante la cual se reconoció la pensión de sobrevivientes a favor de la accionante, cuya mesada pensional asciende actualmente a la suma de \$2.560.359.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



5.1.5. Concepto técnico de la Universidad del Quindío^[58]

38. El programa de Gerontología adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío presentó un concepto técnico en el que señaló que la situación de la señora *Lucía* requiere una intervención coordinada entre la familia (que se extiende más allá de los hijos), el Estado y las instituciones de salud, conforme a lo previsto en la Ley 1850 de 2017. En el caso particular de la accionante, destacó que, debido a su alto grado de dependencia funcional, resulta aplicable la Ley 2207 de 2023^[59], norma que garantiza el acceso al servicio de cuidador para personas con discapacidad. Además, advirtió que la demora en la prestación de servicios por parte de la EPS y la sobrecarga emocional y económica que enfrentan sus familiares puede constituir una forma de “negligencia social e institucional”.

39. En esa línea, la institución recomendó: (i) realizar una valoración integral para determinar el grado de compromiso funcional de la paciente; (ii) formular un plan de atención integral con base en dicha valoración; (iii) garantizar apoyo estatal mediante servicios domiciliarios; (iv) capacitar a la familia en el manejo de las necesidades del adulto mayor, para asegurar un cuidado adecuado y reducir la carga emocional; (v) ejercer supervisión institucional sobre el cumplimiento de las órdenes impartidas a la EPS y, (vi) considerar alternativas de cuidado de larga estancia en caso de que el entorno familiar no pueda asumir la atención requerida.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

40. La Corte Constitucional es competente para revisar los fallos proferidos dentro del trámite de la referencia, con fundamento en lo establecido en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Requisitos de procedencia de la acción de tutela

41. La acción de tutela, prevista en el artículo 86 de la Constitución, es un mecanismo judicial preferente y sumario destinado a la protección inmediata de los derechos fundamentales, que procede ante la inexistencia de otros mecanismos de defensa judicial idóneos y efectivos o ante la necesidad de evitar un perjuicio irremediable.

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



42. Como requisito fundamental para que la Corte estudie de fondo la acción de tutela presentada por *Lucía* en contra de Mutual Ser EPS, es necesario estudiar previamente si se cumplen los requisitos de procedencia de esta acción, que son legitimación en la causa por activa^[60] y por pasiva^[61], inmediatez^[62] y subsidiariedad^[63], en atención a las pruebas aportadas dentro del trámite constitucional.

43. En primer lugar, se cumple el requisito de **legitimación en la causa por activa**, toda vez que la acción de tutela fue presentada en nombre propio por la señora *Lucía*, titular de los derechos fundamentales a la salud y dignidad humana cuya protección se reclama.

44. En segundo lugar, se acredita el requisito de **legitimación en la causa por pasiva**, ya que la demanda se dirige contra Mutual Ser EPS, entidad promotora de salud a la que está afiliada la accionante y responsable de garantizar el acceso a servicios domiciliarios y la prestación del tratamiento de forma integral. Además, como EPS, a Mutual Ser le corresponde el aseguramiento, la gestión de riesgos y la articulación, suministro y calidad de los servicios prescritos^[64], así como la representación de la afiliada ante la IPS y el cumplimiento de las obligaciones del PBS^[65].

45. En este caso, también se acredita la legitimación en la causa por pasiva respecto del centro médico Crecer Ltda., entidad vinculada que podría tener injerencia en la presunta vulneración de los derechos fundamentales, en tanto tiene a su cargo la prestación de servicios de salud a la afiliada en calidad de Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS)^[66], en el marco de sus obligaciones contractuales^[67].

46. En tercer lugar, el requisito de **inmediatez** también se encuentra acreditado. Según los antecedentes del caso, la accionante sufrió un accidente a finales de septiembre de 2024 y fue dada de alta el 18 de octubre del mismo año. Para ese momento, la persona que se encargaba de su cuidado presentó un decaimiento en su estado de salud y, debido a su edad y enfermedades, no pudo continuar con dichas labores. En este contexto, la accionante señaló que sus ingresos no le permitían cubrir los servicios requeridos. Como la acción de tutela fue radicada el 5 de noviembre de 2024, es decir, aproximadamente dos semanas después de la ocurrencia de los hechos, se evidencia una actuación diligente de la parte actora. En todo caso, la alegada amenaza a los derechos fundamentales es actual y permanente, pues los servicios

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



de salud y cuidado solicitados son requeridos por la accionante de manera continua^[68]. Adicionalmente, se requiere una protección inmediata dada la condición de sujeto de especial protección constitucional de la accionante, al tratarse de una persona de 100 años, con enfermedades base y crónicas^[69], que depende de terceros para atender sus necesidades básicas.

47. Finalmente, se cumple el requisito de **subsidiariedad** en la medida en que no existen mecanismos ordinarios idóneos y eficaces para la protección de los derechos fundamentales invocados por la accionante. Si bien, la accionante podría acudir a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS)^[70] para reclamar el acceso a los servicios de salud, dicho mecanismo no es idóneo ni eficaz en el caso particular, por las limitaciones operativas que tiene y los vacíos en su regulación, en especial, cuando se trata de sujetos de especial protección^[71]. En esa línea, es importante resaltar que la señora *Lucía* se encuentra en una situación de vulnerabilidad tanto por su estado de salud como por su avanzada edad^[72]. Estas circunstancias exigen al juez constitucional un estudio flexible de este requisito, lo cual impone la necesidad de un pronunciamiento oportuno y célere^[73].

48. Además, este caso no se centra en una negación en sentido estricto de servicios o tecnologías en salud, sino en la omisión o el silencio por parte de la EPS frente a los servicios domiciliarios de enfermería y/o cuidador, respecto de lo cual la Corte ha señalado que la SNS no tiene competencia^[74].

49. En suma, la Corte encuentra que en este caso se satisfacen los requisitos generales de procedibilidad de la acción de tutela, lo que habilita un pronunciamiento de fondo por parte del juez constitucional, que se desarrollará en los siguientes apartados.

3. Planteamiento del problema jurídico y metodología de la decisión

50. Una vez verificada la procedibilidad de la acción, la Corte Constitucional analizará si la EPS accionada y la IPS vinculada vulneraron los derechos fundamentales invocados por la señora *Lucía*^[75], así como el derecho al cuidado en aplicación de la facultad que tiene esta Corporación para proferir fallos *extra y ultra petita*^[76], al omitir el suministro del servicio de cuidador y/o auxiliar de enfermería durante 24 horas. Asimismo, evaluará si existe una vulneración por la omisión en la asignación de otros servicios domiciliarios, la falta de prestación



de terapias físicas o atenciones médicas en el hogar o el suministro de medicamentos, reclamados por la paciente. Lo anterior, en atención a que se trata de una persona de la tercera edad, de 100 años, diagnosticada con múltiples enfermedades crónicas y que depende de otros para satisfacer sus necesidades básicas cotidianas.

51. De esa forma, a esta Corporación le corresponde resolver el siguiente problema jurídico:

¿Vulneran una EPS y una IPS los derechos fundamentales a la salud, al cuidado y a la dignidad humana de una persona de la tercera edad, diagnosticada con enfermedades crónicas, movilidad reducida y dependencia severa para la realización de sus actividades cotidianas, al omitir la prestación de servicios médicos, de cuidador y de enfermería en el domicilio, así como el suministro oportuno de medicamentos, cuando su núcleo familiar manifiesta que no tiene la capacidad física ni económica para asumir integralmente dicha atención?

52. De ser así, correspondería a esta Corte evaluar si resulta procedente impartir una orden a la EPS que garantice a la paciente un tratamiento integral que, de acuerdo con sus necesidades médicas y las recomendaciones del equipo tratante, incluya -entre otros- los servicios domiciliarios reclamados.

53. Para resolver este problema jurídico, la Corte Constitucional se pronunciará sobre los derechos a la salud y al cuidado de las personas de la tercera edad; las obligaciones de las EPS en relación con el suministro de servicios y tecnologías médicas a sus afiliados y, los escenarios en los que se ha reconocido la prestación de servicios domiciliarios de cuidador/a y auxiliar de enfermería, y de atención médica integral, cuando las condiciones del paciente así lo requieren. Además, esta Corporación hará una reflexión sobre el envejecimiento de la población colombiana y la necesidad de una política pública de cuidado. Con base en estas consideraciones, se procederá al análisis del caso concreto.

4. Los derechos a la salud y al cuidado de las personas de la tercera edad. Reiteración de jurisprudencia

54. Las personas de la tercera edad que enfrentan condiciones de salud complejas son reconocidas por la Constitución y la jurisprudencia constitucional como sujetos de especial protección^[77]. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, el deterioro funcional

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



progresivo y la mayor exposición a enfermedades pueden situarlas en escenarios de vulnerabilidad que demandan una respuesta institucional reforzada^[78]. Esta realidad exige un compromiso conjunto del Estado, la sociedad y la familia para garantizarles una vejez digna, lo cual implica, entre otras medidas, el acceso efectivo a servicios de salud integrales y la implementación de medidas de cuidado.

4.1. Sobre el derecho a la salud

55. En relación con el **derecho a la salud**, la Constitución, la ley y la jurisprudencia constitucional^[79] lo reconocen como un derecho fundamental autónomo^[80] y un servicio público esencial. Este derecho impone al Estado la obligación de garantizar el acceso efectivo, oportuno, continuo, integral y de calidad a los servicios y tecnologías en salud, sin ningún tipo de discriminación. En su dimensión fundamental, la Corte Constitucional ha definido este derecho como la capacidad del ser humano para conservar la normalidad orgánica y funcional, tanto física como mental, y para recuperarla o restablecerla ante cualquier afectación^[81]. En esa línea, el derecho a la salud se encuentra estrechamente vinculado a la posibilidad de llevar una vida digna^[82] y cumple una función instrumental para el ejercicio de otros derechos fundamentales^[83].

56. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece los elementos esenciales del derecho a la salud, entre los cuales se encuentran la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad del servicio y la idoneidad del personal profesional. En cuanto a los principios orientadores, la Corte Constitucional^[84] ha destacado, entre otros: (i) la oportunidad, que exige la prestación de los servicios y tecnologías en salud sin dilaciones; (ii) la continuidad, que impide la interrupción de los servicios por razones administrativas o económicas^[85]; (iii) la universalidad, que garantiza este derecho a todos los residentes del país durante todas las etapas de la vida; (iv) la solidaridad, que se basa en un mutuo apoyo entre personas, generaciones, sectores y regiones y, (v) la integralidad, que exige brindar atención completa, oportuna y eficiente para prevenir, tratar o disminuir las enfermedades de los usuarios, conforme con el diagnóstico y los servicios prescritos por el médico tratante.

57. A partir de lo expuesto, la Corte ha reiterado que el derecho a la salud de los adultos mayores debe ser protegido de manera prevalente^[86], en virtud de su condición de sujetos 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



especial protección constitucional, especialmente cuando enfrentan condiciones de salud complejas y han superado ampliamente la expectativa de vida^[87]. Por ello, esta Corporación ha reconocido la procedencia de medidas afirmativas orientadas a garantizar el acceso efectivo a todos los servicios de salud que este grupo poblacional requiera, con el fin de asegurarles un entorno digno y seguro en la etapa final de la vida. Tales medidas no constituyen privilegios, sino mecanismos para superar las barreras estructurales que dificultan el ejercicio autónomo de sus derechos fundamentales^[88].

58. En este contexto, los principios de solidaridad e integralidad adquieren especial relevancia para la garantía del derecho a la salud de las personas mayores. El primero reconoce que la asistencia requerida por este grupo poblacional no recae exclusivamente en el Estado, sino que demanda un acción conjunta y corresponsable de la familia y la sociedad^[89]. El segundo implica que la atención médica no debe limitarse a tratamientos curativos, sino que debe comprender todos los servicios y tecnologías necesarios para preservar o mejorar la calidad de vida del paciente, incluso cuando no sea posible su recuperación, en la medida en que ello contribuya a sobrellevar la enfermedad con dignidad^[90].

4.2. Sobre el derecho al cuidado

59. En cuanto al **derecho al cuidado**, la Corte Constitucional lo ha reconocido como un derecho humano y fundamental en proceso de construcción^[91], cuya garantía adquiere especial relevancia en contextos de vulnerabilidad. Este derecho comprende tres dimensiones interrelacionadas: (i) el derecho a ser cuidado, entendido como la posibilidad de recibir atención sin que esta dependa exclusivamente de vínculos afectivos, del mercado o de la capacidad económica^[92]; (ii) el derecho a cuidar, sin que ello represente una carga desproporcionada para quien asume esta labor, lo cual exige el reconocimiento de una responsabilidad compartida entre el Estado, la familia y los particulares y, (iii) el derecho al autocuidado, que implica que cada persona pueda procurarse bienestar físico, biológico, emocional y ecológico, contando con el tiempo y las condiciones necesarias para ello^[93].

60. Aunque se trata de un derecho en desarrollo, la Corte ha promovido su consolidación mediante el impulso de una discusión pública orientada a la creación de un sistema nacional de cuidado. En ese contexto, ha delineado un estándar mínimo de protección que contempla, entre

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



otros aspectos, la conciliación entre la vida personal y las responsabilidades familiares, la formación y capacitación de cuidadores en dimensiones físicas y psicosociales, el acceso a los recursos necesarios para ejercer esta labor, la valoración social del cuidado y la adopción de políticas públicas con enfoques diferenciales y de género, en atención a que esta tarea ha recaído históricamente sobre las mujeres^[94].

61. En la Sentencia T-199 de 2025, esta Corporación desarrolló los elementos fundamentales del derecho al cuidado siguiendo la metodología del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En este sentido, precisó cuatro niveles esenciales de este derecho:

Tabla 1. *Niveles esenciales del derecho al cuidado*^[95]

Niveles esenciales del derecho al cuidado	
Disponibilidad	Exige garantizar que las personas, en especial aquellas en situación de vulnerabilidad, tengan acceso efectivo a una oferta básica para satisfacer sus necesidades de cuidado. Esto implica el desarrollo de marcos normativos y oferta institucional que, de manera progresiva, creen infraestructuras, instalaciones y sistemas integrales de cuidado que aseguren que los servicios sean proporcionados en cantidades y condiciones de calidad suficientes para cubrir la demanda y satisfacer las necesidades. Para ello, es fundamental contar con una red de servicios de cuidado y con políticas de inversión pública que fomenten el desarrollo de infraestructura de cuidados.
Accesibilidad	Requiere que los servicios de cuidado sean accesibles para todas las personas, en especial, para los grupos en condición de vulnerabilidad.



	Además, supone el diseño e implementación de políticas públicas y programas específicos con una perspectiva diferencial, intercultural e interseccional, encaminados a eliminar múltiples formas de desigualdad y discriminación sobre las personas que reciben cuidados y sus cuidadores. Estos servicios deben promover la corresponsabilidad del cuidado entre el Estado, la sociedad y las familias. En este sentido, la oferta debe contemplar la asignación de recursos para reducir y redistribuir los trabajos de cuidado. Este nivel comprende (i) la asequibilidad, que exige al Estado garantizar total o parcialmente el acceso a servicios de cuidado cuando se verifique que la persona que lo requiere para garantizar su salud o condiciones de vida dignas y su núcleo familiar carecen de los recursos económicos suficientes para asumirlo, y la (ii) accesibilidad física, que implica que los servicios de cuidado estén distribuidos de manera equitativa en todo el territorio.
Calidad	Exige que los cuidados cumplan con estándares apropiados y adecuados de atención para asegurar condiciones dignas y seguras para las personas cuidadas y sus cuidadores. Para ello, es necesario, entre otros elementos, contar con personal capacitado y con los recursos adecuados que permitan ofrecer un servicio eficiente y humanizado. Este nivel demanda formación, supervisión y regulación relativas a los servicios de cuidado.



	Además, requiere de los cuidadores un trato digno, respetuoso de la autonomía de la persona cuidada.
Adecuación	Determina que el cuidado debe ajustarse a las necesidades físicas, emocionales y sociales de quien lo recibe. Además, el servicio debe prestarse en condiciones justas, dignas y sostenibles.

62. El derecho al cuidado se fundamenta en principios constitucionales como la dignidad humana y la solidaridad. En el caso de los adultos mayores, el envejecimiento puede conllevar un deterioro funcional progresivo que se traduce en distintos niveles de dependencia para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria^[96], lo cual genera una necesidad concreta de apoyo para garantizar su bienestar integral^[97]. Aunque este derecho no se encuentra expresamente consagrado para esta población en la Constitución, la Corte ha señalado que este derecho se deriva del deber de corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad en la protección y asistencia de los adultos mayores, conforme al artículo 46 de la norma superior^[98]. Esta corresponsabilidad debe distribuirse de manera equitativa, según las capacidades de cada persona, con el fin de evitar que quienes asumen labores de cuidado enfrenten cargas excesivas que limiten el desarrollo de su propio proyecto de vida^[99], especialmente en un contexto de envejecimiento poblacional y creciente demanda de servicios de cuidado^[100].

63. Lo anterior, no impide el respeto por la autonomía y la capacidad de decisión de las personas mayores. Tal como lo ha indicado esta Corporación, los mecanismos a través de los cuales se garantizan los derechos fundamentales a la salud y al cuidado deben considerar sus necesidades, preferencias y expectativas. En ese sentido, es indispensable que las personas mayores sean escuchadas y, en la medida de lo posible, empoderadas para tomar decisiones sobre su salud y bienestar^[101].

64. En suma, los derechos a la salud y al cuidado se configuran como garantías fundamentales esenciales para asegurar a las personas mayores condiciones de vida dignas, autónomas y seguras en la etapa final de su existencia. Su realización exige un enfoque integral, solidario y diferencial, que compromete no solo al Estado, sino también a la sociedad y a la familia.

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. Deber de las EPS en la prestación oportuna de los servicios de salud. Reiteración de jurisprudencia

65. La Ley 100 de 1993 estableció que todos los habitantes en Colombia deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y acceder a “un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales”, conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS)^[102]. Este plan se regía por un sistema de inclusiones y exclusiones expresas de servicios y tecnologías en salud. Sin embargo, con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015^[103], dicho esquema fue sustituido por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), el cual solo contempla exclusiones explícitas. En consecuencia, todo servicio o tecnología en salud que no esté expresamente excluido del PBS se entiende incluido y, por tanto, debe ser suministrado por las EPS a sus afiliados^[104].

66. En el marco del modelo de exclusiones explícitas^[105], los jueces pueden ordenar el suministro de servicios y tecnologías en salud mediante fallo de tutela cuando se cumplan los siguientes requisitos: (i) que el servicio o tecnología se encuentre contemplado en el PBS; (ii) que haya sido prescrito por el médico tratante; (iii) que resulte necesario para preservar la salud, la vida o la dignidad del accionante y, (iv) que su negación o demora no se encuentre justificada^[106]. Es importante destacar que la falta de comercialización o la indisponibilidad temporal de un medicamento no exime a la EPS de su responsabilidad^[107], especialmente cuando se trata de personas que gozan de especial protección constitucional^[108].

67. No obstante, la Corte ha precisado que, en ciertos casos, el sistema de salud puede estar obligado a cubrir tecnologías que se encuentran expresamente excluidas^[109]. Asimismo, esta Corporación ha sostenido que el juez de tutela también puede amparar el derecho a la salud en su dimensión del derecho al diagnóstico o, de forma excepcional, ordenar el suministro de servicios o tecnologías, bajo los siguientes lineamientos: (i) si de las pruebas aportadas se concluye que el insumo es necesario para el tratamiento del paciente, el juez debe supeditar su entrega a la posterior ratificación del profesional de la salud correspondiente y, (ii) si existen dudas, pero se identifica un indicio razonable de afectación al derecho a la salud, debe ordenar a la EPS que, por conducto de su red de médicos adscritos, evalúe y determine si el paciente requiere o no el insumo solicitado^[110].

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



68. Por otro lado, en virtud del enfoque de integralidad, esta Corporación ha reconocido la faceta de diagnóstico como un componente esencial del derecho a la salud, que exige “una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere”^[111]. En esa línea, el derecho al diagnóstico permite: (i) identificar con precisión la enfermedad que afecta al paciente; (ii) definir el tratamiento médico más adecuado para garantizar su bienestar integral y, (iii) comenzar de manera oportuna dicho tratamiento^[112]. El derecho al diagnóstico se materializa con la prescripción de los servicios y tecnologías en salud que requiere el paciente.

69. Finalmente, la EPS debe prestar los servicios y tecnologías en salud que el médico tratante estime pertinente para atender el diagnóstico del paciente de forma completa y oportuna, sin dilaciones ni barreras administrativas. En este contexto, la Corte ha establecido que los jueces de tutela pueden reconocer la garantía del tratamiento integral cuando (i) se evidencie negligencia por parte de la EPS en el cumplimiento de sus deberes, por ejemplo, cuando actúa de forma dilatoria, impone barreras administrativas o programa los servicios por fuera de un término razonable; (ii) existan prescripciones médicas que indiquen de manera específica el diagnóstico y los servicios o tecnologías requeridos por el paciente y, (iii) la omisión de la EPS haya comprometido la salud o vida del paciente, al prolongar innecesariamente sus padecimientos. Un criterio adicional que ha establecido esta Corporación, y sirve de apoyo a los anteriores, es que el demandante sea sujeto de especial protección constitucional^[113]. En contraste, la Corte ha negado este tipo de solicitudes cuando no hay evidencia de medicamentos o tratamientos pendientes de ser tramitados, ya que el juez constitucional no puede pronunciarse sobre situaciones futuras o inciertas respecto del estado de salud de la persona^[114].

6. Reglas jurisprudenciales sobre el reconocimiento de cuidador/a y auxiliar de enfermería. Reiteración de jurisprudencia

70. En esta sección, la Corte reitera de manera sucinta las diferencias entre los servicios de atención domiciliar de cuidador y de enfermería, ambos solicitados por la accionante, así como las reglas jurisprudenciales para que estos sean ordenados a cargo de la EPS.



71. Para comenzar, el servicio de cuidador consiste en la atención que una persona brinda a otra que, debido a una enfermedad o a su avanzada edad, depende de terceros para realizar actividades básicas y cotidianas. Aunque no pertenece estrictamente al ámbito de la salud, se considera un servicio complementario por su estrecha relación con el bienestar del paciente. Se trata de una labor de carácter asistencial, que no exige conocimientos especializados y que, además, suele brindar un importante apoyo emocional^[115].

72. Como se indicó en la sección 4 de estas consideraciones, el cuidado supone una corresponsabilidad entre el Estado, familia y sociedad. Esto implica que, si bien la familia, como núcleo esencial de la sociedad, tiene deberes especiales de protección, auxilio y apoyo recíproco más exigentes que los del resto de la comunidad^[116], no debe soportar en solitario esta carga cuando le resulte desproporcionada. En tales casos, el Estado y la sociedad están llamados a compartir solidariamente la responsabilidad del cuidado de los pacientes y los adultos mayores.

73. Los requisitos que se deben cumplir para trasladar la carga del servicio de cuidado de la familia al Estado, en cabeza de la EPS, son:

Tabla 2. *Requisitos para el servicio del cuidador*^[117]

Requisito	Medios de acreditación
Certeza médica de que el paciente requiere cuidados especiales.	i) La orden médica para el servicio. ii) Anotaciones del personal médico que indique que el servicio es requerido. iii) La prueba de una enfermedad que por sus características amerita el servicio de cuidador.
Incapacidad familiar para asumir el servicio	i) La familia no tiene la capacidad física para cuidar porque sus miembros tienen alguna de las siguientes condiciones que les imposibilitan realizar las tareas de



	cuidado: (a) enfermedades, (b) una edad
	joven o avanzada o, (c) deberes consigo
	mismo o la familia como sucede con
	quienes tienen que obtener los recursos de subsistencia.
ii)	No es posible capacitar o entrenar a los familiares en las tareas del cuidado.
iii)	La familia no tiene los recursos económicos para contratar el servicio de cuidador/a.

74. A diferencia del servicio de cuidado, el servicio de enfermería domiciliaria debe ser prestado por personal especializado en salud y requiere una orden médica, así como una evaluación interdisciplinaria del paciente^[118]. En esa línea, este servicio obedece al ámbito de la salud, hace parte de la modalidad de atención domiciliaria y se encuentra incluido dentro del PBS^[119].

75. En ausencia de una prescripción específica, pero ante un indicio razonable de afectación a la salud, esta Corporación ha reconocido que el juez puede proteger el derecho a la salud en su faceta del diagnóstico y ordenar a la EPS que adopte las medidas necesarias para que su personal médico emita un concepto que determine la necesidad de provisión del servicio requerido^[120].

76. La jurisprudencia constitucional sintetiza las principales diferencias entre ambos servicios de la siguiente forma^[121]:

Tabla 3. *Diferencias entre el servicio de cuidador y el de enfermería*

Servicio de cuidador	Servicio de enfermería
Brinda apoyo físico y emocional a pacientes que dependen totalmente	Asegura las condiciones necesarias para la atención médica especializada de un paciente en su domicilio.



de otra persona para realizar actividades básicas.	
Le corresponde a la familia del paciente y subsidiaria y excepcionalmente al Estado, en virtud del principio de solidaridad.	Es prestado por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud adscritos a las EPS.
No es un servicio de salud, sino un servicio complementario (artículo 3.18 de la Resolución 740 de 2024).	Es un servicio de salud, que hace parte de los servicios de atención domiciliaria.
No hace parte del PBS-UPC ^[122] , pero tampoco está excluido de financiación con recursos públicos de la salud.	Hace parte del PBS-UPC, como servicio de atención domiciliaria.
Requiere que exista certeza médica sobre la necesidad de recibir el servicio (no necesariamente una orden médica).	Requiere orden médica.

77. Además, la jurisprudencia constitucional reconoce que los servicios de salud extrahospitalarios no son excluyentes entre sí, en tanto el servicio de enfermería domiciliar no reemplaza ni suple el servicio de cuidador/a, dado que cumplen funciones distintas y pueden ser necesarios de manera simultánea para garantizar una atención integral al paciente^[123].

78. En conclusión, la Corte ha distinguido con claridad los servicios de cuidador y enfermería domiciliaria. Mientras el cuidado tiene una naturaleza complementaria y recae principalmente en la familia, la enfermería extrahospitalaria está contemplado como un servicio principal incluido en el PBS.



7. Reflexión sobre el envejecimiento de la población colombiana y la necesidad de una política pública sobre el cuidado

79. Antes de resolver el caso en concreto, la Corte considera pertinente referirse al contexto en el que se enmarca esta decisión. Para comenzar, se destaca que el envejecimiento poblacional es una tendencia global. Mientras la población adulta mayor crece a un ritmo sin precedentes y los hogares tienden a ser más longevos, las poblaciones más jóvenes disminuyen. El envejecimiento poblacional no ocurre de manera uniforme en Colombia, lo que plantea retos importantes en materia de política pública para atender, entre otros aspectos, las necesidades de cuidado y protección social de las personas mayores^[124].

80. En este escenario, uno de los principales retos asociados al cuidado es “lograr armonía entre las necesidades del receptor del cuidado y el entorno donde este se [da]” ^[125]. Esto permite distinguir entre el cuidado en el hogar y el institucional^[126], cuya elección debe considerar tanto las características y necesidades de quien lo recibe como las condiciones del sistema de salud y de los cuidadores^[127]. Al respecto, en sociedades con altas tasas de envejecimiento, se ha evidenciado una creciente preocupación por los costos asociados al cuidado institucional, al tiempo que se ha identificado que la atención en el hogar puede resultar más costosa^[128]. Esta preocupación adquiere especial relevancia cuando los recursos son limitados, tanto para las familias como para el Estado, lo cual exige promover diálogos y acuerdos sobre cómo responder a las necesidades de cuidado de las personas mayores.

81. A ello se suma que las labores de cuidado recaen, en gran medida, sobre las mujeres, las personas en situación de pobreza y aquellas en edades muy avanzadas^[129]. Esto supone entonces reflexiones desde una perspectiva pública sobre el cuidado brindado por sujetos de especial protección constitucional, como ocurre en el caso colombiano, donde un porcentaje significativo de personas mayores son cuidadoras^[130]; así como sobre las respuestas del mercado, especialmente las de tipo institucional, que buscan suplir un servicio que, en ocasiones, las familias no pueden proporcionar y el Estado no logra garantizar^[131] e, incluso, sobre las decisiones judiciales que algunos han interpretado como reflejo de una visión familiarista del cuidado^[132].

82. En este punto, la Corte reconoce que, si bien se han producido avances en la política pública y se ha adoptado como principio rector la corresponsabilidad, según el cual el Estado

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



es garante del derecho al cuidado y el sector privado, los hogares y las comunidades contribuyen a democratizarlo^[133], aún no existe claridad sobre el alcance de este principio ni sobre los límites de los esfuerzos que pueden exigirse a cada actor. Las respuestas frente a un diagnóstico que evidencia una organización social del cuidado inequitativa; la existencia de limitaciones y desarticulaciones en su prestación y, la insuficiencia de recursos económicos, físicos y humanos para el funcionamiento de los centros de protección y centros de bienestar para personas mayores^[134], entre otros aspectos, requieren de tiempo para su implementación^[135]. No obstante, persisten necesidades apremiantes que deben ser atendidas mientras dichas soluciones estructurales se formulan y materializan^[136].

83. Por esta razón, la mención al rol del Estado resulta especialmente relevante en este caso. Si bien esta Corporación advierte desarrollo de la oferta institucional, como lo demuestran las respuestas allegadas en sede de revisión por parte de una ciudad capital como Cartagena o del departamento de Bolívar, dicha oferta se enfoca en personas en situaciones particulares de vulnerabilidad, como adultos mayores víctimas de maltrato^[137], personas en condición de pobreza extrema o moderada, o en riesgo de caer en ella, así como en población que carece ingresos suficientes para su subsistencia^[138]. Esto evidencia que aún no se atienden de forma suficiente las necesidades de otras familias, como aquellas pertenecientes a la clase media, que enfrentan dificultades para asumir la totalidad de los costos asociados a las labores de cuidado, ya sea de manera directa o indirecta^[139].

84. Bajo este contexto, la Corte destaca que el caso a resolver plantea cuestiones complejas en torno a la garantía de una vejez digna en un escenario de envejecimiento poblacional, cuando los recursos físicos y económicos son limitados. Ello exige la aplicación del principio de solidaridad, con el fin de hacer efectivo un derecho social que aún se encuentra en construcción, en el marco de una política pública que aspira a garantizar los derechos de las personas que requieren cuidado, de las cuidadoras y de la sostenibilidad misma del sistema.

85. Se trata, además, de un asunto atravesado por diversas percepciones culturales relacionadas con el género, la distribución de las responsabilidades, la edad y el valor de la labor de cuidado, así como con los espacios donde este servicio se presta. Así, el derecho al cuidado en el caso bajo estudio plantea dilemas que esta Corporación considera necesario



identificar, con el fin de evitar decisiones simplistas o descontextualizadas y de invitar al Congreso y al Ejecutivo a asumir su rol en la materialización progresiva de este derecho.

86. En este sentido, y como ha ocurrido^[140] con otros derechos sociales^[141], esta Corporación se enfrenta a preocupaciones por el uso eficiente de los recursos y los eventuales efectos de decisiones judiciales en casos individuales que involucran el derecho al cuidado. Esto, ya que estas podrían desviar recursos y esfuerzos limitados, provocar desequilibrios en el sistema e impactar la realización misma del derecho y la garantía de equidad. Esta Corporación también se cuestiona si estas decisiones se orientan efectivamente hacia la población más vulnerable, así como si podrían restringir el debate democrático en torno al alcance de un derecho^[142] que aún está en construcción.

87. Estas preguntas surgen de la tensión entre la urgencia de proteger los derechos fundamentales y las limitaciones presupuestales que enfrenta el sistema, en un contexto en el que aún no se ha implementado una política pública integral y nacional sobre el cuidado. Dicha política debería definir, entre otros aspectos, el alcance de los deberes que recaen sobre la familia, el Estado y la sociedad, conforme a los principios de solidaridad y corresponsabilidad. Mientras tanto, el juez constitucional debe continuar adoptando las decisiones que garanticen la protección de los derechos fundamentales de los adultos mayores. Por ello, más allá de la solución que se adopte en este caso, situaciones como la que aquí se analiza permiten a esta Corporación reiterar la importancia de los llamados formulados, en decisiones anteriores, a otras autoridades^[143] respecto de la implementación de sistemas de cuidado, la distribución de responsabilidades y la garantía de este derecho fundamental^[144], con el fin de avanzar en su realización progresiva en el marco de un Estado democrático.

8. Resolución al caso en concreto

88. En este apartado, la Corte se referirá a las subreglas jurisprudenciales expuestas en las consideraciones de esta providencia y procederá a aplicarlas al caso objeto de análisis. Con ello, esta Corporación establecerá si la accionante tiene derecho a que la EPS le preste el servicio domiciliario de auxiliar de enfermería y/o cuidador, y si las accionadas incurrieron en demoras o interrupciones injustificadas en la entrega de servicios de salud, así como las consecuencias que tienen origen en dicha situación.

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



89. Para comenzar el análisis, se debe advertir que la señora *Lucía* es una mujer de 100 años, afiliada al régimen contributivo^[145] del SGSSS a través de Mutual Ser EPS, y que presenta una compleja condición médica, debido a múltiples diagnósticos, entre ellos: glaucoma no especificado, hernia hiatal, fibrilación y aleteo auricular, hipotiroidismo en suplencia, hipertensión arterial crónica, insuficiencia respiratoria aguda, disnea, insuficiencia cardíaca no especificada, insuficiencia renal crónica no especificadas, neumonía multilobar, incontinencia urinaria neurogénica, disfagia orofaríngea, trastornos del sueño, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, antecedentes de falla cardíaca crónica, secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) y limitación locomotora moderada. En ese orden, se trata de una persona en condición de vulnerabilidad por razones de salud, con dependencia total para realizar sus actividades cotidianas^[146].

8.1. SOBRE LOS SERVICIOS DE CUIDADOR Y ENFERMERÍA SOLICITADOS POR LA SEÑORA LUCÍA

90. Ahora, para establecer la procedencia del servicio de cuidador/a o de enfermería domiciliaria a favor de la accionante, lo primero que se debe señalar es que en cumplimiento del fallo de tutela proferido en segunda instancia que ordenó una valoración médica a favor de la paciente para determinar la necesidad de estos servicios, Mutual Ser EPS comenzó a prestar el servicio de cuidador en una jornada de 12 horas al día^[147], pero dicha valoración no fue aportada al trámite constitucional. Aunque la EPS accionada aportó dos valoraciones realizadas por medicina interna del prestador Cuidado Seguro en Casa S.A. en otros momentos, según las cuales la accionante no califica para la asignación de turnos de enfermería sino para “cuidados básicos a cargo del núcleo familiar”^[148], no incluyó la valoración que realizó para dar cumplimiento a lo ordenado por el juez de tutela.

91. La primera valoración data del 15 de noviembre de 2024, fecha para la cual no se habían proferido órdenes en el marco del proceso, mientras que, la segunda, es del 27 de mayo de 2025, que se hizo en respuesta a los autos de pruebas que se decretaron dentro del trámite de revisión. En estos documentos, la Corte observa que la calificación de los criterios para determinar la necesidad del servicio de enfermería domiciliaria se disminuyó de 2 a 1.7 puntos, y en la última valoración se refiere que la paciente presenta un nivel de funcionalidad bajo debido al avance de su enfermedad, “lo cual demanda del acompañamiento permanente de los



miembros del hogar y la organización de roles del cuidado que disminuyen la sobrecarga del cuidador”^[149].

92. Ahora, sobre la evaluación faltante, aparentemente realizada en marzo de 2025, se debe advertir que la EPS comenzó a prestar la atención domiciliaria el 15 de marzo de la misma anualidad en cumplimiento del fallo de tutela. Posteriormente, el 19 de marzo se realizó una valoración de medicina general, en la cual se observan anotaciones relacionadas con los servicios de enfermería/cuidado que no son concluyentes^[150] y, el 20 de marzo siguiente, se hizo una valoración sobre la condición sociofamiliar. En este formato se sugirió dar seguimiento a la paciente y sus relaciones familiares alrededor del cuidado, así como continuar la atención en el programa de crónicos y la disposición familiar a recibir entrenamiento^[151].

93. Si bien, la profesional que hizo la última valoración de la paciente^[152] señaló que se evidenciaban momentos de movilización colectiva que demuestran la voluntad familiar de responder a las necesidades urgentes, también resaltó la necesidad de establecer mecanismos más estables de apoyo, por lo que se recomendó realizar un seguimiento familiar para verificar la capacidad de los distintos miembros de la familia y promover su corresponsabilidad^[153]. Además, la profesional propuso un plan de acción que incluye facilitar orientación a la señora *Lucía* y al núcleo familiar, brindar herramientas que sirvan a la distribución del cuidado, fortalecer la red de apoyo y, dar seguimiento a la misma, con apoyo emocional a la persona a cargo del cuidado^[154].

94. A lo anterior se agrega que, aunque desde la Secretaría de Participación y Desarrollo Social se realizó la oferta de los distintos servicios institucionales a la señora *Lucía*, a pesar de señalar que esta no cumplía con los requisitos, también se dispuso que, los hogares geriátricos no contaban actualmente con el personal médico idóneo para atenderla como se requería y su limitación de movilidad le impedía desplazarse al centro de vida más cercano^[155].

95. Así las cosas, de la valoración de las pruebas obrantes en el expediente, esta Corporación encuentra en relación con los requisitos para asignar **el servicio de cuidador**, en primer lugar, que la señora *Lucía* requiere de cuidados de forma permanente, dada su avanzada edad, condiciones de salud y dependencia severa de terceros para realizar sus actividades cotidianas. Aunque en estricto sentido no existe una orden médica respecto del servicio 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



cuidador, las sugerencias médicas descritas y las anotaciones sobre los servicios brindados por las cuidadoras de la IPS Cuidado Seguro en Casa S.A. entre el 15 de marzo y el 26 de mayo de 2025, confirman la dependencia de la paciente^[156]. En estas anotaciones se observa apoyo en traslados, baño (en ocasiones en cama), limpieza y arreglo personal; alimentación, cambio de pañal, cambio de posición, suministro de medicamentos; control de signos vitales, tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria, temperatura y saturación; ejercicios de respiración y terapias físicas, entre otros.

96. A lo anterior, se suma el puntaje asignado en la escala Barthel, herramienta utilizada para medir el grado de dependencia funcional de una persona en actividades básicas de la vida diaria, el cual presenta una reducción significativa en los últimos meses, pues pasó de 45 puntos en noviembre de 2024^[157] a 35 en enero de 2025 cuando ya se indicaba “dependencia grave”^[158] y, posteriormente a 15 puntos el 28 de mayo del año en curso^[159]. Es decir, en un periodo aproximado de 7 meses el grado de dependencia de la accionante se redujo en 30 puntos, a una dependencia severa para los cuidados básicos.

97. Esta Corporación entiende que actividades como el suministro de alimentos, la movilización, el aseo personal y el autocuidado se encuentran dentro del apoyo físico y emocional que un cuidador/a busca brindar a un paciente^[160]. Por ende, es posible afirmar que existe un diagnóstico médico cierto y actual que da cuenta de la necesidad de la señora *Lucía* de recibir el servicio de cuidado las 24 horas al día.

98. En segundo lugar, respecto a la capacidad de la accionante y de su familia para asumir las responsabilidades o los costos del servicio de cuidado, de las pruebas recaudadas se advierte que la señora *Lucía* cuenta con una pensión inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv)^[161] y una red familiar compuesta por ocho hijos, 27 nietos y varios bisnietos. Los hijos, e incluso algunos de sus nietos, han colaborado en los gastos mensuales para el sostenimiento de la accionante, en la medida de sus posibilidades, lo cual incluye las labores de una trabajadora del servicio doméstico en el hogar. No obstante, la actora refirió que el apoyo económico de sus familiares ha disminuido progresivamente dadas las necesidades y compromisos económicos que cada uno tiene^[162].

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. A pesar de sus ingresos y el apoyo que recibe de sus familiares, la accionante refirió en el escrito de tutela que ello solo le permite cubrir los gastos asociados a una persona cuidadora. En su respuesta del 6 de mayo de 2025, además, insistió en que su necesidad de oxígeno permanente ha aumentado exponencialmente los costos de energía y, en la respuesta del 5 de junio de la misma anualidad, aclaró que no cuenta con un apoyo permanente adicional a su pensión y que esta constituye la base de su sustento actualmente.

100. Aunque se identificaron algunas inconsistencias menores en las respuestas presentadas por la accionante, en relación con las edades o lugares de residencia de sus familiares y, a su vez, la EPS llamó la atención en la dificultad para conocer más información sobre la red de apoyo familiar, de las pruebas se pudo evidenciar que la mayoría de los hijos de la paciente no residen en Cartagena y según lo adujo la misma accionante, no tienen una pensión reconocida por el sistema de pensiones colombiano^[163], son adultos mayores^[164] y presentan patologías de base que incluyen enfermedades crónicas. De sus nietos, ocho residen en Colombia y cuatro en Cartagena. Su hijo *Felipe*, es cuidado y cuenta con el apoyo de uno de los nietos que reside en esta ciudad, *Jaime*, ya que es una persona dependiente, en situación de discapacidad por un trastorno mental progresivo y psiquiátrico, diagnosticado con hipertensión y esquizofrenia^[165].

101. Sobre las condiciones de dos de las hijas de la señora *Lucía*, quienes realizaron las labores de cuidadoras principales hasta mayo de este año, se tiene que, por una parte, *Sandra*, quien vivía con ella, la cuidó al menos durante los últimos diez años; en la respuesta se refiere que ella tiene 79 años, cuenta con una pensión de un smlmv y, debido a su deterioro de salud en los últimos meses^[166], sus hijos decidieron trasladarla fuera de Colombia para que recibiera tratamiento médico. Por otra parte, *Marina*, quien reside en el exterior, es quien la acompañó hasta inicios de mayo de 2025, a falta de cuidador/a nocturno; según la información brindada por la parte actora, ella es una persona de 83 años que también presenta patologías crónicas y no está pensionada^[167]. Además de sus hijas, su hijo *José* de 74 años, quien tiene hipertensión y fue recientemente operado de cáncer de estómago, viajó desde el exterior para apoyar su cuidado durante dos semanas en el mes de mayo de 2025. Actualmente, su hija *Marcela* de 76 años, diagnosticada con múltiples patologías, entre ellas crónicas^[168] y quien tiene a su cargo el cuidado de su esposo, también persona de la tercera edad con enfermedades crónicas y graves^[169], apoya su cuidado, mientras otro de sus familiares puede acompañarla. Una de sus

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



nietas también la ha visitado en varias oportunidades desde Estados Unidos, y la accionante reconoció el apoyo a nivel físico como en diligencias administrativas de dos de sus nietos^[170].

102. De los informes rendidos en sede de revisión, se hizo referencia de forma reiterada al cuidado primario que realiza su nieto *Andrés* y en el formato sociofamiliar diligenciado el 27 de mayo de 2025 aportado por la EPS, se precisa que, la señora *Marta*, trabajadora doméstica, además de realizar las labores de cuidado del hogar, cubre parte del cuidado nocturno^[171]. No obstante, se señala que, debido a la carga de su cuidador primario, no existe un miembro que pueda permanecer las 24 horas del día para brindar cuidado directo^[172]. Además, de las anotaciones realizadas por las cuidadoras de la EPS que prestaron servicios de cuidado entre marzo y mayo de 2025, esta Corporación advierte que dichos servicios se brindan antes de dejar a la paciente en compañía de sus familiares. En estas bitácoras, se menciona que los familiares en varias ocasiones acompañan a la paciente durante el día y, en algunas fechas, se relaciona una persona cuidadora tanto de día como de noche, o el hecho de que queda al cuidado de “una auxiliar en turno”. En estas notas, también son frecuentes las referencias a las recomendaciones de un integrante de la familia que es médico^[173] y de “médico particular”^[174].

103. En este sentido, la Corte concluye la capacidad de la familia, al menos de forma parcial, para asumir las responsabilidades de cuidado que requiere la accionante. La accionante cuenta con una amplia red de apoyo, que se compone de hijos, nietos y bisnietos, quienes pueden concurrir en sus labores de cuidado, en virtud de los principios de solidaridad y corresponsabilidad expuestos. No obstante, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional referida en las consideraciones, se identificó que los hijos de la accionante enfrentan una capacidad limitada para atender las labores de cuidado de su progenitora y que sus nietos solo pueden asumir dichas labores de forma parcial, tanto en términos logísticos como económicos.

104. Por un lado, los hijos de la accionante no tienen la capacidad física para realizar las tareas de cuidado permanentes que requiere la señora *Lucía*, pues son sujetos de especial protección constitucional por razones de edad y las enfermedades que se refieren en las diferentes respuestas brindadas por la parte accionante. Además, la mayoría de los hijos tiene su lugar de residencia en otro país. En este punto, es importante resaltar que cuando los hijos han prestado los cuidados a su progenitora, se han presentado riesgos físicos y emocionales. Por ejemplo, la caída que tuvo la señora *Lucía* a finales de septiembre de 2024 ocurrió cuando

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 encontraba bajo el cuidado de su hija *Beatriz*^[175]. Por otro lado, la accionante relacionó las responsabilidades propias de subsistencia o cuidado de otros familiares, que asumen sus nietos, quienes deben brindar apoyo económico a otros familiares (como sus padres, hijos y/o tíos) que a su vez son sujetos de especial protección (hijos menores de edad, personas en condición de discapacidad o adultos mayores con enfermedades crónicas y progresivas)^[176].

105. Lo anterior no es impedimento para que los integrantes de la familia de la accionante continúen coordinando las responsabilidades de cuidado, supervisen la ejecución de dichas tareas y acompañen emocionalmente a la paciente. Además, se advierte la capacidad económica para contratar a un cuidador/a externo, que pueda recibir el entrenamiento o capacitación necesaria para tal fin. En ese orden de ideas, esta Corporación evidencia que la familia cuenta con los recursos para asumir de forma parcial los servicios de cuidado o sus costos, labores que incluso puede realizar la persona contratada como trabajadora del servicio doméstico. En este punto, es importante resaltar que la familia ha dispuesto de recursos para contratar personas externas que apoyen parcialmente el cuidado de la accionante y para asumir el costo de tiquetes aéreos desde el exterior con este fin.

106. Sin embargo, se debe advertir que la mesada pensional que recibe la accionante no es suficiente para cubrir los gastos propios de un hogar (como servicios públicos y alimentación) al mismo tiempo que la totalidad de los servicios que requiere una persona en las condiciones en las que se encuentra la accionante^[177]. Además, más allá de las percepciones culturales o el arraigo que la señora *Lucía* pueda tener a su lugar de residencia^[178], la entidad territorial reconoció que la oferta institucional que ofrece no podría atender de forma idónea las necesidades de la accionante.

107. Así las cosas, dada las condiciones particulares de este caso y en virtud de los principios de solidaridad y buena fe^[179], es necesario que la EPS concurra con la familia en la prestación del servicio de cuidador de forma parcial, en atención a: (i) la condición de sujeto de especialísima protección constitucional^[180] de la accionante y el estado alto de vulnerabilidad en el que se encuentra por su avanzada edad y sus antecedentes médicos; (ii) la importancia que ha tenido el cuidado parcial asignado por la EPS en cumplimiento del fallo de tutela para la calidad de vida de la paciente y, (iii) que la EPS no desvirtuó que la familia no cuenta con la capacidad física y económica para asumir de forma integral las labores de cuidado o sus costos, y que su capacidad en este caso es parcial. Sobre este último punto, vale la pena resaltar que

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



el cuidado permanente no puede ser asumido por una sola trabajadora doméstica, quien solo puede cubrir la jornada máxima legal de trabajo^[181].

108. Como se cumplen los requisitos jurisprudenciales para que la EPS concorra en labores del cuidado relativos a la certeza médica y a la incapacidad familiar para asumir de forma integral este servicio, esta Corporación le ordenará a la EPS que garantice la prestación del servicio de cuidador/a en el domicilio de la demandante que brindó durante jornadas parciales de 12 horas al día^[182], hasta tanto permanezcan los supuestos que determinan su procedencia. En consecuencia, se adicionará la decisión de segunda instancia para amparar el derecho al cuidado de la accionante y garantizar el servicio de cuidador en las condiciones referidas, mientras la certeza médica sobre la dependencia de la paciente y la incapacidad parcial de la familia no sean desvirtuadas. Para el efecto, se instará a la familia para que brinde el apoyo y la información que requiera la EPS al respecto.

109. Además, la Corte encuentra necesario que la EPS garantice el entrenamiento a la persona contratada por la familia o a sus miembros que asumen el rol de cuidadores de la señora *Lucía*, como su nieto *Andrés*, si esta así lo desea, para que puedan continuar realizando estas labores de forma idónea, en el tiempo en que no será asistida por una persona cuidadora externa a cargo de la EPS. Esto, ya que el hecho de que el cuidado primario de un paciente no exija conocimientos o experticia técnica o profesional no implica que las personas a cargo de suministrarlo no deban recibir entrenamiento o capacitación^[183].

110. Ahora, en lo que tiene que ver específicamente con el **servicio de enfermería domiciliaria**, la Corte encuentra que no es procedente su reconocimiento en atención a las valoraciones médicas que aportó la EPS. No obstante, se deben hacer algunas advertencias respecto a la actuación de la accionada durante el trámite constitucional y la evolución de la historia clínica de la demandante. La primera, se relaciona con la falta de diligencia de la accionada por su silencio durante el trámite de la acción de tutela y la demora para realizar la valoración que ordenó el juez de tutela en segunda instancia, lo que refleja las deficiencias y omisiones que afectaron la garantía oportuna de los derechos fundamentales de la accionante. La segunda, responde al evidente deterioro de salud de la paciente y, en ese orden, a la necesidad de identificar si ella requiere de apoyo médico especializado, ya que, de la documentación aportada por las partes en respuesta al auto de pruebas, se observan



anotaciones respecto del suministro de medicamentos, de oxígeno y de otro tipo de controles asociados a temas de salud, como la realización de terapias respiratorias y físicas de forma periódica.

111. Por ello, esta Corporación confirmará la decisión de primera instancia en cuanto amparó el derecho a la salud de la accionante en su faceta de diagnóstico, con la finalidad de que la EPS evalúe la necesidad de la prestación del servicio de enfermería domiciliaria y, en dado caso, su intensidad y periodicidad. En caso de que el profesional concluya la necesidad de prestar este servicio, la EPS deberá garantizarlo de manera inmediata. En caso contrario, la accionada deberá realizar evaluaciones periódicas ante el evidente deterioro de la condición de salud de la accionante.

8.2. SOBRE LA ASIGNACIÓN DE UN NUTRICIONISTA Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y TERAPIA FÍSICA A DOMICILIO

112. En relación con los servicios médicos que la accionante reclama de la EPS y la IPS en el escrito de tutela, tales como la asignación de cita con un médico nutricionista y la prestación oportuna y periódica de atención médica, exámenes laboratorios y terapias físicas a domicilio, se debe advertir que estos requieren de la prescripción del médico tratante que incluya su prestación en el domicilio. Al efecto, se debe contar con un concepto médico sobre la idoneidad del lugar en el que deben prestarse dichos servicios^[184].

113. Sobre el particular, se debe advertir que en el expediente no se aportaron órdenes pendientes de autorizar o programar en relación con los servicios solicitados. En este punto, la accionante no desconoció que ha recibido dichos servicios. Por el contrario, se observa la prestación de los servicios domiciliarios prescritos por el Centro Médico Crecer en noviembre de 2024 en relación con la terapia física integral y enfermería para el retiro de puntos, así como valoraciones por fonoaudiología^[185] y nutricionista^[186].

114. El reproche de la accionante consiste en que su prestación no ha sido oportuna, pues se han presentado períodos de tiempo en los que no cuenta con la respectiva valoración y órdenes para continuar recibiendo esos tratamientos^[187]. Según el relato de la paciente, esta



situación se presentó recientemente, pues no recibió tratamiento durante un mes por demoras administrativas^[188].

115. Ahora, en la documentación incorporada en el expediente, se advierte que: (i) la señora *Lucía* fue atendida por un profesional especialista en nutrición para verificar si la accionante tiene trastorno de deglución. En este punto, en la última valoración aportada por la EPS se registra una orden de servicios de fonoaudiología dos veces por semana en el domicilio, ya que persiste diagnóstico de disfagia^[189] y, (ii) en el mismo documento, se advierten órdenes para valoraciones por ortopedia, cardiología, medicina física y rehabilitación y laboratorios de control domiciliarios^[190].

116. Así las cosas, esta Corporación encuentra que (i) los servicios pretendidos por la accionante están incluidos dentro del PBS^[191], (ii) no se presentaron órdenes de médico tratante relacionadas con los servicios reclamados con el escrito de tutela y, (iii) se allegaron prescripciones de diferentes medicamentos y servicios prescritos durante el trámite de la acción constitucional, los cuales han sido autorizados, programados y realizados.

117. No obstante, la EPS accionada no desvirtuó ni hizo referencia alguna a las demoras sobre la prestación de ciertos servicios, según lo referido por la accionante durante el trámite de la acción. Además, esta Corporación advierte indicios de la afectación y la disminución de las condiciones de salud de la señora *Lucía*, quien alegó que no ha recibido una valoración oportuna para continuar con sus terapias para que su situación médica se mantenga estable. A ello se suma que, de los documentos aportados por la EPS, sí existió una solicitud de valoración por nutrición del 15 de noviembre de 2024^[192] que pudo prestarse solo hasta el 11 de marzo de 2025^[193]. En ese orden, ante el evidente deterioro de la salud de la accionante y que la EPS accionada no demostró haber prestado los servicios de manera oportuna, continua y de forma integral, la Corte le ordenará a la EPS que realice una valoración técnico-científica integral de la accionante para definir el plan de atención que la misma requiere, como garantía del derecho a la salud en su dimensión de diagnóstico. Esta evaluación deberá ser realizada por el médico tratante de la paciente, y deberá incorporar el análisis de la inclusión de la paciente a un programa de atención médica domiciliaria con los servicios de visitas médicas, toma de laboratorios clínicos, terapias y demás servicios médicos que pueda requerir.



8.3. SOBRE EL TRATAMIENTO INTEGRAL SOLICITADO POR LA SEÑORA LUCÍA

118. Finalmente, se confirmará el fallo de tutela proferido por el juez de primera instancia y confirmado por el juez de segunda instancia en cuanto le ordenó a la EPS prestar el tratamiento que requiere la paciente de forma integral, en consideración a la condición de vulnerabilidad de la accionante antes descrita, por su avanzada edad y las enfermedades que le han diagnosticado, situación que demanda una atención continua, reforzada y prevalente por parte de la EPS.

119. Al respecto, se debe advertir que en sede de revisión la accionante explicó la negligencia en la que incurrió la EPS en el cumplimiento de sus deberes, particularmente, por demoras en la autorización y en la entrega de medicamentos, a lo que se suma a la demora que se alegó para valorar la necesidad de suministrar las terapias mencionadas en el capítulo anterior y para la entrega de pañales. En particular, la accionante manifestó en sus dos respuestas a los autos de pruebas, y las visitas que realizaron el ente territorial y el juzgado comisionado, que constantemente debe adquirir medicamentos por su cuenta para preservar su estabilidad.

120. Sobre la materia, la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena en su respuesta al auto de pruebas anotó que “la EPS Mutual Ser no viene cumpliendo a cabalidad con el suministro oportuno de los medicamentos, y la continuidad de algunos servicios como la atención por medicina interna, fisioterapia, respiratoria y suministro de pañales desechables”^[194]. Además, esta Corporación constató en la documentación aportada por las partes que: (i) medicamentos como carvedilol, dapagliflozina, xarelto (rivaroxabán) o levotiroxina, e insumos como pañales, no presentan la misma frecuencia de entrega^[195], lo que indica problemas en la continuidad de la prestación de estos elementos, y, (ii) el médico tratante prescribió las soluciones oftalmológicas de timolol 0.5% y latanoprost 0.005%, al encontrar que estos medicamentos no tenían fórmula médica vigente^[196].

121. De esta manera, se encuentran probadas las demoras que adujo la accionante, así como el riesgo que representa para su salud, y la necesidad de que la EPS realice este tipo de valoraciones médicas de forma integral y periódica, para garantizar la continuidad 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



prestación de estos servicios. Con ello, se encuentran acreditadas las reglas contempladas en la jurisprudencia constitucional para acceder a este tipo de pretensión.

122. En consecuencia, la Corte precisará el fallo de tutela para ordenarle a la EPS que otorgue un tratamiento integral a favor de la accionante, en atención a los diagnósticos que cobijan esta protección. Esto es necesario, ya que de la historia clínica de la paciente se evidencia que desde el momento de interposición de la acción de tutela hasta la fecha han aumentado las enfermedades diagnosticadas.

123. Por último, con miras a apoyar el cumplimiento de las órdenes impartidas, esta Corporación: (i) solicitará a la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena^[197] y a la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar^[198], que en el marco de sus competencias acompañen y hagan seguimiento al cumplimiento integral de esta sentencia; (ii) desvinculará al centro médico Crecer Ltda., dado que dicha entidad no vulneró los derechos fundamentales de la señora *Lucía* en este caso y su actuación no es estrictamente necesaria para el cumplimiento de las órdenes que se proferirán y, (iii) reiterará los llamados que esta Corporación ha realizado al Gobierno nacional y al Congreso de la República con miras a establecer medidas para garantizar el derecho al cuidado de manera progresiva, y en este sentido a avanzar en la redistribución de responsabilidades y el desarrollo e implementación de una política integral de cuidado y de los sistemas de cuidado^[199].

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia del 14 de enero de 2025, emitida por el Juzgado 007 del Circuito de Cartagena, Bolívar, que confirmó parcialmente la sentencia emitida por el Juzgado 013 Civil Municipal de Cartagena, en cuanto amparó los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de la señora *Lucía* y, **ADICIONAR** dicho fallo en el sentido de **AMPARAR** el derecho al cuidado de la accionante.

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



SEGUNDO. **ADICIONAR** el numeral **TERCERO** del fallo de tutela proferido en segunda instancia, en el sentido de **ORDENAR** a Mutual Ser EPS que garantice el servicio de cuidador a la señora *Lucía*, de manera inmediata y sin dilaciones injustificadas, en jornadas diarias de doce (12) horas, mientras subsistan los supuestos que determinan su procedencia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva. Se mantiene el numeral en cuanto Mutual Ser EPS debe garantizar el servicio de enfermería domiciliaria de manera inmediata y sin dilaciones injustificadas, en el evento en que el médico tratante determine su pertinencia.

TERCERO. **ORDENAR** a Mutual Ser EPS que, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia, confirme con la señora *Lucía* su interés en capacitar a la persona contratada como su cuidadora y de ser el caso, suministre el entrenamiento adecuado para asumir su cuidado primario durante el tiempo en el que el servicio de cuidador no sea suministrado por le EPS.

CUARTO. **ADICIONAR** el numeral **SEGUNDO** del fallo de tutela proferido en segunda instancia, para **ORDENAR** a Mutual Ser EPS que, en los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia, realice una valoración médica integral e interdisciplinaria a la señora *Lucía*, para que determine la necesidad de incluirla en un programa de atención domiciliaria que comprenda los servicios de visitas médicas, toma de laboratorios clínicos, terapias y demás tecnologías que requiera la paciente. De resultar esta inclusión procedente, Mutual Ser EPS deberá garantizar los servicios y tecnologías que se prescriban en el marco de este programa sin dilaciones.

QUINTO. **ADICIONAR** el numeral **PRIMERO** del fallo de tutela de segunda instancia que confirmó el numeral **TERCERO** de la providencia de tutela dictada por el dictada por el juez de primera instancia el 19 de noviembre de 2024, que le ordenó a Mutual Ser EPS garantizar un tratamiento integral a la señora *Lucía*, para establecer que: **(i)** esta orden cubre todos los servicios y tecnologías médicas que sean necesarias para el tratamiento de los siguientes diagnósticos: glaucoma no especificado, hernia hiatal, fibrilación y aleteo auricular, hipotiroidismo en suplencia, hipertensión arterial crónica, insuficiencia respiratoria aguda, disnea, insuficiencia cardíaca no especificada, insuficiencia renal crónica no especificada, neumonía multilobar, incontinencia urinaria neurogénica, disfagia orofaríngea, trastornos del sueño, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) y limitación locomotora moderada de la señora *Lucía*, conforme las órdenes médicas que



prescriba su médico tratante y, **(ii)** la EPS accionada debe hacer seguimiento a la evolución del estado de salud de la accionante, por lo que se deben incluir evaluaciones periódicas integrales para determinar la necesidad de asignar turnos de auxiliar de enfermería domiciliaria.

SEXTO. SOLICITAR a la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de Cartagena y a la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, que en el marco de sus competencias acompañen y hagan seguimiento al cumplimiento integral de esta sentencia.

SÉPTIMO. DESVINCULAR del proceso de la referencia al centro médico Crecer Ltda.

OCTAVO. REITERAR el **EXHORTO** al Congreso de la República efectuado por esta corporación en la Sentencia T-011 de 2025, para que establezca y desarrolle una política integral de cuidado que incluya los distintos aspectos generales de este derecho que la jurisprudencia constitucional ha descrito o establecido, de modo que esta comprenda avances en la determinación del alcance del principio de corresponsabilidad y de una oferta que atienda a las distintas necesidades y capacidades de la población. Esto, con miras lograr de manera progresiva la realización de este derecho.

NOVENO. REITERAR los **EXHORTOS** al Gobierno nacional realizados por esta Corte en las sentencias T-583 de 2023; T-446 y T-150 de 2024 y, T-011 y T-199 de 2025, para que, a través de la Vicepresidencia de la República; el Ministerio de Igualdad y Equidad, o quien haga sus veces, y el Ministerio de Salud y Protección Social, participe de las iniciativas normativas relacionadas con una política integral de cuidado y tome las medidas necesarias para garantizar el cuidado como derecho en todo el territorio, entre otras, reconociendo la necesidad de redistribuir responsabilidades. En el marco de esa participación y en el diseño, adopción e implementación de estas medidas, se insta a atender la importancia de establecer el alcance del principio de corresponsabilidad y, las necesidades y capacidades diversas de las personas con necesidades de cuidado y sus familias.

DÉCIMO. Por Secretaría General, **LÍBRESE** la comunicación a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.



2.NORMATIVA

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. LEYES



2.1.1. Ley 2564 de 2026

por medio del cual se crean medidas de sensibilización, visibilización, prevención, protección, atención frente a la salud mental y la violencia del entorno digital en los niños, niñas y adolescentes, se modifican y adicionan los artículos 3°, 30, 31 de la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear medidas de sensibilización, visibilización, prevención, protección y atención frente a la salud mental en el entorno digital ante hechos de violencia, las cuales se constituyan como una garantía para salvaguardar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en el ordenamiento jurídico interno y brindar políticas públicas esenciales que cumplan con su correcta materialización.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley rige en todo el territorio nacional y será aplicable a la protección de toda persona, en especial los niños, niñas y adolescentes.

Serán actores responsables sobre la sensibilización, cuidado y protección de los menores y la sociedad civil, el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será acompañado desde el marco de sus competencias por los Ministerios de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y la Policía Nacional o quienes hagan sus veces, así como las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales.

Estos actores darán cumplimiento a las funciones establecidas en la presente ley para lo cual podrán elaborar informes, convocar audiencias, presentar denuncias ante los organismos competentes, crear y divulgar líneas de atención, emitir conceptos frente a una red o hechos que requieran una pronta atención y demás acciones a que haya lugar.

Parágrafo. Las entidades responsables deberán establecer protocolos de colaboración interinstitucional, para asegurar la coordinación eficiente de las medidas adoptadas, y asegurar el cumplimiento de sus funciones en un marco claro, estructurado y transparente.

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



CAPÍTULO I. Marco General

Artículo 3°. Salud mental. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 3°. Salud mental. La salud mental se define como un estado de bienestar que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, el cual permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, un asunto prioritario de salud pública, un bien de interés público y un componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Violencia en el entorno digital. La violencia en el entorno digital se define como las acciones que buscan generar un daño particular en la salud mental, física y emocional de cualquier persona afectando sus derechos y libertades a través del uso inapropiado de internet y/o medios digitales.

Los escenarios digitales pueden ser correo electrónico, aplicaciones de mensajería, redes sociales, videojuegos, aplicaciones de citas y en general, los espacios en los que se puedan publicar contenidos, como foros, blogs, páginas web.

Artículo 5°. Principios. Se aplicará de forma integral y progresiva el desarrollo e interpretación de la presente ley, de conformidad con los siguientes principios:

a) Derecho a preservar la salud mental. Toda persona y en especial los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a gozar de su salud mental, para ello, le corresponde al Estado diseñar, adoptar y evaluar las medidas y políticas públicas de atención y prevención, evitando generar algún daño o perjuicio a los sujetos de especial protección,



asimismo garantizará el acceso a las rutas de prevención, atención y protección cuando los riesgos o amenazas provengan de terceros.

b) Derecho a no ser víctima. Toda persona y en especial los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a no ser víctimas de la violencia en los entornos digitales. Las acciones, esfuerzos institucionales y políticas públicas del Estado en materia de salud mental y violencia en el entorno digital deberán dar prevalencia en todo momento a las acciones anticipatorias y preventivas del daño, reconociendo que es antes de la ocurrencia del hecho dañino, cuando mayores beneficios se pueden alcanzar.

c) Principio de Corresponsabilidad. La sociedad y la familia son responsables de proteger a los niños, niñas y adolescentes contribuyendo a la eliminación de la violencia. El Estado es responsable y está en la obligación de prevenir, investigar, orientar y atender cualquier tipo de violencia en contra de los menores de edad.

d) Derecho al acceso a la información y al consentimiento informado en materia de salud mental. Las personas tienen derecho a estar informadas, recibiendo o difundiendo cualquier información contenida en el entorno digital, exceptuando los datos privados, sensibles o que atenten contra la salud mental.

e) Derecho a la no discriminación en el acceso a la salud mental. El Estado, en cabeza del Gobierno nacional, tiene la obligación de garantizar de forma inmediata los derechos de los usuarios independientemente de sus circunstancias económicas, sociales o culturales como su etnia, orientación sexual, creencia o edad.

f) Derecho al acceso a los servicios de salud mental. Corresponde al Estado comunicar y transmitir una asistencia de servicios de salud con niveles y estándares de calidad definidos, donde se promueva un modelo integral en favor de los niños, niñas y adolescentes.

g) Participación de usuarios y familias en las políticas públicas. En un marco de corresponsabilidad, las personas tienen derecho a recibir ayuda y a ayudar a otras a lograr las metas que fueron establecidas por el Gobierno nacional; de tal forma que, a través de su voz y cooperación, puedan aportar a la creación de acciones planeadas



para el cuidado y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a los tipos de violencia existentes en el entorno digital.

h) Financiamiento, calidad u organización de los servicios prestados por parte del Gobierno nacional. El Estado a través del Ministerio de Salud podrá dirigir, coordinar y definir los objetivos y disposiciones relacionados con los programas, políticas y proyectos referentes al patrocinio en los sistemas de prevención, protección y atención en la salud de las menores.

Artículo 6°. Tipos de violencia digital. Son tipos de violencia digital las siguientes:

- a) Grooming – acoso virtual de menores de edad: Conducta realizada por un mayor de edad que, intencionalmente y haciéndose pasar por un igual, engaña a un menor de edad con la finalidad de generar confianza para solicitar fotos o videos de contenido sexual a través de medios digitales, redes sociales o cualquier otro medio de información, comunicación o sistema informático y tecnológico y/o generar encuentros presenciales con finalidades de acoso.
- b) Sexting o envío de contenido sexual: Remitir voluntariamente contenido digital íntimo (imágenes, videos, textos o contenido similar) a otras personas por medio de internet.
- c) Sextorsión: Para obtener o al obtener contenido privado de la víctima se utiliza el chantaje como forma de constreñimiento para forzar la entrega de dinero, bienes o cualquier otro tipo de provecho ilícito, como medio para evitar la publicación del contenido.
- d) Stalking: Conductas obsesivas de acoso o intimidación por parte de una persona con la intención de causar miedo de forma reiterada a otra.
- e) Ciberacoso o cyberbullying: Consiste en comportamientos repetitivos de hostigamiento, intimidación y exclusión social hacia una víctima a través de mensajes, imágenes o vídeos, que pretenden dañar, insultar, humillar o difamar.
- f) Happy slapping: Conducta que consiste en la grabación de una agresión, física, verbal o sexual hacia una persona, que se difunde posteriormente mediante las tecnologías de



comunicación. La agresión puede ser publicada en una página web, una red social, una conversación a través del teléfono móvil (Whatsapp, Messenger, etc.)

Parágrafo. Las definiciones de violencia comprendidas en el presente artículo, en ningún caso pueden interpretarse en sentido restrictivo ni taxativo, como excluyentes de hechos considerados como violencia digital, se entenderán sin perjuicio de otras que se identifiquen en la literatura científica y/o en la normativa nacional.

CAPÍTULO II.

Medidas de promoción de la Salud Mental y sensibilización frente a la Violencia en el Entorno Digital.

Artículo 7°. Medidas de promoción y sensibilización. El Estado promoverá la adopción a nivel nacional y territorial de una cultura de la salud mental, reconociendo su valor e importancia para el desarrollo integral de la persona. En relación con los niños, niñas y adolescentes, las autoridades que tienen a su cargo formular o implementar políticas públicas deberán identificar y valorar, de acuerdo al rol de aquellos, las formas de protección de los derechos de sus derechos independientemente del sexo, etnia o edad, de la siguiente manera:

a) El Gobierno nacional:

1. Aplicará y actualizará estrategias nacionales para formular planes y programas de acción con la finalidad de prevenir y advertir los tipos de violencia en el entorno digital.
2. Acatará, dentro de los límites de la autonomía soberana del Estado, la supremacía constitucional y en obediencia de la división del poder público, las instrucciones y sugerencias de los organismos internacionales conforme a los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes para ponerlas en práctica en el ordenamiento jurídico colombiano.
3. Implementará dentro de los planes de sensibilización y prevención las situaciones de stalking, grooming, sexting, sextorsión, ciberacoso o cyberbullying, happy slapping, o cualquier otra forma de violencia en el entorno digital contra los menores de edad.

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. Desarrollará proyectos de prevención y atención para los niños, niñas y adolescentes con ayuda de las entidades prestadoras de salud y las instituciones educativas para exponer las causas y consecuencias a las que los niños, niñas y adolescentes pueden estar expuestos en materia de salud mental y violencia, así como las precauciones pertinentes para evitarlas.

5. Capacitará a las autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales frente a los nuevos medios de violencia en el entorno digital, con el fin de identificar a temprana hora los posibles riesgos a los cuales los menores pueden estar expuestos ante una vulneración de derechos.

6. Las entidades que se encuentran involucradas en las acciones derivadas de la presente ley suministrarán la información que obtengan relacionada con la violencia del entorno digital para poder aportarla al sistema de información que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de realizar su respectivo monitoreo y seguimiento.

7. Evaluará anualmente la vigencia, eficacia y utilidad de las medidas establecidas en la política por las variaciones del avance del entorno digital.

b.) Departamentos y Municipios:

1. Dentro de los planes estratégicos departamentales y municipales deberá existir un capítulo que incluya medidas de prevención, protección y atención en los niños, niñas y adolescentes conforme a problemas de salud mental y violencia en el entorno digital.

2. La violencia en el entorno digital contra los menores de edad, así como su prevención y atención, se incorporará en las agendas de los Consejos para la Política Social.

3. La información y análisis que se genere y recaude dentro de los departamentos y municipios se podrá agregar al conjunto de datos del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 8°. Medidas educativas. El Ministerio de Educación, para el cumplimiento de la presente ley, tendrá a su cargo:

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. Guiar a las instituciones educativas para cuidar y respetar los Derechos del Niño al momento de formar a los niños, niñas y adolescentes presentando las medidas para prevenir y proteger la salud mental y la violencia del entorno digital.
2. Fomentar políticas de capacitación, de sensibilización, prevención, protección y atención en salud mental y violencia del entorno digital, particularmente en docentes, coordinadores, orientadores, estudiantes y padres de familia.
3. Proyectar campañas para el fortalecimiento de las capacidades socioemocionales y ciudadanas en la comunidad educativa.

Parágrafo. Las instituciones de educación preescolar, básica y media, sean públicas o privadas, deberán incluir en sus protocolos de atención la ruta de manejo para los casos de ciber acoso o ciberbullying, de manera que se garantice una atención oportuna y diligente para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 9°. Obligaciones de la sociedad civil. Conforme a la corresponsabilidad determinada en la Constitución Política, la sociedad civil tiene la posibilidad de reconocer y promover las medidas necesarias para proteger la salud mental de los menores de edad y eliminar la violencia en el entorno digital. En ese sentido, cualquier miembro de la sociedad podrá:

1. Participar en las políticas públicas que estén relacionadas con la identificación, cumplimiento, evaluación o control de las acciones destinadas a la protección o garantía de los derechos de los menores de edad.

Así como deberá:

2. Denunciar ante las autoridades competentes cualquier tipo de violencia digital que vulnere o afecte los derechos de los niños, niñas y adolescentes. 3. Evitar la promoción o despliegue de cualquier acción o comportamiento que lesione el bienestar mental, físico o emocional de los niños, niñas y adolescentes a través de las plataformas digitales.

CAPÍTULO III.

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



Medidas de Prevención, Protección y atención frente a la Salud Mental y la Violencia del Entorno Digital.

Artículo 10. Medidas de prevención, protección y atención frente a la violencia del entorno digital. El Gobierno nacional en cabeza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio Público y demás autoridades de que trata el artículo 2° de la presente ley, establecerán un plan de acción con plazos y responsables claramente definidos para la implementación de las siguientes acciones de política pública, como formas de salvaguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

A. Medidas de prevención.

1. Incentivar el autocuidado a través de la información que permita a niñas, niños y adolescentes detectar alertas y contar con mejor preparación ante situaciones de riesgo que puedan suceder en el entorno digital.
2. Promover a través de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones - TICS las líneas de atención existentes para que la sociedad, la familia y los menores de edad puedan conocer y acceder a las redes de apoyo que brinda el Gobierno Nacional.
3. Desarrollar estrategias para la formación de padres, cuidadores y/o tutores orientadas al reconocimiento de uso crítico, consciente y responsable de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la información pertinente de acuerdo a la edad de los niños, niñas y adolescentes en sus propios idiomas o en otras lenguas.
4. Coordinar campañas y procesos de difusión y concientización sobre la existencia de configuraciones de privacidad en los terminales de acceso tales como tabletas, celulares o computadores, con la finalidad de cuidar el contenido digital que consumen los niños, niñas y adolescentes.
5. Impulsar la creación de bibliotecas en línea para el acceso público.
6. Desarrollar en alianza con el sector privado programas, mecanismos y estrategias que promuevan entornos digitales seguros a través del etiquetado inteligente de contenidos

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



digitales, su estandarización y clasificación por edades, y los mecanismos de verificación de edad, con el fin de facilitar la detección de contenidos potencialmente perjudiciales.

7. Promover el uso de mecanismos de control parental que procuren proteger a menores de edad del riesgo de exposición a contenidos y contactos nocivos, así como de los mecanismos de denuncia y bloqueo.

B. Medidas de Atención.

1. Desarrollar canales accesibles y seguros de denuncia contra conductas relacionadas con violencia digital.

2. Promover estrategias y programas dirigidos a la recuperación física y psicológica y la reintegración social de niños, niñas o adolescentes víctimas de violencia digital.

C. Medidas de Protección.

1. Dar los lineamientos a las autoridades administrativas competentes, para la imposición de medidas de protección en el marco de las denuncias recibidas por violencia digital.

Las autoridades administrativas en los procesos de restablecimiento de derechos podrán dictar medidas de protección del derecho a la intimidad de los menores, ordenando retirar la información o datos sensibles que afecten su dignidad.

Artículo 11. Protocolo y la ruta de atención a víctimas de violencia digital. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) elaborará y divulgará el protocolo contra la violencia digital y las rutas para la denuncia, atención y protección de niñas, niños y adolescentes víctimas de estas conductas o delitos realizados a través de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Los protocolos y procedimientos de la ruta de atención integral deberán considerar como mínimo los siguientes postulados:

a) Los mecanismos existentes en el territorio nacional y líneas de atención para el reporte de casos y denuncias.

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



b) Las autoridades administrativas y judiciales competentes para recepcionar y reportar los casos y denuncias por conductas de violencia digital o delitos relacionados. Entre otros, la policía nacional, las defensorías de familia, las comisarías de familia o en su defecto, los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales.

c) Acciones para restablecer y garantizar el estado de bienestar del menor.

Parágrafo 1°. Toda persona, física o jurídica, que advierta la existencia de contenidos disponibles en plataformas digitales que constituyan una forma de violencia contra cualquier niño, niña o adolescente, está obligada a comunicarlo a la autoridad competente, y si los hechos pudieran ser constitutivos de delito a presentar denuncia ante la Fiscalía General de la Nación.

Parágrafo 2°. Ruta de atención en entornos escolares. Las conductas constitutivas de violencia digital contra niños, niñas y adolescentes en entornos escolares activarán la ruta de atención integral para la convivencia escolar en los términos de la normatividad vigente.

Artículo 12. Medidas de atención y de protección de la salud mental en el entorno digital. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de las entidades públicas y privadas de salud podrán, además de las funciones señaladas en la ley:

1. Actualizar las guías y protocolos de acciones de acuerdo a los casos de salud mental por motivos de violencia en el entorno digital. La actualización deberá realizarse como mínimo una vez al año, y ordenará las acciones de atención necesarias, así como las responsabilidades de los actores para afrontar los principales factores de riesgo originados en el entorno digital como causas de trastornos y afectaciones a la salud mental.
2. Ajustar e incluir en el Plan Decenal para la Salud Pública el documento de atención para la salud mental conforme a la promoción y atención de las menores víctimas de la violencia digital.
3. Considerar en los proyectos nacionales, departamentales, distritales y municipales una sección acerca de la prevención e intervención en la salud mental y la violencia del entorno digital.

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. La asignación de recursos a favor de las medidas de sensibilización, prevención, protección, atención de la salud mental y violencia del entorno digital en los niños, niñas y adolescentes, será determinada en el Plan Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV.

Autoridades responsables en atención a la Salud Mental y Violencia del Entorno Digital

Artículo 13. Responsabilidad en la atención de salud mental y prevención en el entorno digital. El Estado en su conjunto a través de todas las autoridades, serán responsables de ofrecer un servicio óptimo a la hora de salvaguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 14. Equipo interdisciplinario. Dentro del equipo apropiado para prestar los servicios de salud en prevención, protección y atención en la salud mental por la violencia del entorno digital, se podrá encontrar a psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos generales, enfermeros, terapeutas ocupacionales entre otros profesionales, para que de acuerdo a la situación en la que se encuentren los menores de edad puedan obtener un cuidado adecuado sin desproteger su dignidad humana y sus derechos fundamentales.

Artículo 15. Ruta de atención en la vulneración al derecho de la salud mental. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) implementará una ruta ágil que permita la atención inmediata en servicios de salud mental para el menor de edad que se encuentra ante una vulneración de derechos.

Parágrafo. En procura de este propósito se deberá considerar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad establecida en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas en las cuales se garantice el acceso a la salud sin ninguna discriminación, cumpliendo con la ética médica y contando con personal capacitado.

Artículo 16. Consejo Nacional de Salud. Es la autoridad competente para analizar y evaluar las funciones dictadas en la presente ley respecto a la Política Nacional de Salud y el Plan Decenal para la Salud Pública con la ayuda del equipo interdisciplinario en las medidas de sensibilización, prevención, protección y atención frente a la salud mental y la violencia del entorno digital en los niños, niñas y adolescentes.

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 17. Seguimiento de evaluación. Las autoridades responsables en atención a la salud mental y violencia del entorno digital remitirán sus conceptos anualmente al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de investigar y estudiar el porcentaje de actuaciones ejercidas en el sector salud, así como también evaluar los resultados e impacto en la disminución de la violencia del entorno digital a partir de las medidas implementadas.

Artículo 18. Funciones del Consejo Nacional de Salud. Adiciónese un numeral sexto al artículo 30 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

6. Examinar los datos recopilados frente al manejo en sensibilización, prevención, protección y atención de la salud mental respecto a la violencia del entorno digital, con el objetivo de salvaguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y evaluar o proyectar nuevas acciones en las formas de atención en las entidades de salud. Todo dentro del marco legal de la protección de datos personales.

CAPÍTULO V.

Indicadores en políticas públicas frente a la salud mental y violencia del entorno digital

Artículo 19. Adiciónese un párrafo al artículo 31 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Parágrafo. Corresponderá al Ministerio de Salud y Protección Social incluir y aplicar dentro de la Política Nacional de Salud Mental las medidas de sensibilización, prevención, protección y atención frente a la violencia del entorno digital en los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta la identificación de las necesidades de los menores, el conocimiento en la estructura del servicio público y privado de las entidades de salud junto con la determinación de modificar o potenciar los mismos, para brindar una mayor protección en los derechos.

CAPÍTULO VI.

Disposiciones Finales

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 20. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control frente al cuidado y protección de la salud mental quedará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones brindará acompañamiento en el componente de la sensibilización frente a los riesgos generados en entornos digitales.

Artículo 21. El Gobierno nacional tendrá un plazo máximo de seis (6) meses contados desde la entrada en vigencia de la presente ley para crear y poner en funcionamiento las rutas y medidas de sensibilización, prevención, protección y atención frente a la salud mental y violencia del entorno digital.

Artículo 22. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Publíquese y cúmplase.



2.2 RESOLUCIONES

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



2.2.1 Resolución 0010 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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 49 de la Constitución Política, el numeral 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, los artículos 5, 6 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025 y

CONSIDERANDO

Que, el artículo 49 de la Constitución Política reconoce la salud como un derecho fundamental y un servicio público esencial, cuya organización, dirección, regulación y control corresponde al Estado, y dispone que es responsabilidad de las autoridades públicas garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.

Que, el artículo 48 de la Constitución Política establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, cuya dirección, coordinación y control corresponde al Estado, en los términos que establezca la ley, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad y sostenibilidad financiera.

Que, por su parte, el artículo 67 superior establece que la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social con la que se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. Así mismo formará en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia, en la práctica del trabajo como componente esencial del proceso educativo.

Que, sin perjuicio del deber del Estado de garantizar la formación del talento humano en salud y de adoptar medidas que aseguren condiciones dignas durante el internado médico, la Constitución Política establece límites y reglas en materia presupuestal, orientados a garantizar la sostenibilidad fiscal y la legalidad del gasto público.

Que, en ese sentido, el artículo 345 de la Constitución Política dispone que no podrá hacerse erogación con cargo al Tesoro que no haya sido decretada por el Congreso de la República, 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



Asambleas Departamentales o los Concejos Distritales o Municipales, y el artículo 346 ibidem consagra el principio de anualidad presupuestal, conforme al cual todo gasto público debe estar incluido en el Presupuesto General de la Nación del respectivo año fiscal.

Que, de conformidad con el artículo 365 de la Constitución Política, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y corresponde a este asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional, mediante la regulación, control y vigilancia de quienes los presten.

Que, el artículo 1 de la Ley 30 de 1992 señala que la educación superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional.

Que por su parte, la Ley 14 de 1962 estableció el internado médico obligatorio como requisito indispensable para la obtención del título de médico, el cual debe realizarse en instituciones de salud debidamente autorizadas, bajo un esquema de formación práctica supervisada, como parte integrante del proceso educativo en medicina.

Que, el Decreto Ley 1295 de 1994 determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, en particular lo relacionado con las prestaciones asistenciales y económicas de sus afiliados.

Que, la Ley 489 de 1998 a través del artículo 41 establece que, en el orden nacional, los ministros y directores de departamento administrativo orientan y coordinan el cumplimiento de las funciones a cargo de las entidades descentralizadas que les estén adscritas o vinculadas o integren el Sector Administrativo correspondiente.

Que, el numeral 3 artículo 59 de la misma Ley, reconoce como función de los Ministerios, cumplir las funciones y atender los servicios que les están asignados y dictar, en desarrollo de la ley y de los decretos respectivos, las normas necesarias para tal efecto. A su vez, el numeral 4 dispone que deben preparar los anteproyectos de planes o programas de inversiones y otros desembolsos públicos correspondientes a su sector y los planes de desarrollo administrativo del mismo.

Que de acuerdo al artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, la rectoría del sector salud, que comprende la dirección, orientación y conducción, está en cabeza de este Ministerio.

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, por su parte, el Decreto Ley 4107 del 2011 a través del artículo 1 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tiene como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la Política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las Políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

Que, la Ley 1562 de 2012 en el artículo 11 establece las actividades mínimas de promoción y prevención en el Sistema General de Riesgos Laborales por parte de las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales, para sus afiliados.

Que, el Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo, establece en el numeral 4 del artículo 2.2.4.2.2.15 la obligación de los contratantes o empleadores para incluir en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, a las personas que les aplican las normas de Riesgos Laborales.

Que el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025 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, determinando que su pago será efectuado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), requiriéndose en consecuencia, que el Ministerio de Salud y Protección Social, como rector del sector salud y en el marco de sus competencias, establezca las condiciones operativas, administrativas y presupuestales correspondientes para el respectivo pago a los internos de medicina.

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Decreto 1429 de 2016, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES tiene como objeto administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y los demás ingresos que determine la ley así como adoptar y desarrollar los procesos y acciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos de la salud en desarrollo de las Políticas y regulaciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Que, con el objeto de garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de los estudiantes de los programas de pregrado de medicina que se encuentran cursando su último año de formación denominado internado rotatorio es menester dictar disposiciones para la implementación de la correspondiente remuneración.

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, teniendo en cuenta que la operación y puesta en marcha de la remuneración prevista a los internos tiene como fuentes de financiación recursos públicos, los compromisos y pagos estarán sujetos a las apropiaciones presupuestales que en cada vigencia se realicen a través de la ley anual por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones y de las demás posibles fuentes de financiación que puedan determinarse para tal fin.

Que, existen los recursos apropiados y necesarios por parte del Ministerio de Salud y Protección Social aprobados por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para efectuar la remuneración a los internos de medicina dentro de la vigencia del 2026.

Que, atendiendo a los cambios normativos, mediante la Resolución 2388 de 2016, modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017, 3559, 5306 de 2018; 736, 1740, 2514 de 2019, 454, 686, 1438, 1844, 2421 de 2020; 014, 638, 1365 y 1697 de 2021; 261, 939 y 2012 de 2022; 728 y 1271 de 2023; 221, 738 y 2520 de 2024, 467 y 2064 de 2025 se unifican las reglas para el recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA, con el fin de ser aplicados por los aportantes, los operadores de información y las administradoras del Sistema.

Que por lo anterior se hace necesario ajustar la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, para adicionar un tipo de cotizante que permita el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los internos de medicina, en calidad de cotizantes independientes.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 9 del artículo 3º y el numeral 8 del artículo 8º de la Ley 1437 de 2011, el proyecto de resolución fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para observaciones, comentarios o sugerencias de la ciudadanía, periodo dentro del cual no se recibieron por parte de estos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Objeto. Establecer el procedimiento operativo y las especificaciones funcionales para llevar a cabo el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los internos de medicina, así como el reporte, verificación, ordenación del giro, seguimiento, y control de su remuneración mensual, a través del componente que se disponga para tal fin en el sistema de información (RETHUS/SISPRO) y su pago por parte de la ADRES

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.* La presente resolución aplica a:

- a) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas donde se realizan las actividades de Médicos Internos,
- b) Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrezcan programas de pregrado en medicina y reporten estudiantes que realizan el internado rotatorio;
- c) Los estudiantes de los programas de pregrado en medicina que se encuentren cursando el internado rotatorio;
- d) Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES. en lo de su competencia;
- e) Las administradoras de los Sistemas Generales de Pensiones, de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales

Artículo 3. *Definiciones.* Para efectos de la presente resolución se determinan las siguientes definiciones:

1. *Internos.* Para efectos del presente Resolución se entiende por internos a los estudiantes de medicina que se encuentran en la última etapa de su formación académica antes de graduarse como médicos y que cumplen simultáneamente con las siguientes condiciones:

1.1. Estar matriculados en el último año del programa académico de medicina, ofrecido por una institución de Educación Superior (IES) con registro calificado, de conformidad con la información registrada en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) del Ministerio de Educación Nacional.

1.2. Se encuentren desarrollando el internado médico, el cual hace parte integral del plan de estudios, bajo supervisión académica de la respectiva Institución de Educación Superior (IES), conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 14 de 1962.

2. *Remuneración.* Es la asignación mensual que recibe el estudiante interno de medicina como apoyo de sostenimiento educativo en el marco del desarrollo del internado rotatorio que corresponde al último año de formación académica de acuerdo con el plan de estudios establecido por la Institución de Educación Superior en la que se encuentre matriculado.

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



Aquel apoyo tiene como propósito exclusivo facilitar la formación del estudiante y, por tanto, no constituye salario, ni ninguna otra forma de acreencia laboral, ni genera emolumentos o prestaciones sociales de ninguna naturaleza entre el estudiante y la institución prestadora de salud o el Ministerio de Salud y Protección Social.

El pago de este apoyo de sostenimiento educativo no podrá exceder el término de un (1) año de internado rotatorio contemplado en el plan de estudios del programa.

3. Orden de giro. Es la Instrucción emitida por parte del MSPS a la ADRES para la dispersión mensual de recursos a los internos, con base en la validación de información.

4. Novedades. Son aquellos eventos fortuitos, imprevistos o de fuerza mayor que alteran el desarrollo del plan de estudios y el curso normal del internado médico, generando la suspensión, prórroga o finalización del apoyo de sostenimiento educativo. Las novedades se clasifican de la siguiente manera:

4.1. Licencia de maternidad o de Paternidad: son aquellas situaciones que suspenden el cronograma de rotación, de acuerdo a la normatividad vigente, pero garantizan la continuidad del apoyo del SGSSI de conformidad con las disposiciones legales que regulen la materia para estudiantes de salud en formación

4.2. Incapacidades médicas: son los eventos de salud debidamente certificados por la respectiva Empresa Promotora de Salud (EPS) que impiden al interno el cumplimiento de sus actividades académicas y asistenciales.

4.3. Interrupción del periodo académico de conformidad con los reglamentos internos de las IES: es la suspensión temporal del plan de estudios autorizada por la Institución de Educación Superior (IES) por causas de fuerza mayor, caso fortuito o razones personales del estudiante, lo cual generará la suspensión inmediata del pago del apoyo de sostenimiento hasta la reanudación de actividades.

4.4. Cancelación del período académico de conformidad con los reglamentos internos de las IES: es el retiro formal del estudiante del programa o del semestre, lo cual implica la terminación definitiva del pago del apoyo de sostenimiento.

4.5. Sanciones disciplinarias: son las medidas impuestas por parte de la Institución de Educación Superior (IES) o la Institución Prestadora de Servicios de Salud que impliquen 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



suspensión o retiro del estudiante del escenario de práctica, de acuerdo con el reglamento interno de cada institución

4.6. Caso fortuito o fuerza mayor: son los eventos externos (desastres naturales, emergencias sanitarias, cierre de servicios, etc.) que impidan la prestación del servicio en el escenario de práctica.

Parágrafo 1. En caso de presentarse interrupción de que trata los numerales 1, 2 y 3, el estudiante deberá completar el tiempo de formación pendiente para cumplir con el requisito académica, sin que ello implique el pago doble de periodos ya cancelados o que el apoyo de sostenimiento supere el tiempo total establecido en el plan de estudios.

Parágrafo 2. En el evento de la licencia de maternidad o de paternidad, se suspenderá el desembolso del apoyo de sostenimiento educativo por parte de la entidad, toda vez que el estudiante se encontrará bajo el amparo de la prestación económica que para tal fin reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). No obstante, durante el término que dure la licencia, se mantendrá la afiliación y la obligación del interno de medicina de realizar el pago de los aportes a seguridad social que correspondan según la normativa vigente, con el fin de garantizar la continuidad de la cobertura y la protección del estudiante en formación.

Artículo 4. Responsabilidad de los actores: Los actores involucrados en la efectividad del pago de la remuneración mensual a favor de los internos de medicina tendrán las siguientes responsabilidades de acuerdo con sus competencias:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector, es el responsable de formular y adoptar las Políticas, reglamentos y lineamientos generales para la operación del apoyo de sostenimiento educativo. En este marco, le corresponde:

1. Realizar la planeación anual para la disposición de los recursos del mecanismo de financiación conforme a lo establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

2. Disponer, validar y suministrar a la ADRES, o a la entidad que haga sus veces, la información técnica y las bases de datos requeridas para el proceso de recaudo, otorgamiento y giro efectivo de los recursos.

3. Emitir la reglamentación, manuales operativos y ajustes normativos necesarios para el correcto funcionamiento del esquema de remuneración a los estudiantes internos de medicina,

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. Capacitar a los actores que intervienen en el pago de la remuneración a los estudiantes Internos de medicina en el marco de sus competencias, así como en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral
5. Atender las peticiones y/o requerimientos de los interesados, de acuerdo con su competencia.
6. Hacer seguimiento a la operación de la remuneración a los estudiantes internos de medicina y establecer los puntos de control y validación de la información que se registra por parte de las Instituciones de Educación Superior en el sistema de información dispuesto para tal fin
7. Brindar soporte técnico para la operación del pago de la remuneración a favor de los estudiantes internos de medicina; así como para el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
8. Monitorear la operación del pago, establecer puntos de control sobre la información registrada por las Instituciones de Educación Superior (IES) y reportar ante los órganos de control competentes cualquier anomalía detectada en el flujo o uso de los recursos.

2. Estudiantes internos de medicina:

1. Informar oportunamente a los responsables de las prácticas formativas en los escenarios de práctica de los programas académicos de la institución de educación superior en los que se encuentren inscritos, cualquier novedad o situación que pueda estar afectando o que potencialmente pudiese llegar a interferir con el desarrollo de su formación y desempeño en el escenario de práctica correspondiente; adjuntando el respectivo soporte.
2. Realizar la afiliación a los Sistemas Generales de Pensiones, de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales en calidad de independientes, a través de los formularios correspondientes.
3. Realizar de manera oportuna la liquidación y el pago de los aportes a los Sistemas Generales de Pensiones, de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, así como el reporte de las novedades a que haya lugar a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA, de conformidad con las normas que regulan la materia.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



4. Presentar ante la IES el soporte de afiliación y pago de seguridad social integral. Asimismo, gestionar ante la ADRES el recobro de los valores pagados por dicho concepto, siguiendo el procedimiento y los términos que para tal efecto defina dicha entidad.
5. Reintegrar a la cuenta definida por la ADRES los mayores valores girados o pagos indebidos recibidos por concepto de apoyo de sostenimiento educativo, cuando a ello haya lugar por errores en la liquidación o novedades no reportadas.
6. Procurar el cuidado integral de su salud y dar estricto cumplimiento a las recomendaciones de prevención, protocolos de bioseguridad y normas internas del escenario de práctica.
7. Utilizar correctamente los elementos de protección personal suministrados o requeridos para el desarrollo seguro de las actividades del internado médico.
8. Informar de manera inmediata a la IES y al escenario de práctica la ocurrencia de cualquier incidente, accidente o enfermedad presuntamente derivada de las actividades propias del internado.

3. Instituciones de Educación Superior (IES):

1. Registrar y reportar a los estudiantes internos de medicina, sujetos del apoyo de sostenimiento educativo, en el sistema de información que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga para tal fin.
2. Reportar oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social las novedades académicas y administrativas, así como la información necesaria para el trámite de pago del apoyo de sostenimiento, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente resolución.
3. Validar que el estudiante realice los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral en los términos aquí dispuestos, como requisito previo para el reporte de la información de pago.
4. Custodiar y preservar los registros, soportes de afiliación, comprobantes de pago de aportes y demás documentación relacionada con los estudiantes internos y sus novedades, de acuerdo con su sistema de gestión documental y las normas de archivo vigentes.

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. Las instituciones de educación superior podrán designar una persona que verifique el cumplimiento de las condiciones de prevención, higiene y seguridad industrial y de las labores formativas asignadas al estudiante interno de medicina.

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

1. Capacitar al estudiante interno sobre las actividades específicas a desarrollar y los riesgos biológicos, físicos o químicos a los que estará expuesto, instruyéndolo en las medidas de prevención y control para su mitigación.

2. Implementar y poner en práctica las recomendaciones y protocolos que, en materia de prevención de riesgos laborales, imparta la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

3. Informar de manera inmediata cualquier accidente o enfermedad ocurrida con ocasión de la práctica a la institución de Educación Superior (IES), a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) del estudiante.

4. Incluir a los estudiantes internos de medicina en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la institución, promoviendo su participación en las capacitaciones y actividades del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).

5. Supervisar y verificar que el estudiante utilice de forma permanente y correcta los Elementos de Protección Personal (EPP) requeridos para el desarrollo de su práctica.

6. Coordinar con la Institución de Educación Superior acciones conjuntas dentro del SG-SST para asegurar la protección integral y el bienestar de los internos de medicina.

7. Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud en el trabajo necesarios para la operatividad de las actividades de los estudiantes.

8. Acatar las demás disposiciones que en materia de promoción y prevención determinen la IES, la ARL y la normativa vigente que regule la relación docencia-servicio.

5. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):

1. Recaudar y administrar los recursos provenientes de las fuentes de financiación destinados al apoyo de sostenimiento educativo de los estudiantes internos de medicina, garantizando 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



destinación específica, así como de los valores correspondientes a la seguridad social de los mismos.

2. Efectuar con base en la información enviada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el giro del monto correspondiente al apoyo de sostenimiento educativo del respectivo periodo al interno beneficiario directamente.

3. Realizar el reembolso mensual a los estudiantes internos de medicina de los valores pagados por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales), previa verificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA y siguiendo el procedimiento operativo que la ADRES adopte para tal fin.

4. Adoptar e implementar mecanismos de control y auditoría para el giro de los recursos, incluyendo la verificación de estados de cuentas bancarias, validación de identidad de los beneficiarios y control de pagos dobles o indebidos, con el fin de asegurar la transparencia y evitar fraudes al sistema.

5. Gestionar y recibir los reintegros de mayores valores girados o pagos efectuados sin justa causa, de acuerdo con los reportes de novedades o errores de liquidación informados por el Ministerio o las instituciones de Educación Superior.

6. Administradoras de Riesgos Laborales. A las Administradoras de Riesgos Laborales, les corresponde en relación con los estudiantes internos de medicina afiliados en calidad de independientes para efectos de su práctica formativa, el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

1. Garantizar a los estudiantes internos la prestación de los servicios asistenciales y el reconocimiento de las prestaciones económicas a que haya lugar, derivadas de accidentes de trabajo o enfermedades de ocurrencia con ocasión de la práctica médica.

2. Brindar asesoría técnica a las Instituciones de Educación Superior (IES) y a los escenarios de práctica en la identificación de peligros y la evaluación de riesgos a los que se exponen los internos.

3. Desarrollar programas de prevención y promoción de la salud dirigidos específicamente a los riesgos propios del internado médico, con énfasis en el riesgo biológico y psicosocial.

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. Realizar seguimiento a las medidas de control adoptadas en los escenarios de práctica y reportar a las autoridades competentes cualquier incumplimiento que ponga en riesgo la integridad de los estudiantes.

5. Suministrar al Ministerio de Salud y Protección Social o a la ADRES la información que se requiera para validar la afiliación y el estado de cobertura de los internos.

Artículo 5. *Práctica formativa de internos de medicina.* En la realización del internado rotatorio acorde al plan de prácticas formativas de la institución de Educación Superior y en el marco de la relación docencia-servicio, deberán ser tenidas en cuenta las siguientes condiciones mínimas:

1. Pago mensual de un apoyo de sostenimiento educativo no inferior a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) a favor del estudiante, girado directamente por la ADRES.

2. Garantía de las condiciones, medios, insumos y recursos físicos y técnicos requeridos para el adecuado desarrollo del proceso formativo en el escenario de práctica

3. Derecho al reembolso por parte de la ADRES de los valores efectivamente pagados por el interno por concepto de aportes a la Seguridad Social Integral, previo cumplimiento de los requisitos de soporte definidos para el efecto.

4. Derecho a los periodos de vacaciones o descanso contemplados en el reglamento de la IES para el programa académico. Durante estos periodos, el estudiante conservará el derecho a percibir el apoyo de sostenimiento, así como la obligación de realizar el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral,

5. Desarrollo de las actividades conforme al plan de trabajo académico, respetando los espacios, servicios y horarios del prestador de servicios de salud, siempre bajo supervisión docente.

6. La IES deberá reportar formalmente los escenarios de práctica donde el estudiante cumplirá sus rotaciones, asegurando que cuenten con convenios docencia-servicio vigentes.

7. La práctica se desarrollará estrictamente bajo la responsabilidad y términos del convenio docencia servicio suscrito entre la IES y el prestador de servicios de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Parágrafo 1. Salvo en los casos de emergencia sanitaria o desastre declarados, la dedicación del estudiante interno no podrá superar el horario legalmente establecido para estos fines.

Parágrafo 2. Las actividades del internado médico se realizan exclusivamente con fines formativos para la obtención del título de pregrado en medicina con registro calificado vigente. En consecuencia, esta relación es de naturaleza académica y en ningún caso implica vínculo laboral, contractual ni genera relación de empleo público o privado.

Artículo 6. Gestión y reporte de información para el pago de la remuneración. La gestión y reporte de información para el pago de la remuneración tendrá las siguientes fases:

6.1. Fase de alistamiento. La fase de alistamiento se desarrollará durante el mes objeto de reconocimiento y tendrá como finalidad garantizar que los actores intervinientes cuenten con las condiciones técnicas, administrativas y operativas necesarias para el adecuado reporte de información, validación y eventual reconocimiento de la remuneración del interno de medicina. En esta fase deberán adelantarse, como mínimo, las siguientes actuaciones:

1. El alistamiento de las Instituciones de Educación Superior (IES) y de los usuarios responsables ante el sistema de información dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, asegurando la correcta asignación de roles y perfiles de acceso;
2. La inscripción y validación de la IES en el Sistema Integral de información de la Protección Social - SISPRO, o en el componente que el Ministerio disponga para la operación del procedimiento, como requisito previo para el cargue y gestión de información;
3. La habilitación operativa de la IES para realizar el reporte de información, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos técnicos y administrativos definidos por el Ministerio de salud y Protección Social: v
4. La consolidación y verificación preliminar de la información que será objeto de reporte en las fases subsiguientes, incluyendo la información académica, administrativa y de los escenarios de práctica, con el fin de garantizar su integridad, consistencia y oportunidad.

El cumplimiento integral de la fase de alistamiento constituirá condición habilitante para el inicio de la fase de inscripción del interno en el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social para la posterior operación del reconocimiento y giro de la remuneración, así como para el reembolso de los aportes al Sistema de Seguridad Social integral pagados por los internos de medicina.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



6.2. Fase de inscripción del interno de medicina. La fase de inscripción del interno de medicina en el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá adelantarse dentro de los primeros cinco (5) días calendario del mes siguiente al inicio del internado, y estará a cargo de la Institución de Educación Superior (IES) responsable del programa académico.

Para tal efecto, la IES deberá registrar en el sistema de información dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, como mínimo, la siguiente información.

Categoría	Información Requerida
Datos personales del interno:	Tipo y número de identificación del interno
	Nombres y apellidos del interno
Información académica:	Código SNIES programa de medicina
	Fecha de inicio del internado
	Fecha de terminación del internado
Identificación del escenario (Base) de práctica:	Código REPS de la IPS
	Tipo identificación tributaria de la IPS
	NIT identificación tributaria de la IPS
Información Bancaria	Entidad Financiera
	Tipo de cuenta bancaria
	Número de cuenta bancaria

Con base en la información reportada, el Ministerio de Salud y Protección Social generará el reporte correspondiente para su validación. La Administradora de los Recursos del Sistema

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



General de Seguridad Social en Salud ADRES realizará la validación de la cuenta bancaria registrada, y el Ministerio verificará la consistencia, integridad y conformidad de la información suministrada, como condición previa para el reconocimiento del derecho.

6.3. Fase de operación del giro y reporte de novedades. La fase de operación del giro y reporte de novedades se surtirá dentro de los primeros cinco (5) días calendario del mes siguiente al periodo objeto de reconocimiento, y comprenderá las actuaciones necesarias para la verificación de requisitos, ordenación del giro y seguimiento al pago de la remuneración. Durante esta fase

1. Previo al pago de la remuneración por parte de la ADRES, el interno de medicina deberá efectuar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.
2. La institución de Educación Superior (IES) reportará al Ministerio de Salud y Protección Social a través del sistema de información dispuesto para tal fin, la existencia de novedades que afecten el reconocimiento de la remuneración de que trata el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025, así como los soportes digitalizados que resulten pertinentes, tales como incapacidades o licencias, cuando a ello hubiere lugar.
3. La Institución de Educación Superior (IES) deberá reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información correspondiente a la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, pagada por el interno de medicina, señalando el número y periodo de la planilla:
4. El Ministerio de Salud y Protección Social verificará la conformidad de la información reportada y la validez de los soportes aportados:
5. Una vez surtidas las validaciones, el Ministerio generará la orden de giro y la remitirá a la ADRES para la correspondiente dispersión de los recursos y para el pago del reembolso a los internos de medicina, de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral;
6. La ADRES realizará el giro de la remuneración, así como la liquidación y pago de los reembolsos de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y reportará al Ministerio los resultados de la operación; y
7. El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará el seguimiento al proceso y a la correcta ejecución de 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



El cumplimiento de esta fase será condición indispensable para el reconocimiento y pago mensual de la remuneración al interno de medicina,

Artículo 7. Reporte, gestión y efectos de las novedades. Las novedades que incidan en el reconocimiento, liquidación y pago de la remuneración y de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral deberán ser reportadas por la institución de Educación Superior (IES), a través del sistema de información dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de las ventanas temporales establecidas para tal fin.

El reporte de novedades deberá contener, como mínimo, la identificación del tipo de novedad, la fecha de inicio y de finalización de esta, y, cuando corresponda, la actualización de la fecha de finalización del internado. Dicho reporte deberá estar acompañado de los soportes documentales digitalizados que acrediten la ocurrencia de la novedad, conforme a los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio. La omisión, extemporaneidad o inconsistencia en el reporte de novedades podrá dar lugar a la suspensión temporal del reconocimiento o del giro, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, fiscales o disciplinarias a que haya lugar, de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 8. Suspensión del reconocimiento de la remuneración al interno. El reconocimiento se suspenderá cuando, además de las causales contempladas en los reglamentos de las Instituciones de Educación Superior, ocurra alguna de las siguientes situaciones:

1. Licencia de maternidad o de paternidad. Durante el periodo de licencia de maternidad o paternidad, el Ministerio de Salud y Protección Social validará y ordenará a la ADRES el correspondiente pago de la Seguridad Social,
2. Incapacidades médicas por más de un (1) mes debidamente certificadas por la EPS a la cual se encuentre afiliado el interno y que no afecten el cumplimiento del programa académico de acuerdo con los reglamentos de la institución de educación superior
3. Cancelación o aplazamiento del periodo académico por solicitud del interno, debidamente autorizada por la institución de educación superior o por determinación de ésta.

Parágrafo. Hay lugar a reporte de las novedades solamente cuando la novedad objeto de reporte afecte el normal cumplimiento del programa académico de acuerdo con los reglamentos de la institución de educación superior.



Artículo 9. Afiliación a los Subsistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales de los Internos de Medicina. La afiliación a los Sistemas General de Salud, Pensión y Riesgos Laborales la realizará el interno en calidad de independiente.

Los internos de medicina, realizarán 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

La tarifa a pagar por la cobertura en el Sistema General de Riesgos Laborales, corresponderá únicamente a la Clase de riesgo 3, actividad económica código 8610, código 01, definida en el Decreto 768 de 2022 'Tabla de Actividades Económicas, para las Actividades de hospitales y clínicas, con internación.

Artículo 10. Cotización a los Subsistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales de los Internos de Medicina. Las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los internos de medicina deberán ser realizados mes vencido por el estudiante interno de medicina como independiente a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA sobre un Ingreso Base de Cotización correspondiente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente -SMLMV de acuerdo con lo definido en el artículo 17 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. El pago de la cotización se realizará mes vencido como ocurre con los trabajadores independientes.

Parágrafo 2. En el transcurso del mes siguiente al periodo de reporte, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la verificación del pago de dichos aportes y ordenará a la ADRES el giro al estudiante interno de medicina del valor equivalente,

Parágrafo 3. En los eventos de suspensión contemplados en los numerales 1 y 2 del artículo 8 de la presente Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES continuarán efectuando el giro correspondiente a los aportes de seguridad social.

Artículo 11. Prestaciones económicas y asistenciales. Las administradoras de los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales reconocerán directamente a los estudiantes internos de medicina, las prestaciones económicas y asistenciales a que haya lugar, en los términos de la normativa vigente.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Artículo 12. *Inexistencia de relación laboral.* La naturaleza jurídica del apoyo de sostenimiento educativo, así como el reembolso de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral reconocidos a los estudiantes internos de medicina, es estrictamente formativa y académica.

En consecuencia, estos reconocimientos económicos:

1. No constituyen salario ni remuneración por servicios prestados.
2. No generan relación laboral, vínculo contractual, ni relación de empleo público o privado entre el estudiante y el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, la Institución de Educación Superior o el Escenario de Práctica.
3. No dan lugar a prestaciones sociales, indemnizaciones, ni emolumentos de ninguna naturaleza distinta a la finalidad educativa establecida en la presente resolución.

La participación del estudiante en las actividades asistenciales del escenario de práctica se realiza bajo la figura de Relación Docencia-Servicio, con el único propósito de alcanzar las competencias definidas en su plan de estudios.

Artículo 13. *Terminación de la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral.* Culminado el periodo del internado médico rotatorio, o ante la ocurrencia de una novedad de cancelación definitiva del mismo, corresponderá al estudiante interno realizar el reporte de la novedad de retiro a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y las normas que regulan la operatividad de los aportes de trabajadores independientes.

Parágrafo. El incumplimiento en el reporte oportuno de la novedad de retiro será responsabilidad exclusiva del estudiante, quien deberá asumir las consecuencias administrativas o los cobros por periodos en mora que el Sistema General de Seguridad Social Integral pueda generar por la omisión de dicho reporte. La Institución de Educación Superior (IES) deberá verificar que este trámite se realice para el cierre del expediente académico del interno.

Artículo 14. *Lineamientos técnicos.* El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), adelantará las gestiones técnicas, administrativas y financieras necesarias para la ejecución de los recursos destinados al apoyo de sostenimiento educativo 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



estudiantes internos de medicina, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025.

Para tal fin, este Ministerio expedirá los actos administrativos, manuales operativos o lineamientos técnicos que se requieran para definir los términos de reporte, el procedimiento de giro, el reembolso de seguridad social y los demás aspectos necesarios para la correcta operación del mecanismo, sujetos a la disponibilidad presupuestal correspondiente.

Artículo 15. Gestión presupuestal y administrativa. La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, o la dependencia que haga sus veces, adelantará las actuaciones administrativas y presupuestales necesarias para garantizar el financiamiento del apoyo de sostenimiento educativo y el reembolso de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los estudiantes internos de medicina, a partir de la vigencia fiscal 2026.

Parágrafo. Para las vigencias subsiguientes a la 2026, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud realizará las proyecciones presupuestales y los trámites ante la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o las instancias competentes, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la continuidad del pago de este beneficio, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 16. Operación del sistema para el pago a estudiantes internos de medicina. La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social será la responsable de la administración, operación y actualización del sistema de información que viabilice el reporte de beneficiarios y novedades para el pago del apoyo de sostenimiento educativo de que trata el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025.

Dicha Dirección validará la información registrada por las Instituciones de Educación Superior (IES) y dispondrá los datos necesarios para que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) proceda con el giro directo de los recursos y el reembolso de los aportes a la seguridad social integral.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la apropiación y disponibilidad de los recursos presupuestales y técnicos requeridos para el diseño, implementación, mantenimiento y adecuado funcionamiento de la plataforma o sistema de información destinado a la operación del pago del apoyo de sostenimiento educativo.

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 17. Modifíquese el anexo técnico 2 de la Resolución 2388 de 2016, adoptado en su artículo 1, así:

1. En el numeral 2.1.1.2.2 "Campo 8. Tipo de planilla" del Capítulo 1 "ARCHIVOS DE ENTRADA", modificar la aclaración del tipo de planilla "I. Planilla independientes; así:

1. Planilla independientes: Es utilizada por los aportantes que se hayan registrado como "Independiente, y paguen los aportes de los siguientes tipos de cotizantes:

TIPO DE COTIZANTE	DESCRIPCIÓN	SISTEMA AL QUE DEBE APORTAR
3	Independiente	Salud y pensión
33	Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	Salud y pensión
40	Beneficiario de UPC adicional	Salud
42	Cotizante pago solo salud, Artículo 2 Ley 1250 de 2008	Salud
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero	Salud y pensión
56	Prepensionado con aporte voluntario a salud	Salud
57	Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	Salud, Pensión y Riesgos Laborales
59	Independientes con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	Salud, Pensión y Riesgos Laborales
73	Interno de Medicina	Salud, Pensión 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



Para los contratistas que suscriban uno o más contratos de prestación de servicios, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes con clase de riesgo I, II o III será obligatorio aportar al Sistema General de Riesgos Laborales a través del tipo de cotizante "59 Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes".

También podrá ser utilizada para el pago de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional de aquellos afiliados al Sistema General de Pensiones con más de una fuente de ingresos y que la suma de estos es igual o mayor a cuatro (4) SMMLV y que al menos una fuente sea inferior a (4) SMMLV. En este caso, el valor del excedente del Ingreso Base de Cotización por el cual no se ha aportado se deberá enviar a la administradora con código FSP001-Fondo de Solidaridad Pensional. Es responsabilidad del afiliado al Sistema General de Pensiones reportar el ingreso Base de Cotización.

Esta planilla no podrá ser utilizada para que un tipo de aportante "independiente" realice pagos por otros cotizantes independientes diferentes de sí mismo, a excepción del pago de aportes de los tipos de cotizante "40-Beneficiario de UPC Adicional" y "43 Cotizante a pensiones con pago por tercero", caso en el cual podrá usar más de una planilla, y pagará los intereses de mora, si a ello hubiere lugar, de acuerdo con los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016 o las normas que lo modifique o sustituyan

(...)"

2. En el numeral 2.1.1.2.4 "Campo 15-Período de pago para los sistemas diferentes al de salud del Capítulo 1 "ARCHIVOS DE ENTRADA", modificar las aclaraciones para este campo, así

"2.1.1.2.4. Campo 15-Periodo de pago para los sistemas diferentes al de salud

Este campo contiene el periodo de pago al que corresponden los aportes a los Sistemas Generales de Pensiones, Riesgos Laborales, cajas de compensación familiar, ICBF, Sena, ESAP y Ministerio de Educación Nacional, de acuerdo con la obligación de realizar aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales o alguno de sus subsistemas.

Cuando se marque Y, To Hen el campo "8-Tipo de Planilla" del registro tipo 1 del archivo tipo 2, el valor del campo "15 Periodo de pago para los sistemas diferentes al de Salud del registro tipo 1 del archivo tipo 2 debe ser igual al del campo "16-Periodo de pago para el sistema de salud del registro tipo 1 del archivo tipo 2.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Cuando se marque Men el campo "8-Tipo de Planilla" del registro tipo 1 del archivo tipo 2. y. el tipo de cotizante sea "3. Independiente", "4. Madre sustituta", "16. Independiente agremiado o asociado", "33. Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "34. Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud", "35. Concejal municipal o distrital", "36. Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "42. Cotizante independiente pago solo salud, o 43. Cotizante a pensiones con pago por tercero, y el periodo de pago sea anterior a marzo de 2014, el valor del campo "15-Periodo de pago para los sistemas diferentes al de Salud del registro tipo 1 del archivo tipo 2 debe ser igual al del campo "16-Periodo de pago para el sistema de salud" del registro tipo 1 del archivo tipo 2.

Cuando se marque un valor diferente a Y, lo Hen el campo "8-Tipo de Planilla" del registro tipo 1 del archivo tipo 2, el valor del campo 15-Periodo de Pago para los sistemas diferentes al de salud" del registro tipo 1 del archivo tipo 2, debe corresponder al del mes anterior al del campo "16-Periodo de pago para el sistema de salud del registro tipo 1 del archivo tipo 2.

Cuando se marque No A en el campo 8-Tipo de Planilla del registro tipo 1 del archivo tipo 2. para los tipos de cotizantes que se relacionan a continuación el valor del campo 115 Periodo de pago para los sistemas diferentes al de Salud del registro tipo 1 del archivo tipo 2 debe ser igual al del campo "16-Periodo de pago para el sistema de salud del registro tipo t del archivo tipo 2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
3	<i>Independiente</i>
4	<i>Madres sustitutas</i>
16	<i>Independiente agremiado o asociado</i>
33	<i>Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional</i>
34	<i>Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá que percibe honorarios amparado por póliza de salud</i>
35	<i>Concejal municipal o distrital</i>
36	<i>Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional</i>
40	<i>Beneficiario de UPC Adicional</i>

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



42	<i>Cotizante a pensiones con pago solo salud</i>
43	<i>Cotizante a pensiones con pago por tercero</i>
52	<i>Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante</i>
53	<i>Afiliado participe</i>
56	<i>Prepensionado con aporte voluntario a Salud</i>
57	<i>Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales</i>
59	<i>Independientes con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes</i>
60	<i>Edil de Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional</i>
61	<i>Beneficiario programa de reincorporación</i>
63	<i>Beneficiario prestación humanitaria</i>
64	<i>Trabajador penitenciario</i>
69	<i>Contribuyente solidario</i>
70	<i>Promotor del Servicio Social para la Paz</i>
73	<i>Interno de Medicina</i>

Cuando se utilice el tipo de planilla "Z - Planilla para pago de cálculo actuarial por omisión en pensiones" en este campo se relacionará el periodo de pago inicial de los rangos omisos reportados por la herramienta tecnológica www.soyactuario.com.co."

3. En el numeral 2.1.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2" del Capítulo 1 "ARCHIVOS DE ENTRADA", modificar las validaciones y origen de los datos del campo "5 - Tipo cotizante"; 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



CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
5	2	26	27	N	Tipo cotizante	Obligatorio. Lo suministra el aportante Los valores válidos son: 1. Dependiente. 2. Servicio doméstico. 3. Independiente. 4. Madre sustituta. 12. Aprendices en etapa lectiva. 16. Independiente agremiado o asociado 18. Funcionarios públicos sin tope máximo en el (BC. 19. Aprendices etapa lectiva Ley 2466 de 2025 20. Estudiantes (Régimen especial-Ley 789/2002) 21. Estudiantes de posgrado en salud y residentes 22. Profesor de establecimiento particular. 23. Estudiantes aporte sola riesgos laborales. 30. Dependiente entidades o universidades



						públicas de los regímenes Especial y de Excepción. 31. Cooperados de Cooperativas o precooperativas de trabajo asociado 32. Cotizante miembro de la carrera diplomática consular de país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a la legislación colombiana. 33. Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional 34. Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud 35. Concejal municipal o distrital 36. Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 40. Beneficiario UPC Adicional
--	--	--	--	--	--	--

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



						42. Cotizante independiente pago solo salud. 44. 43. Cotizante a pensiones con pago por tercero. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes. 45. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes. 47. Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes Patronales. 51. Trabajador parcial. de tiempo 52. Beneficiario del mecanismo de protección al cesante 53. Afiliado participe 54. Prepensionado de entidad en liquidación. 55. Afiliado participe dependiente 56. Prepensionado con aporte voluntario a 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



						57. Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales. 58. Estudiantes de prácticas laborales en el sector público. 59. Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes 60. Edil Junta Administradora Fondo de Pensional Local no beneficiario del Solidaridad 61. Beneficiario programa de reincorporación. 62. Personal del Magisterio. 63. Beneficiario de Prestación humanitaria. 64. Trabajador penitenciario O servicio de utilidad pública. 65. Dependiente vinculado al Piso de Protección Social 66. Independiente vinculado al Piso de Protección Social 67. Voluntario Primera Respuesta aporte solo al
--	--	--	--	--	--	---



						Sistema de Riesgos Laborales 68. Dependiente Veterano de la Fuerza Pública 69. Contribuyente solidario 70. Promotor del Servicio Social para la Paz. 71. Ley de Segundas Oportunidades. 72. Mujeres con aporte pensión por pago por tercero 73. Interno de Medicina55
--	--	--	--	--	--	--

(...)"

4. En el numeral 2.1.2.2 "Uso de múltiples registros tipo 2 para un mismo cotizante en una planilla" del Capítulo 1 "ARCHIVOS DE ENTRADA", modificar las aclaraciones de este numeral; así:

"2.1.2.2 Uso de múltiples registros tipo 2 para un mismo cotizante en una planilla

Un registro tipo 2 "Liquidación detallada de aportes" puede ser incluido más de una vez para un mismo cotizante en una misma planilla siempre y cuando se den las siguientes situaciones:

a. Con más de una novedad de ingreso o retiro en un mismo período:

Por cada novedad de ingreso o retiro se debe diligenciar un registro en el cual se incluya la fecha correspondiente a la novedad.

Cuando exista en el mismo periodo una novedad de ingreso y retiro esta se debe dejar en el mismo registro.

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



b. Con novedades que afectan el valor del Ingreso Base de Cotización - IBC.

Cuando se reporten novedades en las cuales se presente un IBC diferente se deberá reportar en un registro cada novedad.

Cuando se presente concurrencia entre una de las novedades "LMA - Licencia de Maternidad o Paternidad", "IGE- Incapacidad temporal por enfermedad general o Licencia por cuidado de la niñez", "SLN Suspensión temporal del contrato de trabajo o licencia no remunerada o comisión de servicios", "IRL Días de incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral" o "VAC-LR Vacaciones, Licencia Remunerada" y una novedad "VSP Variación permanente de salario" o "VST - Variación transitoria del salario", por los 30 días del periodo, el aportante reportará la variación en las líneas que sean necesarias. Es responsabilidad del aportante hacer el cálculo del ingreso base de cotización que afecta las novedades que se presentan durante el periodo.

Cuando el aportante requiera reportar una novedad de retiro, respecto de cotizantes que se encuentren en una novedad de ausentismo, como lo es, la novedad de "SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o licencia no remunerada o comisión de servicios", "IGE:

Incapacidad temporal por enfermedad genera o Licencia por cuidado de la niñez", "LMA: Licencia de Maternidad o de paternidad", "VAC-LR: Vacaciones, Licencia remunerada" o "IRL: Días de incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral", la novedad de retiro deberá reportarse en una línea diferente teniendo en cuenta que el ingreso Base de Cotización que se reporta en cada una de las novedades mencionadas anteriormente es diferente, de acuerdo con lo establecido en los artículos 3.2.1.10. 3.2.5.1 y 3.2.5.2 el Decreto 780 de 2016.

Cuando el tipo de cotizante sea "3. Independiente", "4. Madre sustituta", "16. Independiente agremiado o asociado", "33. Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "35. Concejal municipal o distrital", "36. Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "42. Cotizante independiente pago solo salud", "43. Cotizante a pensiones con pago por tercero", "53. Afiliado participe", "56 Pre pensionado con aporte voluntario a salud", "57. Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales", "59. Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes", "60 Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional o 73-Interno de Medicina" reporte novedades de "IGE: Incapacidad temporal por enfermedad general" o "LMA: Licencia de maternidad o de paternidad", en el campo días cotizados deberán reportarse los días que dura la novedad y el Ingreso Base de Cotización deberá corresponder al establecido en los artículos 3.2.1.10 y 3.2.5.1 del Decreto 780 de 2016. Para el Sistema General de Riesgos Laborales, la tarifa a reportar debe ser cero, teniendo en cuenta que el artículo 2.2.4.2.1.6. del Decreto 1072 de 2015, modificado por el artículo primero del Decreto 1528 de 2015, establece que durante el periodo de duración de estas novedades no se causan cotizaciones.

Cuando el aportante reporte días en el campo "30-IRL: Días de incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral" del registro tipo 2 del archivo tipo 2 para los tipos de cotizantes "16-Independiente

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



agremiado o asociado", "23 Estudiantes aporte solo riesgos laborales", "34-Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud", "35 Concejal municipal o distrital", "36-Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "53 Afiliado participe", "57-Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales", "59-independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes", "60 Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "64 Trabajador penitenciario", "67 -Voluntario en Primera Respuesta aporte solo riesgos laborales" o "73-Interno de Medicina": el Operador de información no le debe liquidar aportes al Sistema General de Riesgos Laborales, toda vez que, el artículo 2.2.4.2.1.6 del Decreto 1072 de 2015, establece que durante el periodo de duración de la novedad de "Incapacidad del trabajador no se causan cotizaciones a cargo del empleador al Sistema General de Riesgos Laborales."

5. En el numeral 2.1.2.3.1 "Campo 5 Tipo de cotizante del Capítulo 1 ARCHIVOS DE ENTRADA", adicionar la aclaración del tipo de cotizante "73-Interno de Medicina", así:

"(...)

73-Interno de Medicina: Este tipo de cotizante es utilizado para el pago de aportes a los Sistemas Generales de Salud, Pensión y Riesgos Laborales de los internos de medicina de acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley 2466 de 2025.

Cuando por inicio o terminación del internado resulte un periodo inferior a un mes, el pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social Integral se realizará por el número de días que corresponda. El Ingreso Base de Cotización (IBC) no podrá ser inferior a la proporción del salario mínimo mensual legal vigente, de conformidad con el inciso primero del artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

El aporte al Sistema General de Riesgos Laborales se debe pagar con la clase de Riesgo 3

Este cotizante podrá utilizar el tipo de planilla "N-Planilla de correcciones" para reportar la novedad de retiro que haya sido omitida en la planilla inicial, siempre y cuando esta última se informe a más tardar el último día hábil del mes en que debe realizar el pago.

6. En el numeral 4 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS", modificar las tablas "8. Tipo de cotizante" y "9. R04 - Regla de validación Tipo de cotizante vs tipo de aportante, en el sentido de adicionar la combinación permitida para el tipo de cotizante "73. Interno de Medicina"; 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



"Tabla 8. Tipo de cotizante"

Código o No.	Tipos de cotizantes
01	Dependiente.
02	Servicio doméstico.
03	Independiente.
04	Madre sustituta.
12	Aprendices en etapa lectiva.
16	Independiente agremiado o asociado.
18	Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC.
19	Aprendices etapa lectiva Ley 2466 de 2025.
20	Estudiantes (Régimen especial Ley 789 de 2002).
21	Estudiante de posgrado en salud y residente.
22	Profesor de establecimiento particular.
23	Estudiantes aporte solo Sistema de Riesgos Laborales.
30	Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción.
31	Cooperados o precooperativas de trabajo asociado.
32	Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral.
33	Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.
35	Concejal municipal o distrital.
36	Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
40	Beneficiario UPC adicional.
42	Cotizante independiente pago solo salud.
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero.
44	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes.
45	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes.
47	Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participaciones – Aportes patronales.
51	Trabajador de tiempo parcial.
52	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.
53	Afiliado partícipe.
54	Prepensionado de entidad en liquidación.
55	Afiliado partícipe dependiente.
56	Prepensionado con aporte voluntario a salud.
57	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales.
58	Estudiantes de prácticas laborales en el sector público.
59	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.
60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
61	Beneficiario programa de reincorporación.
62	Personal del magisterio.
63	Beneficiario de prestación humanitaria.
64	Trabajador penitenciario.
65	Dependiente vinculado al Piso de Protección Social.
66	Independiente vinculado al Piso de Protección Social.
67	Voluntario en primera respuesta aporte solo al Sistema de Riesgos Laborales.
68	Dependiente veterano de la Fuerza Pública.
69	Contribuyente solidario.
70	Promotor del Servicio Social para la Paz.
71	Ley de Segundas Oportunidades.
72	Mujeres con aporte a pensión por pago por tercero.
73	Interno de Medicina.



Salud

Solidaridad Pensional																			
Beneficiario UPC adicional	40	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Cotizante independiente pago sólo salud	42		X																
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43		X																
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X																	
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X																	
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones - Aportes patronales	47	X																	
Trabajador de tiempo parcial	51	X	X	X			X	X									X		
Beneficiario del mecanismo de protección al cesante	52	X																	
Afiliado participe	53									X							X		
Prepensionado de entidad en liquidación	54	X																	
Afiliado participe - dependiente	55									X							X		
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56		X																
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57		X		X												X		
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X		X													X		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59		X														X	X	
Edujunta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60								X								X		
Beneficiario programa de reincorporación	61										X								
Personal del Ministerio	62											X					X		

[illegible]

Tabla 9. R04 - Regla de validación - Tipo de cotizante vs tipo de aportante

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



TIPOS DE COTIZANTES	CÓDIGO o No.	TIPO DE APORTANTE															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Dependiente	1	X	X	X	X	X	X		X	X					X		
Servicio doméstico	2		X												X		
Independiente	3		X														
Madre sustituta	4		X					X									
Aprendices en etapa lectiva	12	X		X		X	X										
Independiente agremiado o asociado	16				X										X		
Funcionarios públicos sin tope máximo de ISC	18	X		X											X		
Aprendices en etapa lectiva Ley 2466 de 2025	19	X		X		X	X										
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X		X			X								X		
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X		X			X										
Profesor de establecimiento particular	22	X													X		
Estudiante aporte solo al Sistema de Riesgos Laborales	23	X		X		X	X			X							
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30			X											X		
Cooperados o precooperativistas de trabajo asociado	31					X									X		
Cotizante miembro de la cámara diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32						X								X		
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33		X														
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá emparejado por póliza de salud	34								X						X		
Concejal municipal o distrital	35								X						X		
Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de	36								X								



Resultado: Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y tipo de aportante No sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado."

(...)"

7. En el numeral 5 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS", modificar la tabla 10. R05-Regla de validación tipo de cotizante vs clase de aportante", en el sentido de adicionar la combinación permitida para el tipo de cotizante 73. Interno de Medicina"; así:

"Tabla 10. R05-Regla de validación tipo de cotizante vs clase de aportante

TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO o No.	CLASE DE APORTANTE				
		A	B	C	D	I
Dependiente	1	X	X	X	X	X
Servicio doméstico	2					X
Independiente	3					X
Madre sustituta	4	X	X			X
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X	X	X	
Independiente agremiado o asociado	16	X	X			
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X			
Aprendices etapa lectiva Ley 2466 de 2025	19	X	X	X	X	
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X	X	
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X	X	X	X	
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	
Estudiantes aporte solo Sistema de Riesgos Laborales	23	X	X	X	X	
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X			
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X			



Colizante miembro de la cámara diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X			
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33					X
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	34		X			
Concejal municipal o distrital	35		X			
Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36		X			
Beneficiario UPC adicional	40	X	X	X	X	X
Colizante independiente pago solo salud	42					X
Colizante a pensiones con pago por tercero	43					X
Colizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X			
Colizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X	X			
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X			
Trabajador de tiempo parcial	51	X	X	X	X	X
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X			
Afiliado participante	53	X	X			
Prepensionado de entidad en liquidación	54	X	X			
Afiliado participante – dependiente	55	X	X			
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56					X
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57	X	X			X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X			
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	X	X
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60		X			
Beneficiario programa de reincorporación	61	X	X			
Personal del magisterio	62	X				
Beneficiario de prestación humanitaria	63	X	X			
Trabajador penitenciario	64	X	X	X		X
Dependiente vinculado al piso de protección social	65	X	X			X
Independiente vinculado al piso de protección social	66	X	X			X
Voluntario en primera respuesta aporte solo al Sistema de Riesgos Laborales	67	X	X			
Dependiente veterano de la Fuerza Pública	68	X	X	X	X	X
Contribuyente solidario	69					X
Promotor del Servicio Social para la Paz	70	X				
Ley de Segundas Oportunidades	71	X	X	X		
Mujeres con aporte a pensión por pago por tercero	72					X
Inferno de Medicina	73	X	X			



Resultado: Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y tipo de aportante No sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado."

8. En el Capítulo No. 5. "PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTUALIZACIONES adicionar los numerales 5.79 y 5.80, así:

5.79 Las modificaciones de la aclaración del tipo de planilla "I. Planilla independientes establecida en el numeral 2.1.1.2.2 "Campo 8. Tipo de planilla; la modificación de las aclaraciones del numeral 2.1.1.2.4 "Campo 15 Periodo de pago para los sistemas diferentes al de salud"; la modificación de las validaciones y origen de los datos del campo 5- Tipo cotizante establecidas en el numeral 2.1.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2 i ^ a_{i}" la modificación de la aclaración del numeral 2.1.2.2 "Uso de múltiples registros tipo 2 para un mismo cotizante en una planilla"; la adición de la aclaración del tipo de cotizante "73-Interno de Medicina" establecida en el numeral 2.1.2.3.1 "Campo 5 Tipo de cotizante", del Capítulo 1 "ARCHIVOS DE ENTRADA", deberán ser implementadas por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2026 para el periodo de cotización a pensiones del mes de enero de 2026.

5.80 La modificación de la tabla "8. Tipo de cotizante" y "9. R04-Regla de validación - Tipo de cotizante vs tipo de aportante establecidas en el numeral 4 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE, la modificación de la tabla "10 R05-Regla de validación tipo de cotizante vs clase de aportante establecida en el numeral 5 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE, la modificación de la tabla "13. R07-Regla de validación Tipo de cotizante vs tipo de planilla" establecida en el numeral 7 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA"; la modificación de la tabla "15. R08- Regla de validación tipo de cotizante vs subtipo de cotizante establecida en el numeral 8 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE", la modificación de la tabla "16. R09- Regla de validación tipo de cotizante vs tipo de novedad que puede presentar establecida en el numeral 9 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR", y, la modificación de la tabla 17. R10- Regla de validación tipo de cotizante vs subsistema al que aporta" establecida en el numeral 10 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS", deberán ser implementadas por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2026 para el periodo de cotización a pensiones del mes de enero de 2026.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

Página | 101



Artículo 18. Tratamiento de la información. Las entidades a que hace mención en el artículo 2 de la presente resolución, así como todos los actores que participen en el flujo, consolidación y reporte de la información, serán responsables del estricto cumplimiento del régimen de protección de datos personales.

Para tal efecto, deberán observar las disposiciones contenidas en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan: garantizando en todo momento la privacidad, seguridad, confidencialidad, integridad y veracidad de los datos suministrados y procesados.

Parágrafo. El uso de la información recolectada a través del sistema dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como finalidad exclusiva la gestión, validación, giro del apoyo de sostenimiento educativo y el reembolso de aportes a la seguridad social por parte del ADRES, quedando prohibido su uso para fines distintos a los previstos en el marco de la Ley 2466 de 2025.

Artículo 19. Veracidad de la Información. Las instituciones de Educación Superior (IES) serán las responsables de la integridad, calidad y veracidad de los datos reportados en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (ReTHUS-RIM o el que haga sus veces).

En virtud de lo anterior, el representante legal de la IES o quien este delegue, certificará bajo la gravedad de juramento que la información suministrada corresponde a la realidad académica y administrativa de sus estudiantes. En consecuencia, la Institución de Educación Superior asumirá las responsabilidades legales, civiles, administrativas, penales y disciplinarias derivadas de cualquier reporte inexacto, omiso o fraudulento que induzca al reconocimiento indebido de recursos públicos del Tesoro Nacional.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES se reservan la facultad de realizar auditorías o cruces de información reportada en el aplicativo correspondiente en cualquier momento; en el evento que se encuentren inconsistencias, se procederá a la suspensión inmediata del giro y al inicio de las acciones de reintegro a que haya lugar, sin perjuicio de los reportes ante los órganos de control competentes

Artículo 20. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su expedición.

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



2.2.2 Resolución 0108 de 2026

Por la cual se definen los criterios para el despliegue de Equipos Básicos de Salud (EBS) - Interculturales con enfoque indígena en el marco de la Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales en especial las conferidas en los literales b), c), e), f) y g) del artículo 154, artículo 165 y numerales 3, 4, 6 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 715 de 2001; el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 5, 12, 13 y 15 de la Ley 1438 de 2011; Ips artículos 2 y 5, literales b), c) g). y h) de la Ley 1751 de 2015; los artículos 26, 27, 34 y 61 del Decreto Ley 480 de 2025 y numerales 1,2,3,4,8, 24, 26, 29 y 32 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y

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 constitucional al desarrollar el Estado Social de Derecho y el pluralismo, reconoce y brinda protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación, expresando respeto de las cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos, sus formas de gobierno y sus territorios.

Que los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, establecen que las Empresas Sociales del Estado - ESE, serán las encargadas de la prestación de servicios de salud en los territorios y que podrán ser destinatarias de transferencias directas con cargo al Presupuesto General de la Nación.

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 asigna a la Nación, la Dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, considerando la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de estas, el numeral 42.2 establece la función de "Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones".

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 1438 de 2011, en su artículo 2 señala que, el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe orientarse a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y articulador de las políticas en salud; para ello, concurrirán acciones de salud pública, promoción, prevención y demás prestaciones que, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, resulten necesarias para garantizar la salud de la población. A la vez, el artículo 5 establece que se deberá coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud en los diversos niveles de la administración pública.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, estableciendo en su artículo 2 que su goce se garantiza mediante la prestación como servicio público esencial, correspondiendo al Estado la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y adopción de políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades para acceder a sus distintos componentes. Asimismo, en los literales l) y m) del artículo 6, consagran los principios de Interculturalidad y Protección a los pueblos indígenas, para lo cual el Estado debe reconocer y garantizar el derecho fundamental a la salud integral, conforme a sus cosmovisiones y conceptos, desarrollado a través del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI.

Que la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida", incorpora en su artículo 356 los Acuerdos de la consulta previa y otros espacios de diálogo con los pueblos y comunidades indígenas del país; entre ellos, con los pueblos y comunidades indígenas del país; entre ellos, el Acuerdo IT2-57 mediante el cual, "El MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) garantizará la implementación del Modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo en los Pueblos Indígenas, de acuerdo con las dinámicas culturales de cada pueblo y a través de sus estructuras propias en salud. Lo anterior sin detrimento de la garantía del derecho fundamental a la consulta y consentimiento previo, libre e informado".

Que la Resolución 2367 de 2023 "Por 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" en su anexo técnico Capítulo 8, determina, de un lado, la "Salud propia e intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031, " estableciendo los componentes del SISPI como la directriz para las acciones en salud pública en los pueblos y comunidades indígenas, incluyendo el numeral "8.2.1.2 Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de los pueblos y comunidades indígenas".

Que la Resolución 100 de 2024 "Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015", en su artículo 8, establece que 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



"Planeación integral para la salud en los pueblos y comunidades indígenas, (...). El proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizará la participación activa de las comunidades y pueblos indígenas (...) que habitan en el territorio y deberá incorporar en el Plan Territorial de Salud las estrategias, acciones y distribución de recursos según lo concertado con estos grupos poblacionales."

Que el "Lineamiento técnico - operativo de equipos básicos de salud" expedido por este ministerio, dispone dentro de los elementos y consideraciones a tener en cuenta en la planeación para potenciar la participación comunitaria en el despliegue de los Equipos Básicos de Salud que: "La Entidad Territorial facilitará los espacios que garanticen la participación amplia y efectiva de los distintos actores que se requieran en estos espacios de diálogo, acuerdos, concertación y construcción conjunta. Estos deben quedar en acta que recoja claramente los acuerdos y compromisos para su seguimiento. Para este caso es la Entidad Territorial y la Empresa Social del Estado quienes convocarán, facilitarán y garantizarán los espacios de diálogo, acuerdos, concertación y construcción conjunta con las comunidades indígenas teniendo en cuenta sus formas organizativas de acuerdo con el contexto territorial. La concertación se debe realizar especialmente en las etapas de planeación y conformación de los Equipos Básicos de Salud. Estos espacios de diálogo deben quedar en acta que recoja claramente los acuerdos y compromisos para su seguimiento."

Que mediante la Resolución 737 de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció las reglas para la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencias, planteando en el artículo 2 que el Ministerio realizará las transferencias a las entidades del orden nacional, departamental, distrital o municipal que sean cien por ciento (100%) de capital público, las cuales serán receptoras de dichos recursos. Igualmente, en el artículo 4, sobre los criterios generales para la asignación de los recursos a través de transferencias, señala que "La dependencia responsable de la iniciativa del gasto mediante transferencias deberá establecer, a través de un acto administrativo expedido previamente por esta cartera Ministerial, los criterios técnicos y financieros de asignación, estos últimos cuando apliquen, que deben cumplirlos potenciales receptores o beneficiarios de los recursos para su asignación".

Que el Ministerio de Salud y Protección Social ha asignado recursos para fortalecer el nivel primario de atención en las Empresas Sociales del Estado - ESE, incluyendo la conformación de Equipos Básicos en Salud (EBS) - interdisciplinarios, destinados para la atención de los pueblos y comunidades indígenas.

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 desarrollo del artículo 56 transitorio de la Constitución Política y de los artículos 4 y 7 del Convenio 169 de 1989 de la OIT, el Gobierno Nacional expidió el Decreto Ley 480 de 2025, "Por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como la política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones."

Que, de conformidad a dicho decreto, la Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural (APSI), constituye la estrategia para dar operatividad a los modelos, procesos y formas de cuidado en salud propia, desde los sistemas de conocimiento, saberes, prácticas, usos y costumbres ancestrales en salud.

Que los artículos 26, 27, 34 y 61 del Decreto Ley 480 de 2025, fijaron principios y criterios normativos para la articulación entre el SISPI y el Sistema General de Salud, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud; particularmente, en lo que corresponde a la complementariedad, interculturalidad y coordinación entre las estructuras propias de salud, las autoridades indígenas de los territorios ancestrales y las Empresas Sociales del Estado (ESE) en los espacios locales, para proveer la Atención Primaria en Salud, mediante la implementación de los equipos básicos de salud intercultural en los territorios y territorialidades indígenas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. El presente acto administrativo define los criterios para el despliegue de los Equipos Básicos de Salud Interculturales - EBSI, para la Atención de los Pueblos y Comunidades Indígenas en el marco de la Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Equipos básicos de Salud interculturales. Los Equipos Básicos de Salud se implementarán como Interculturales - EBSI, cuando se trate de pueblos indígenas, integrando sabedores ancestrales o autoridades tradicionales en salud, promotores de salud, agentes comunitarios, personal de salud y de otras disciplinas, respetando las particularidades culturales, territoriales y los sistemas de conocimiento propios.

Artículo 3. Principios rectores del funcionamiento de los EBSI. Los Equipos Básicos de Salud Interculturales -EBSI-, en su funcionamiento, deberán aplicar los principios de complementariedad, interculturalidad, territorialidad y coordinación con los sistemas de conocimiento indígena de cada pueblo, garantizando la integralidad del cuidado de la salud, 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



carácter resolutivo del modelo, proceso o forma de cuidado, y el respeto pleno a la autonomía territorial, cultural y organizativa de los pueblos indígenas, conforme al Decreto Ley 480 de 2025

Artículo 4. Criterios para el despliegue de los Equipos Básicos de Salud Intercultural - EBSI, en los territorios indígenas. Las Empresas Sociales del Estado - ESE, como actores del Sistema de Salud deberán concertar con las autoridades tradicionales presentes en el territorio, la conformación e implementación de los Equipos Básicos de Salud Interculturales- EBSI, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto Ley 480 de 2025 y de acuerdo a lo establecido en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. La concertación deberá estar debidamente soportada mediante actas firmadas con las autoridades tradicionales presentes en el territorio.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de sus competencias apoyarán el proceso de concertación y realizarán el seguimiento correspondiente al cumplimiento de lo establecido en el presente artículo.

Artículo 5. Articulación para el despliegue de los Equipos Básicos de Salud Intercultural- EBSI en los territorios indígenas. Las Empresas Sociales del Estado - ESE, identificadas como destinatarias de los recursos para financiar los Equipos Básicos de Salud Interculturales- EBSI, deberán articularse con las autoridades tradicionales presentes en el territorio, con el fin de incorporar los equipos interculturales de medicina tradicional, siempre que se encuentren reconocidas por las autoridades indígenas, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos que el Ministerio de Salud y Protección Social emita, actualice o modifique.

Parágrafo 1. Las propuestas que las Empresas Sociales del Estado - ESE, presenten al Ministerio de Salud y Protección Social para apoyar la financiación de Equipos Básicos de Salud Interculturales - EBSI, deberán ser concertadas con las autoridades tradicionales presentes en el territorio.

Parágrafo 2. Esta articulación deberá responder a los principios de complementariedad, interculturalidad y respeto a la autonomía.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y hasta tanto se reglamente el Decreto Ley 480 de 2025.

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



2.2.3 Resolución 0115 de 2026

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 de 2020 y su anexo técnico *“lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad”*, 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 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del numeral 14 del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006 y del artículo 7 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud y,

CONSIDERANDO

Que, el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, determina como derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, entre otros, los cuales prevalecen sobre los derechos de los demás.

Que, por su parte, el artículo 49 ibidem, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, señala que la prestación de servicios de promoción, protección y recuperación de la salud debe ser organizada, dirigida y reglamentada por el Estado de forma descentralizada, por niveles de atención y considerando la participación de la comunidad, aplicando los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Tal acción incluye la definición de políticas dirigidas al sector privado y el ejercicio de su vigilancia y control, así como determinar las competencias y aportes de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el Estado colombiano en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos, particularmente la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada mediante la Ley 12 de 1991, está obligado a adoptar medidas orientadas a la reducción de la mortalidad infantil y la prevención y atención de la desnutrición.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-302 de 2017, tuteló los derechos fundamentales a la salud, al agua potable, a la alimentación y a la seguridad alimentaria de los niños y niñas del pueblo Wayúu, en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia, e igualmente declaró la existencia de un estado de cosas inconstitucional, amparando el goce efectivo de los precitados 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



Que, en la referida sentencia la Corte Constitucional ordenó que se tomaran las medidas adecuadas y necesarias para constituir un Mecanismo Especial de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas para la superación del estado de cosas inconstitucional, cumpliendo los 8 objetivos mínimos constitucionales señalados en el artículo cuarto de dicha sentencia.

Que, la Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional emitió el Auto 696 de 2022, señalando que a pesar de que se han adoptado medidas, estas resultan insuficientes para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de los menores Wayúu.

Que, mediante la Resolución 2465 de 2016, se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para realizar la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, conforme con los patrones de crecimiento publicados en los años 2006 y 2007 por la Organización Mundial de la Salud – OMS; así como los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para efectuar la clasificación antropométrica del estado nutricional de adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas.

Que, de acuerdo con la precitada resolución, se define el riesgo de desnutrición aguda cuando bajo el indicador peso para la talla/longitud (P/T-L) en niños y niñas menores de 5 años de edad, se obtiene una puntuación Z entre ≥ -2 a < -1 (desviación estándar - DE); esta clasificación nutricional antecede el evento de desnutrición aguda, condición asociada a la mortalidad infantil.

Que mediante la Resolución 2350 de 2020, se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños y niñas de cero (0) a 59 meses de edad, y se fijan las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud, e igualmente establece en su artículo 7, que para el egreso del manejo hospitalario y ambulatorio de los niños de 0 a 59 meses, deben cumplirse los criterios descritos en el anexo técnico de la citada resolución, y que una vez cumplidos, el niño deberá continuar en seguimiento de acuerdo con lo señalado en la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Que, actualmente el lineamiento técnico para el manejo integral a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, establece dentro de los criterios de egreso de manejo ambulatorio, cuando la puntuación Z de peso para la talla-longitud es igual o superior a -2 DE.

Que si bien el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece como meta reducir la mortalidad por y asociada a la desnutrición aguda a 5 muertes por cada 100.000 menores 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



cinco años para el año 2031, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó para el año 2023 una tasa superior, correspondiente a 7,8 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, de las cuales el 57,98 % ocurrieron en menores de un año. Aunque este resultado representa una disminución frente al año 2022, cuando se registró una tasa de 10,78, persiste una brecha relevante frente al cumplimiento de la meta establecida. Así mismo, la prevalencia de desnutrición aguda moderada o severa en esta población evidenció un incremento, al pasar de 0,65 a 0,67 casos por cada 100 menores de cinco años entre 2023 y 2024, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, atención integral y seguimiento oportuno de esta condición.

Que, en el lineamiento de la OMS (2023), sobre la prevención y el manejo de la emaciación y el edema nutricional (desnutrición aguda) en niños menores de 5 años, se recomiendan intervenciones sectoriales y comunitarias preventivas basadas en el riesgo, con especial énfasis en madres/cuidadores y sus bebés menores de 6 meses que están en riesgo de crecimiento y desarrollo deficiente reciban atención y seguimiento regular por parte de profesionales de salud.

Que, con base en datos preliminares del año 2024, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó, a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la notificación de 24.396 casos de niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda, lo que representa un aumento del 42,8 % con respecto al comportamiento registrado en el año 2019.

Que, en el marco del proceso de actualización de la Resolución 2350 de 2020, se considera necesario modificar el criterio de egreso actualmente definido, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento nutricional hasta que el niño o la niña alcance un peso adecuado para su talla o longitud, asegurando con ello una recuperación nutricional efectiva y sostenida.

Que, en atención a las condiciones anteriormente mencionadas, se incluye la ampliación del alcance de la norma para incorporar el manejo de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, definiendo los principios básicos para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con especial énfasis en los departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada, territorios priorizados debido a sus altos índices de mortalidad por desnutrición, condiciones de inseguridad alimentaria, dispersión geográfica y limitado acceso a servicios de salud.

Que, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el manejo de la desnutrición aguda severa, el uso de la fórmula terapéutica F-100 constituye una intervención esencial en la fase de recuperación o rehabilitación nutricional, al permitir una ganancia de peso adecuada y sostenida, así como la restauración de los depósitos energéticos y el mejoramiento del estado general de salud de los niños y niñas afectados.

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 lineamiento técnico adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020 contempla el uso de fórmulas terapéuticas específicas para el manejo de la desnutrición aguda severa, y en el marco del proceso de actualización normativa, se hace necesario incorporar de manera explícita el uso de la fórmula F-100, con el fin de fortalecer la atención integral en los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud y garantizar la estandarización de los esquemas terapéuticos.

Que, la incorporación del tratamiento con F-100 contribuye a mejorar la calidad técnica del protocolo de atención, ofreciendo al talento humano en salud herramientas clínicas más robustas para el abordaje integral de los casos con desnutrición aguda severa, en concordancia con el enfoque de atención centrada en el usuario, la recuperación nutricional plena y la disminución del riesgo de recaídas o complicaciones posteriores.

Que, por lo anterior es necesario modificar los artículos 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 11 de la Resolución 2350 de 2020, así como su anexo técnico denominado *“lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad”*, para promover el acceso a programas sociales y estrategias complementarias que contribuyan a la recuperación y mantenimiento del estado de salud y nutrición de los niños y niñas atendidos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 1 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

*“**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta, con el fin de garantizar su recuperación nutricional; definir los principios básicos para el diagnóstico, manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda en el territorio nacional, con especial énfasis en los departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada, en atención a sus altos índices de desnutrición; y establecer las responsabilidades de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud involucrados en el proceso de atención en salud.”*

Artículo 2. Modifíquese el párrafo del artículo 2 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará 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



“Parágrafo. Cuando los organismos internacionales de cooperación y, en general, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario o altruista apoyen la prestación de servicios de salud para el manejo integral a la desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas de cero (0) a 59 meses de edad, deberán dar cumplimiento al lineamiento técnico que hace parte integral de esta resolución.”

Artículo 3: Adiciónese al artículo 3 de la Resolución 2350 de 2020, las siguientes definiciones:

“3.8 Riesgo de desnutrición aguda: clasificación antropométrica entre las líneas de puntuación $Z \geq -2$ y < -1 desviaciones estándar del indicador peso para la longitud/talla.

3.9 Recuperación Nutricional: Condición en que los niños y niñas presentan ganancia gradual de peso hasta lograr un valor de puntaje Z para el indicador peso/talla-longitud mayor o igual a -1 DE, resolución de enfermedades asociadas y mejor interacción con el cuidador.

3.10 Niños sin ganancia de peso efectiva con lactancia materna: Niños y niñas que lactan, en quienes se ha realizado efectivamente la TTS con consejería en lactancia materna y que no han ganado peso esperado.”

Artículo 4. Modifíquese el Artículo 4 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará de la siguiente manera:

“Artículo 4. Detección e identificación de casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda. Los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa o desnutrición aguda moderada en todo el territorio nacional, y aquellos con riesgo de desnutrición aguda exclusivamente en los territorios priorizados según criterios expuestos en el capítulo 7, deben identificarse tanto a nivel intramural, como extramural, mediante la demanda espontánea en los diferentes servicios de salud y por jornada de atención integral en salud que realicen las IPS.

Parágrafo 1. La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata.

Parágrafo 2. Corresponde a los prestadores de servicios de salud, en todos los niveles de atención, la detección e identificación de niñas y niños menores de cinco años con riesgo de desnutrición aguda en los territorios priorizados del capítulo 7, conforme a los criterios establecidos en esta resolución. Esta condición deberá ser considerada como una prioridad en la atención en salud, con



el fin de garantizar intervenciones oportunas que prevengan la progresión hacia desnutrición aguda moderada o severa.”

Artículo 5. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

“Artículo 6. Tratamiento terapéutico de la desnutrición aguda en niños de cero (0) a 59 meses. Las entidades de aseguramiento deben garantizar la entrega de manera inmediata de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), tanto para la prueba de apetito, como para el manejo hospitalario y ambulatorio, con la cantidad suficiente para cubrir el tratamiento hasta el próximo control. Esta entrega se hará directamente en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que la prescribió o, a través de los proveedores de servicios farmacéuticos, siempre que estos puntos sean de fácil acceso para el cuidador o responsable y aseguren una atención prioritaria. Para el caso de la Fórmula Terapéutica - F-75 y F-100, se debe garantizar como un insumo de estancia hospitalaria, de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo técnico que forma parte integral de esta resolución.”

Artículo 6. Modifíquese el artículo 8 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedaría así:

“Artículo 8. Articulación intersectorial. En desarrollo de los principios de coordinación, eficacia, celeridad y economía, las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, según corresponda, deberán gestionar e impulsar acciones intersectoriales con los sectores responsables de intervenciones preventivas, promocionales y complementarias, orientadas a la protección integral de niñas y niños de 0 a 59 meses con riesgo de desnutrición aguda, o diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa.

Estas acciones deberán estar dirigidas a garantizar el acceso efectivo a alimentos y servicios sociales complementarios, contribuir al proceso de recuperación nutricional y favorecer el mantenimiento del estado de salud y nutrición, asegurando el más alto nivel de calidad, oportunidad y protección de los derechos fundamentales de la primera infancia.”

Artículo 7. Modifíquese el Artículo 10 la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

“Artículo 10. Responsabilidades de las entidades de aseguramiento. Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, las entidades de aseguramiento tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

10.1. Gestionar, acorde con la normativa y procedimientos establecidos, la afiliación de los niños y sus familias, que se identifiquen sin cobertura del aseguramiento en salud, al sistema que corresponda.

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 | 113



10.2. Garantizar calidad y oportunidad en la atención integral en salud de niños de cero (0) a 59 meses diagnosticados con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, acogiéndose al lineamiento técnico de la presente resolución. Igualmente deben garantizar la adopción de estrategias de atención extramural, que incluyan búsqueda activa comunitaria para la detección y atención de este segmento poblacional.

10.3. Garantizar el flujo y la transición efectiva y oportuna en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia, para asegurar la atención de los niños de cero (0) a 59 meses diagnosticados con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, acorde con su cuadro clínico y el nivel de complejidad de los servicios de salud, atendiendo al lineamiento técnico de la presente resolución.

10.4. Garantizar que la red prestadora de servicios de salud que haya contratado cuente con los equipos necesarios para la toma de medidas antropométricas y que dichos equipos se encuentren en buen estado, de acuerdo con lo estatuido en la Resolución 2465 de 2016, o la norma que la modifique o sustituya.

10.5. Garantizar la atención integral con enfoque diferencial para los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, pertenecientes a la población indígena. Para el efecto, deben implementar estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y tener en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población.

10.6 Verificar que la red prestadora de servicios de salud contratada implemente el lineamiento técnico adoptado por la presente resolución.

10.7 Garantizar en todos los grados de complejidad de los servicios de salud y modalidades de atención en salud de su red prestadora, el suministro y la disponibilidad de la Fórmula Terapéutica F-75 para la fase de estabilización y manejo hospitalario y entrega inmediata de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) en el manejo ambulatorio. Para tal fin, el asegurador deberá definir puntos de entrega dentro de las IPS o a través de los proveedores de servicios farmacéuticos, siempre que estos puntos sean de fácil acceso para el cuidador o responsable y aseguren una atención prioritaria. Así mismo, debe garantizar los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en la presente resolución.

De igual forma, debe garantizar en los prestadores que dispongan de servicios de hospitalización pediátrica el suministro y disponibilidad permanente de la fórmula F-100 para complementar la fase de transición en los casos que sea requerido.

10.8. Garantizar el suministro, disponibilidad y entrega de fórmula láctea de inicio en los casos de niños menores de seis (6) meses de edad, con desnutrición aguda moderada, desnutrición aguda severa o riesgo de desnutrición aguda, sin ganancia de peso efectiva con lactancia materna o con



imposibilidad de ser amamantados, hasta que se cumpla con los criterios de egreso, según lo establecido en la presente resolución.

10.9 Efectuar seguimiento individual y nominal a los casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, que se encuentren en manejo ambulatorio, según lo previsto en la presente resolución.

Para lo anterior, podrán valerse de estrategias de telesalud y telemedicina —especialmente en zonas rurales o rurales dispersas con dificultades de acceso por condiciones geográficas o de orden público— conforme a lo establecido en la Ley 1419 de 2010 y en las Resoluciones 2654 y 3100 de 2019. Dichas acciones solo serán procedentes cuando se garantice el acceso efectivo del niño o la niña al tratamiento requerido, incluida la disponibilidad oportuna de Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) según sus necesidades nutricionales.

10.10. Evaluar cada seis meses, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, la adherencia de su red prestadora de servicios de salud al lineamiento técnico para el manejo integral a la desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, definido en la presente resolución. Como resultado de ello, formular dentro del mismo término un plan de mejoramiento continuo con su respectivo seguimiento.

10.11. Garantizar las acciones de vigilancia en salud pública de su competencia, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del SIVIGILA, a saber, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición, evento de desnutrición aguda en niños menores de cinco (5) años y riesgo de desnutrición aguda.”

Artículo 8. Modifíquese el Artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

“Artículo 11. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda, las IPS tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

11.1 Prestar los servicios de salud con calidad y oportunidad, incluyendo acciones para la población rural y rural dispersa, con estrategias de atención extramural en salud, que involucren búsqueda activa comunitaria para la detección y atención de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición conforme a lo establecido en la presente resolución.

11.2 Garantizar la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial a los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada o riesgo de desnutrición aguda, pertenecientes a la población indígena, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución. Para ello, las IPS deberán implementar estrategias de búsqueda activa, atención

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 | 115



extramural con traductores y acciones que respeten la cosmovisión, usos y costumbres de esta población.

11.3 Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la disponibilidad de equipos antropométricos para la toma de medidas antropométricas, según la edad. También deberá garantizar que dichos equipos sean objeto de mantenimiento y calibración periódica, lo que habrá de soportar con la hoja de vida de estos, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.

11.4 Garantizar, en todos los niveles de complejidad y modalidades de prestación, la prescripción de los insumos requeridos para el manejo integral de la desnutrición aguda en sus diferentes fases: estabilización, transición y rehabilitación, conforme a lo dispuesto en esta resolución y su anexo técnico.

De manera específica, deberá garantizar que toda la red de prestadores cuente con la fórmula terapéutica F-75 para la formulación y uso en la fase de estabilización y de F-100 en la fase de transición para los casos que sea necesario. Esta última condición aplicará solo en los prestadores que dispongan de servicios de hospitalización pediátrica. En el manejo ambulatorio, la IPS que realice el diagnóstico o el seguimiento deberá efectuar, de manera obligatoria, la prueba de apetito, conforme a lo dispuesto en el anexo técnico, para lo cual deberá suministrar directamente el sobre de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) necesarios para su realización.

Una vez realizada la prueba de apetito, la red deberá garantizar la prescripción y entrega inmediata de la FTLC a los niños y niñas que la requieran. La entrega de los sobres necesarios para cubrir el tratamiento hasta el próximo control podrá realizarse directamente por la IPS o gestionarse, en articulación con el asegurador, a través de los proveedores de servicios farmacéuticos, siempre que estos sean de fácil acceso para el cuidador o responsable y garanticen atención prioritaria. La FTLC es un alimento con propósito médico especial que se encuentra financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

11.5 Garantizar la prescripción de la fórmula láctea de inicio, en el caso de niños menores de seis (6) meses con desnutrición aguda moderada, desnutrición aguda severa o riesgo de desnutrición aguda, sin ganancia de peso efectiva con lactancia materna o con imposibilidad de ser amamantados, hasta que se cumpla con los criterios de egreso, según lo establecido en la presente resolución.

11.6 Realizar el seguimiento individual a los niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad con desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición, que sean derivados hacia el manejo ambulatorio, acorde con lo señalado en la presente resolución.

11.7 Realizar la evaluación de la adherencia al lineamiento técnico que hace parte integral de esta resolución, mínimo una vez dentro del respectivo semestre, y formular dentro del mismo periodo, de acuerdo con dicha evaluación, un plan de mejoramiento con el correspondiente seguimiento, para lo



cual, se deben tener en cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, establecidos en el lineamiento que hace parte integral de esta resolución.

11.8 Realizar las acciones de notificación de vigilancia en salud pública, de conformidad con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del SIVIGILA, a saber, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición, evento de desnutrición aguda en menores de cinco (5) años y riesgo de desnutrición aguda.

11.9 Garantizar el fortalecimiento continuo de capacidades por parte del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento que desarrolla las atenciones en niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses, para el manejo integral de la desnutrición aguda severa, desnutrición aguda moderada y riesgo de desnutrición aguda conforme al lineamiento que hace parte integral de esta resolución.”

Artículo 9. Adiciónese al numeral 1.1.4 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, la fórmula terapéutica F-100 para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa, en los siguientes términos:

- **“Composición Fórmula Terapéutica F-100**

La fórmula terapéutica F-100 en polvo es un alimento nutricionalmente enriquecido destinado exclusivamente para uso intrahospitalario durante la fase de transición en el tratamiento de la desnutrición aguda. Está indicada en niños y niñas mayores de 6 meses con peso corporal inferior a 4 kg o con disfunción motora oral que impida una alimentación adecuada, así como en lactantes menores de 6 meses con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa que, tras cinco días de manejo en fase de estabilización conforme al lineamiento técnico vigente, no presenten una recuperación clínica y nutricional esperada. El uso de esta fórmula busca minimizar el riesgo de complicaciones metabólicas y alteraciones hidroelectrolíticas durante la transición nutricional. A diferencia de la F-75, esta fórmula tiene una composición con mayor aporte calórico, así como de proteínas y grasas, las cuales son detalladas en la **Tabla 4.1**. Comparación entre la fórmula F-75 y F-100 en el manejo de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa.

Tabla 4.1 Comparación entre la fórmula terapéutica F-75 y la F-100.

Característica	Fórmula F-75	Fórmula F-100
Objetivo principal	Fase de estabilización	Fase de Transición
Contenido calórico	75 kcal/100 ml	100 kcal/100 ml
Contenido proteico	5 % de la energía total	11 % de la energía total



Contenido lipídico	31 % de la energía total	51 % de la energía total
Contenido de carbohidratos.	64 % de la energía total	38 % de la energía total
Osmolaridad	330 mOsm/L aprox.	419 mOsm/L aprox.
Ingredientes principales	Maltodextrina, aceites vegetales (palma, soya, coco), azúcar, leche descremada.	Aceites vegetales (palma, coco, soya), maltodextrina, leche descremada, proteínas de suero de leche desmineralizado, concentrado de proteínas de suero de leche, lactosa.
Hierro	No contiene	Contiene <0,07 mg
Duración recomendada de uso	2-7 días (hasta estabilización clínica)	Hasta lograr la ganancia ponderal esperada
Riesgo de síndrome de realimentación	Bajo	Alto si se inicia sin estabilización previa.

A continuación, en la Tabla 4.2 se presenta la composición nutricional de la fórmula F-100.

Tabla 4.2. Composición de la fórmula terapéutica F-100

Energía/Nutrientes	Contenido en 100mL
Energía total	100 kcal
Proteínas	2,9 g
Lípidos	5,4 g
Carbohidratos	9,5 g
Calcio	78 mg
Fósforo	76 mg
Potasio	237 mg
Magnesio	19 mg
Zinc	2,4 mg
Cobre	0,3 mg
Hierro	<0,07 mg



Yodo	19 μ g
Selenio	5,7 μ g
Sodio	<56 mg
Vitamina A	0,15-0,3 mg
Vitamina D	2,9-5,7 μ g
Vitamina E	3,8-7,6 mg
Vitamina C	> 9,5 mg
Vitamina B1	> 95 μ g
Vitamina B2	> 0,3 mg
Vitamina B6	> 0,1 mg
Vitamina B12	> 0,3 μ g
Vitamina K	2,8-9,5 μ g
Biotina	> 11 μ g
Ácido fólico	> 38 μ g
Ácido pantoténico	> 0,57 mg
Niacina	> 0,95 mg

Las fórmulas F-75 y F-100, una vez preparadas, tienen una vida útil limitada debido a su alta concentración de nutrientes, lo que favorece su descomposición rápida. Por esta razón, deben conservarse en recipientes bien tapados y no mantenerse a temperatura ambiente por más de dos horas, especialmente en zonas cálidas, ni más de ocho horas bajo refrigeración. La refrigeración de las fórmulas reconstituidas debe realizarse en un espacio destinado exclusivamente para estas, sin contacto con alimentos, muestras biológicas u otros posibles elementos o sustancias contaminantes.”

Nota: La composición nutricional de las fórmulas terapéuticas F-75 y F-100 corresponde a las especificaciones técnicas de referencia internacional definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el manejo de la desnutrición aguda.

Artículo 10. Modifíquese la Tabla 15 y Tabla 16 del apartado L y N del numeral 4.2.1. del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad”, adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, del siguiente modo:

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



“Tabla 15. Suministro de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda moderada en niños menores de 6 meses.

Día de tratamiento	Frecuencia	F 75		
		mL/Kg/Toma	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
1	Cada 3 horas	10	80	60
2		13	104	78
3		16	128	96
4		19	152	114
5		22	176	132

Nota. Si el niño esta activo y recuperado, estimule la administración de la leche materna, simultáneamente con la Técnica de Suplementación por Succión (TSS).

En caso de hiporexia, ofrezca F-75 y la leche materna con cuchara, taza o jeringa, o por SNG en caso de no ser posible la vía oral. En esta situación, posponga la iniciación de la Técnica de Suplementación por Succión (TSS), no usar chupos ni biberones.

Ajuste la ingesta diaria de F-75, de acuerdo con las variaciones en el peso.

Tabla 16. Suministro de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda severa en niños menores de 6 meses.

Día de tratamiento	Frecuencia	Sin edema			Con edema		
		mL/Kg/Toma	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	mL/Kg/Toma	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
1	Cada 3 horas	7	56	42	4	32	24
2		10	80	60	7	56	42
3		13	104	78	10	80	60
4		16	128	96	13	104	78
5		19	152	114	16	128	96

RECUERDE: para la recuperación de los niños entre cero (0) y 6 meses de edad se requiere paciencia, constancia, acompañamiento permanente por parte de la madre y del equipo de atención en salud, utilizando habilidades y técnicas de consejería en lactancia materna y alimentación saludable.

En uno y otro caso el tratamiento de los niños se relaciona con el bienestar de sus madres, por tanto, es esencial el cuidado de ellas y el acompañamiento durante la



hospitalización, quienes deben conocer los propósitos del tratamiento, los pasos y los detalles de este (98).

1. *Tenga en cuenta el estado nutricional de las madres bajo los parámetros antropométricos correspondientes.*
2. *No haga que la madre se sienta culpable por el estado de su hijo.*
3. *No culpe a la madre o a la familia por darle otros alimentos.*
4. *Hable con la madre y la familia sobre la Técnica de Suplementación por Succión (TSS), su efectividad y dele seguridad en que ella misma obtendrá suficiente leche para mejorar a su bebé.*
5. *Fomente y enseñe la posición y el agarre correcto para la lactancia materna.*
6. *Trate los problemas que se relacionen con la lactancia tanto de salud física (ingurgitación, infección, congestión) como de salud mental.*
7. *Promueva grupos de apoyo entre madres en periodo de lactancia durante la hospitalización.*
8. *Aporte abundantes líquidos orales, preferiblemente agua segura, para que ella tome durante el día.*
9. *Verifique que la madre se alimente de forma saludable durante la estancia hospitalaria.”*

Artículo 11. Modifíquese el numeral 4.2.2 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020 de la siguiente manera:

“4.2.2 Fase de transición en niños de cero (0) a 6 meses de edad

Se realiza la transición entre F-75 y la alimentación definitiva una vez se resuelvan los problemas agudos, de acuerdo con el esquema ABCDARIO propuesto, lo que incluye evaluar: valoración antropométrica, alimentación del niño, salud mental de la madre y condiciones familiares (140). La duración de esta fase puede ser entre 2 a 5 días.

Haga seguimiento al peso diario del niño, incluida la valoración de los edemas y determine (97):

- *Si se observa ganancia de peso por dos días consecutivos:*
 - » *En niños menores de 3 meses: de 25 a 30 g/día.*
 - » *En niños mayores de 3 meses: de 12 a 16 g/día.*

Informe a la madre sobre la evolución de peso y disminuya progresivamente la F-75 a la mitad de lo aportado, no aumente el volumen (11, 141).

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



- Una vez reducida la cantidad de F-75, si la ganancia de peso se mantiene en 10 gr por día, por dos días consecutivos, suspenda la fórmula terapéutica y continúe con lactancia materna exclusiva.
- Se suspende el apoyo con TSS cuando el edema haya desaparecido, el niño aumenta el apetito, muestra mejor interés por alimentarse, hay evidencia de mayor producción de leche materna, simultáneamente las condiciones de los niños mejoran, se observa mayor velocidad en tomar la F- 75 suplementaria y más fuerza en la succión.
- Se debe permitir que el lactante permanezca al seno materno durante el tiempo en que ambos se sientan cómodos, dado que los tiempos de amamantamiento mejorarán a medida que se optimice la técnica de lactancia. La F-75 debe ofrecerse después de la lactancia. Además, cada vez que el lactante solicite el pecho, es una oportunidad para brindar consejería, ya que en esos momentos suele presentar un mejor patrón de succión y deglución.
- Si ya se alimenta exclusivamente con lactancia materna, continúe la observación intrahospitalaria por 2 a 3 días para asegurar que el niño continúa ganando peso o se observa mejoría en los edemas.
- Se hace necesario hacer transición a F-100 en cualquiera de los siguientes casos:
 1. Cuando el niño o la niña con desnutrición aguda moderada o severa sin edema toma todo el volumen de F-75 establecido en las **Tabla 15 y 16** y no gana el peso esperado durante los primeros 5 días.
 2. Niños y niñas con desnutrición aguda severa que continúan con edema tras 5 días de tratamiento en la fase de estabilización.

En estos escenarios, se debe continuar con la TSS e iniciar la transición a la fórmula F-100 conforme con lo establecido en las **Tablas 21.1 y 21.2**, sin dejar de informar de los ajustes al tratamiento a la madre o cuidador. Esta transición deberá mantenerse hasta evidenciar, durante tres (3) días consecutivos, un incremento progresivo del peso corporal. Una vez alcanzado este criterio, se deberá reducir la cantidad de F-100 a la mitad durante el primer día, y suspenderla completamente al día siguiente, continuando posteriormente únicamente con lactancia materna.

La Fórmula F-100 también podrá ser suministrada con taza, cuchara o con jeringa, nunca con biberones. Solo en casos donde haya un compromiso del estado general o dificultad para la ingesta oral, se hará uso de **sonda nasogástrica**.

- Si aún después de haber transitado a la fórmula terapéutica F-100 con las técnicas previamente mencionadas, el niño o la niña no tiene una ganancia de peso esperada, se considerará como un caso sin ganancia de peso efectiva con lactancia materna y debe transitar a la fórmula láctea de iniciación conforme a la **Tabla 21.3**, sin dejar de estimular la práctica de la lactancia materna. Si a pesar de hacer el tránsito referido a fórmula de inicio no se observa ganancia de peso, 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



considera que hay condiciones fisiológicas que no han sido abordadas y, por lo tanto, se deberá remitir a pediatría para continuar con el plan de diagnóstico integral (exámenes diagnósticos y, de ser necesario, valoración por otras áreas) para definir el manejo individualizado.

- *Se reitera la necesidad de que cada prestador donde sea atendido el niño o niña, cuente con equipo de atención en salud con experiencia y conocimiento de consejería en lactancia materna. Para lo anterior, pueden valerse del **Lineamiento para formación en Consejería en Lactancia materna y Alimentación Complementaria**, emitida por el Ministerio de Salud (2020).*

NOTA: *En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o zonas que cuenten con Banco de Leche Humana (BLH), se evaluará la disponibilidad de Leche Humana Donada Pasteurizada como estrategia de apoyo temporal, mientras se fortalece y aumenta la producción de leche de la propia madre. En este proceso, se deberá promover activamente la lactancia materna mediante acompañamiento continuo, consejería especializada y articulación con el Banco de Leche Humana.*

Una vez verificada su disponibilidad, se deberá priorizar el uso de la Leche Humana Donada Pasteurizada antes de iniciar la administración de fórmulas lácteas de iniciación, siempre que no existan contraindicaciones clínicas y conforme a los criterios y lineamientos establecidos por el BLH.

Niños amamantados

Para los niños en quienes se ha logrado establecer, restablecer y promover la lactancia materna a través de la TSS, lo cual puede ocurrir entre 2 a 7 días después de iniciada la relactancia, se continuará con el apoyo a la madre mediante técnicas y habilidades de consejería en lactancia materna (Tabla 14), hasta asegurar mantenimiento y ganancia de peso del niño con lactancia materna exclusiva, cumpliendo así con el objetivo de la hospitalización propuesto en este lineamiento.

Niños sin posibilidad de ser amamantados

La confirmación de la no posibilidad de lactancia materna en el niño menor de 6 meses se da por cumplimiento de las siguientes condiciones:

- *Ausencia permanente de la madre (por muerte o abandono).*
- *Condiciones médicas de la madre que contraindiquen la lactancia.*
- *La madre toma la decisión de no aceptar que se realicen los procedimientos para restablecer la lactancia, aun cuando se haya efectuado la consejería en lactancia*

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



materna y sea seguro que ella cuenta con adecuada y suficiente información sobre beneficios y necesidad de recuperación del niño con leche materna.

En este momento se decide la continuación del tratamiento con fórmula láctea de inicio, definida como un producto de origen animal o vegetal que sea materia de cualquier procesamiento, transformación o adición, incluso la pasteurización, de conformidad con el Codex Alimentarius (142), que por su composición tenga por objeto suplir parcial o totalmente la función de la leche materna en niños menores de dos (2) años (143).

Tabla 18. Composición genérica recomendada de fórmula láctea de inicio (142)

Nutrientes (100mL)	Mínimo	Máximo	NSR*
Kilocalorías	60	70	-
Proteínas g/100Kcal	1.8	3.0	-
Carbohidratos g/100Kcal	9	14	-
Ácido linoleico mg/100 kcal	300	0	1400
Ácido α -linolénico mg/100 kcal	50	N.E	-
Hierro mg /100 kcal	0.45	-	-
Calcio mg /100 kcal	50	-	-
Fósforo mg /100 kcal	25	-	100
Magnesio mg /100 kcal	5	-	15
Sodio mg /100 kcal	20	60	-
Cloro mg /100 kcal	50	160	-
Potasio mg /100 kcal	60	180	-
Zinc mg /100 kcal	0.5	-	1.5

*NSR: Nivel de Referencia de Sustancia.

La composición genérica de la fórmula láctea de inicio (para niños menores de 6 meses), se describe en la Tabla 18, de acuerdo con las fichas técnicas nacionales y la normatividad vigente.

Si el niño presenta desnutrición aguda moderada se procede a calcular el volumen indicado en la Tabla 19.

Tabla 19. Progresión fase de transición en niños de 0 a 6 meses no amamantados con desnutrición aguda moderada

Día	Kcal/Kg/día	F-75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma	%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma

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	100	100	100	133	17	0	0	0	0
4	115	100	115	153	19	0	0	0	0
5	125	75	94	125	16	25	31	47	6
6	150	50	75	100	13	50	75	112	14
7	175	25	44	58	7	75	131	196	24
8	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Nota: Los porcentajes (%) corresponden a la proporción del aporte calórico diario total.

Si el niño presenta desnutrición aguda severa sin edema, siga el esquema de progresión de F-75 a fórmula láctea de inicio, descrito en la Tabla 20.

Tabla 20. Progresión manejo nutricional de los niños menores de 6 meses no amamantados con desnutrición aguda severa sin edema.

Día	Kcal/Kg/día	F-75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma	%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma
3	80	100	80	107	13	0	0	0	0
4	100	100	100	133	17	0	0	0	0
5	115	85	98	153	19	15	17	26	3
6	125	70	88	117	15	30	38	56	7
7	135	55	74	99	12	45	61	91	11
8	160	40	64	85	11	60	96	143	18
9	180	25	45	60	8	75	135	201	25
10	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Nota: Los porcentajes (%) corresponden a la proporción del aporte calórico diario total.

Si el niño presenta desnutrición aguda severa CON edema, siga el esquema de progresión de F-75 a fórmula de inicio, descrito en la Tabla 21.

Tabla 21. Progresión manejo nutricional de los niños menores de 6 meses no amamantados con desnutrición aguda severa con edema.

Día	Kcal/Kg/día	F-75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma	%	Kcal/Kg/día	mL/Kg/día	mL/Kg/Toma
3	50	100	50	67	8	0	0	0	0
4	60	90	54	72	9	10	6	9	1
5	70	80	56	75	9	20	14	21	3
6	82	70	57	77	10	30	25	37	5
7	100	60	60	80	10	40	40	60	7
8	125	50	63	83	10	50	63	93	12
9	150	40	60	80	10	60	90	134	17

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



10	175	30	53	70	9	70	123	183	23
11	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Nota: Los porcentajes (%) corresponden a la proporción del aporte calórico diario total.

Tabla 21.1. Transición de la Fórmula terapéutica F-75 a F-100 para el manejo en la fase de transición de los niños y niñas menores de 6 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin edema y dificultad en el logro de la ganancia de peso para los tiempos establecidos.

Día de tratamiento	Frecuencia	F-75			F-100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
7		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
8...		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día del tratamiento 10 mL/Kg/día sin superar los 200 mL/Kg/día		

Tabla 21.2. Transición de la Fórmula terapéutica F-75 a F-100 para el manejo en la fase de transición de los niños y niñas menores de 6 meses con desnutrición aguda severa con edema.

Día de tratamiento	Frecuencia	F-75			F-100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	6 tomas	133	100	2 tomas	30	30
7		5 tomas	100	75	3 tomas	60	60
8		4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
9		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
10...		0 tomas	0	0	Incrementar cada día del tratamiento 10 mL/Kg/día sin superar los 200 mL/Kg/día		

Tabla 21.3. Transición de la Fórmula terapéutica F-100 a la fórmula de iniciación para los niños y niñas menores de 6 meses sin ganancia de peso efectiva con lactancia materna.

Frecuencia	F 100				Fórmula láctea de inicio			
	%	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	mL/Kg/toma	%	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	ML/Kg/toma
Cada 3 horas	75	150	150	20	25	75	50	10
	50	100	100	13	50	150	100	18
	25	50	50	7	75	225	150	29
	0	0	0	0	100	299	200	37

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



Verifique siempre la forma de preparación y suministro de la fórmula láctea, lo cual, disminuirá la posibilidad de presentar enfermedades infecciosas gastrointestinales y la seguridad de la adecuada recuperación nutricional. No olvide cumplir con los siguientes pasos (140):

1. Defina en conjunto con la familia quien es la persona a cargo del niño.
2. Tome la decisión e informe a madre y cuidador sobre la transición de F-100, a fórmula láctea de inicio.
3. Mantenga comunicación e información permanente con la madre y cuidador sobre preparación de fórmula láctea de inicio, como se indica en la Tabla 22.
4. Suministre la fórmula láctea de inicio con taza, pocillo o cuchara y valore su aceptación, tolerancia, ganancia de peso.
5. Oriente y entrene a la madre y cuidador en la alimentación con taza y cuchara.

La consejería sobre la preparación de fórmula láctea de inicio debe estar orientada a que la madre o cuidador contemple y adopte los siguientes aspectos

Tabla 22. Consejería sobre preparación de fórmula láctea de inicio en niños no amamantados (140)

a	Lavarse adecuadamente las manos con agua y jabón antes de preparar y suministrar la fórmula láctea de inicio.
b	Lavar los utensilios necesarios para la reconstitución de la fórmula, usando agua y jabón, y luego sumergirlos en agua hirviendo.
c	Leer atentamente las instrucciones impresas en la etiqueta del producto y asegurarse de comprender el contenido.
d	Utilizar siempre agua segura para la mezcla de la fórmula láctea de inicio. Tener en cuenta calentar el agua hasta ebullición por dos minutos, retirarla del fuego y verterla en un recipiente limpio con tapa destinado solo al consumo humano.
e	Comprender y valorar la importancia de aplicar adecuadas prácticas de higiene y manipulación durante la preparación de la fórmula láctea de inicio, como medida esencial para prevenir infecciones del tracto digestivo del lactante.
f	Preparar cada toma de fórmula láctea de inicio por separado. Puede ofrecerse con seguridad en la primera hora. Si el niño no consume toda la cantidad preparada, la cantidad sobrante se debe desechar.
g	Usar siempre taza, pocillo, vaso o cuchara para administrar la fórmula láctea de inicio. La madre y cuidador debe participar en esta actividad para lograr así la continuidad de esta práctica en la casa.
h	Evitar el uso de biberones y chupones, ya que aumentan el riesgo de infecciones.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



i	Conocer los signos de alarma de acuerdo con la estrategia AIEPI.
j	Asegurar la consulta oportuna del niño en caso de diarrea, pérdida de apetito u otros signos de alarma. También debe saber la importancia de notificar oportunamente dificultades que pueda presentar para acceder a suficiente fórmula láctea de inicio.

Complicaciones en la fase de transición

Los principales riesgos secundarios a la introducción demasiado rápida de alimentos ricos en proteínas y calorías en la alimentación de los niños con desnutrición aguda moderada o severa, son:

- Aumento en número y volumen de las deposiciones por sobrecarga de solutos que supera la capacidad digestiva y absorbente del intestino, ocasionando cambios en las características de las deposiciones (62), para lo cual, es importante indagar con la familia sobre este hallazgo, sin realizar cambios en el tratamiento y asegurando adecuado estado de hidratación.
- Por otra parte, se puede presentar el síndrome de realimentación (134), el cual se describe a continuación.

R. Síndrome de realimentación

De acuerdo con la fisiopatología descrita en el capítulo correspondiente del síndrome de realimentación, el tratamiento requiere manejo individualizado, monitorización permanente, cuidadoso manejo de volumen de líquidos administrados y de inicio de terapia nutricional de forma cautelosa. Se debe estar atento a:

- Frecuencia respiratoria: incremento de 5 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca: incremento de 10 latidos por minuto.
- Retracciones intercostales o subcostales.
- Presencia de roncus a la auscultación pulmonar.
- Arritmia.
- Signos de falla cardíaca.
- Hiperglicemia.
- Cambios o alteración del estado de conciencia.

En caso de instaurarse, proceda de la siguiente manera:

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



- Reduzca a la mitad la cantidad de F-75, administrada durante las últimas 24 horas y monitorice signos clínicos y paraclínicos.
- Una vez estabilizados, aumente la mitad de la F-75 que se redujo, durante las siguientes 24 horas.
- Si observa mejoría, aumente el volumen restante al completar las 48 horas del descenso. hasta lograr una ingesta efectiva, de acuerdo con los objetivos de tratamiento.
- Haga evolución con revisión clínica, las veces que estime conveniente al día, poniendo especial atención al estado neurológico, cardiovascular y hemodinámico.
- Haga un control y balance estricto de ingesta calórica y de líquidos administrados y eliminados con la frecuencia diaria que sea necesaria.
- Sospeche balances hídricos fuertemente positivos (>20 % día), después de culminar hidratación.
- Tome peso diario bajo las indicaciones de la normatividad vigente. Sospeche ante la presencia de incrementos superiores al 10 % de peso de un día a otro.
- Si a pesar de las anteriores medidas, y si están disponibles, pida niveles de K, P y Mg. y proceda a su reposición por vía venosa si los encuentra en déficit, de acuerdo con la Tabla 23.
- Generalmente la tiamina está en déficit previo, y como cofactor en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, rápidamente desencadenado al instalarse el síndrome, su déficit se acentúa y debe reponerse, igualmente en forma rápida.
- Evitar la vía endovenosa mejorará el pronóstico y evitará complicaciones.
- La prevención del síndrome de realimentación recae en evitar la administración de cargas de glucosa en cortos períodos de tiempo por vía intravenosa. En este lineamiento se hace énfasis en preferir la vía enteral como ruta inicial de administración de líquidos, electrolitos, glucosa y nutrientes, para sustrato luminal, el manejo de la reanimación y estabilización clínica y el inicio de la alimentación.”

Tabla 23. Reposición de electrolitos y tiamina en el síndrome de realimentación (60)

Electrolitos	Dosis
Potasio	0,3-0,5 mEq/Kg/dosis IV en 1 horas.
Magnesio	25-50 mg/Kg/dosis (0,2-0,4 mEq/Kg/dosis) IV en 4 horas.
Fósforo	0,08 – 0,24 mmol/Kg en 6 – 12 horas.
Control de potasio y Fósforo entre 2 y 4 horas luego de terminar primera infusión.	
Solo utilice solución salina para la reposición IV de electrolitos.	
Tiamina	10-20 mg/día IV o IM. Si es muy grave, o 10 – 50 mg/día VO durante 2 semanas y luego 5-10 mg/día VO durante 1 mes.

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



Si bien existe relativa prisa para corregir las deficiencias de macro y micronutrientes en un corto período, se debe ser cauteloso, dando tiempo a la adaptación metabólica en los tiempos propuestos, que son distintos a los que se suelen esperar en niños eutróficos.

- **Fase de rehabilitación en niños de cero (0) a 6 meses de edad**

Se trata de la culminación terapéutica y consolidación alimentaria. En esta fase debe verificarse la producción de leche materna y la ganancia de peso. Los niños menores de 3 meses deben ganar 30 gr/día, con un mínimo de 25gr/día y los niños mayores de 3 meses 16 gr/día con un mínimo de 12 gr/día (11,141).

Si el niño presentaba edemas, su sola disminución o desaparición, marcan mejoría y, por lo tanto, no habrá incremento de peso inicialmente. El tiempo de estancia hospitalaria en niños menores de 6 meses con desnutrición aguda puede ser de 14 días o más, hasta asegurar el cumplimiento de los criterios de egreso.

Durante esta fase los niños mantienen el apetito y requieren aumento del volumen de leche materna progresivamente, la cual será mayor de acuerdo con la efectividad de la succión. En los casos que requiera fórmula de inicio, se deberá evaluar el aumento progresivo en aproximadamente 5 ml más, si una vez administrada la cantidad establecida se observa con hambre.

Una vez se da el alta hospitalaria es fundamental que se garantice el seguimiento clínico institucional y en el hogar, liderado y definido por el especialista en pediatría, a través de los mecanismos previstos en la normatividad vigente. Se estima que al egreso hay un riesgo de fallas en el manejo y alta posibilidad de reingreso de no darse acompañamiento ni seguimiento.

La fase de rehabilitación involucra las siguientes acciones o condiciones del ABCDARIO terapéutico:

M. Administre micronutrientes

Una vez se hayan tratado y controlado los procesos infecciosos concomitantes, administre por vía oral hierro polimaltosado o aminoquelado, garantizando dosis terapéutica de hierro elemental de 3 a 6 mg/kg/día (144,145,146)

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



S. Apoyo en estimulación sensorial y emocional

El desarrollo óptimo es el resultado de la calidad de las interacciones entre los padres con los niños, los niños con otros niños y los niños con su entorno. La estimulación sensorial y emocional debe hacer parte de la rehabilitación dado que mejora la respuesta al manejo médico y nutricional (147). La calidad del desarrollo psicomotor depende del crecimiento, maduración y estimulación del sistema nervioso central.

La ventana de oportunidad de crecimiento cerebral se da durante los primeros mil días de vida, por tanto, durante estos periodos hay mayor susceptibilidad a factores adversos que afectan el desarrollo como la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes (hierro) o la limitada estimulación del desarrollo, lo que hace relevante orientar a padres y cuidadores sobre entornos estimulantes, de acuerdo con sus especificidades culturales, y fortalecer la interacción con los niños (147). La Tabla 24. Acciones recomendadas de estimulación sensorial y emocional en el curso del tratamiento de la desnutrición aguda, orienta sobre las acciones que se proponen para apoyar el desarrollo integral del niño que cursa con desnutrición.

Tabla 24. Acciones recomendadas de estimulación sensorial y emocional en el curso del tratamiento de la desnutrición aguda

Tipo de estimulación	Acciones	Ejemplos
Emocional <i>Mejora la interacción niño-cuidador. Son importantes para facilitar el desarrollo emocional, social y del lenguaje de los niños. Esto se puede lograr</i>	<i>Expresa calidez y afecto al niño.</i>	<i>Animar al padre, madre o cuidador a mirar a los ojos del niño y sonreírle, en especial durante la lactancia. Expresar el afecto físico al niño, por ejemplo, sostenerlo y abrazarlo.</i>
	<i>Fomenta la comunicación verbal y no verbal entre el niño y la madre o cuidador.</i>	<i>Comunicarse con el niño, tanto como sea posible. Hacer preguntas simples al niño y responder a sus intentos de hablar. Tratar de conversar con sonidos y gestos (sonrisas, miradas). Estimular al niño a reír y vocalizar. Enseñar palabras con las actividades, por ejemplo, mover la mano para decir “adiós”.</i>

<i>mediante la educación de los cuidadores en la importancia de comunicación emocional.</i>	<i>Responda a las necesidades del niño.</i>	<i>Responder a los sonidos y los intereses del niño. Estar atento a sus necesidades según lo indicado por su comportamiento, por ejemplo, el llanto, la sonrisa.</i>
	<i>Muestre aprecio e interés en los logros del niño.</i>	<i>Proporcionar elogios verbales por los logros del niño. Mostrar signos no verbales de aprecio y aprobación, por ejemplo, aplaudiendo, sonriendo.</i>
Física <i>Los niños necesitan ambientes estimulantes que desarrollen sus habilidades cognitivas, psicomotrices y de lenguaje.</i>	<i>Asegúrese de que el entorno ofrece experiencias sensoriales adecuadas para el niño.</i>	<i>Brindar oportunidades para que el niño vea, oiga y mueva. Por ejemplo, colocar objetos de colores lejos y alentar al niño a alcanzarlos o rastrearlos. Cantar canciones y jugar juegos que involucran los dedos de manos y pies.</i>
	<i>Proporcionar materiales de juego</i>	<i>Elaborar y usar juguetes sencillos y divertidos como un rompecabezas o un sonajero que pueden ser hechos con materiales disponibles en el hogar.</i>
	<i>Dar sentido al mundo físico del niño.</i>	<i>Ayudar al niño a nombrar, contar y comparar objetos. Por ejemplo, dar trozos grandes de madera o piedras y enseñarle a apilarlos. Los niños mayores pueden ordenar objetos por forma, tamaño o color y aprender conceptos como “alta y baja”. Describir al niño lo que está sucediendo a su alrededor.</i>
	<i>Generar espacios para practicar habilidades.</i>	<i>Jugar con el niño por lo menos 15-30 minutos al día. Propiciar espacios para que el niño juegue con otros niños.</i>

V. Vacunación

Se requiere completar vacunas faltantes en el periodo de recuperación nutricional, de acuerdo con el esquema nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones, vigente. La OMS recomienda no hacer ninguna modificación al esquema de vacunación (62) y no hay evidencia de alteración de la respuesta a las vacunas en los niños menores de 6 meses con desnutrición aguda severa.”



Artículo 12. Modifíquese el numeral 4.3 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, el cual queda de la siguiente manera:

“4.3 Manejo ambulatorio para niños de 1 a 6 meses de edad

En este grupo de edad el seguimiento es fundamental para poder asegurar la adecuada evolución y evidenciar la recuperación, por lo que se requiere que el primer control ambulatorio por el especialista en pediatría se realice entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria. Posteriormente, requerirá valoración semanal por equipo interdisciplinario de profesionales en enfermería con certificación en consejería de lactancia materna, nutrición o medicina, hasta asegurar que cumple con los criterios de egreso del manejo ambulatorio.

Los niños deben continuar con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad. Se debe garantizar asesoría nutricional a las madres y/o cuidadores de niños y niñas entre 4 y 6 meses de edad, con el fin de iniciar la alimentación complementaria en forma adecuada a partir del sexto mes de edad. Si al momento del egreso tiene más de 6 meses, debe orientarse a la madre durante la hospitalización sobre la introducción de la alimentación complementaria, haciendo énfasis en la importancia de continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más. Siempre utilizar habilidades y técnicas en consejería, incluso, realizar demostraciones relacionadas con este proceso.

Durante el manejo ambulatorio se requiere continuar la asesoría y apoyo para la óptima alimentación del lactante, sea mediante visita domiciliaria o consulta ambulatoria. Así mismo, se promoverá la evaluación de la salud física y mental de madre y cuidador, haciendo seguimiento a los planes de cuidado planteados al egreso de la hospitalización (134).

4.3.1 Criterios para la consulta de seguimiento

En cada una de las consultas de seguimiento se debe realizar:

- *Valoración clínica y antropométrica del niño.*
- *Evaluación de la salud de la madre o cuidador, tanto en aspectos físicos, como emocionales, identificando factores favorecedores o de riesgo para la continuación de la lactancia materna.*
- *Evaluación de la relación entre el niño y la madre o cuidador.*
- *Valoración de la técnica de lactancia materna y observación de la alimentación.*
- *En los niños no amamantados, observación de la técnica de alimentación y verificación de la preparación de la fórmula láctea de inicio.*
- *Incremento progresivo del peso y longitud, de acuerdo con ganancia esperada para su edad.*
- *Evaluación de plan de cuidado elaborado al egreso de la hospitalización*
- *Suministro de micronutrientes en déficit identificados durante la atención o si son requeridos por condiciones previas diagnosticadas.*

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



4.3.2 Criterios de egreso de manejo ambulatorio

- *La alimentación mediante lactancia materna es eficaz y satisfactoria.*
- *En caso de no poder ser amamantado, se alimenta con fórmula láctea de inicio, sin dificultades y de acuerdo con las indicaciones de los profesionales tratantes.*
- *El aumento de peso es progresivo y de acuerdo con la ganancia esperada para su edad.*
- *La puntuación Z del indicador Peso/Longitud es igual o superior a -1 DE, peso adecuado para la longitud.*

4.3.3 Criterios de hospitalización del niño en seguimiento ambulatorio

Requerirá remitirse de nuevo a institución hospitalaria si se presenta:

- *Alteración del estado de conciencia o convulsiones.*
- *Vomita todo o rechaza la vía oral.*
- *Diarrea*
- *Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o se le hunde el pecho al respirar o tiene ruidos raros al respirar.*
- *Lesiones en la piel.*
- *Edema.*
- *Condición médica o social de la familia que ponga en riesgo el cuidado del niño.*
- *Si durante las valoraciones el niño no gana peso o lo pierde.*

Artículo 13. Modifíquese el numeral 5.1.5 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, quedando de la siguiente manera:

“5.1.5 Seguimiento Ambulatorio: Después de la conducta inicial en manejo ambulatorio o del egreso hospitalario, los niños y niñas con desnutrición aguda moderada o severa deberán tener controles semanales hasta cumplir los criterios de egreso que dicta la presente resolución, con el fin de evaluar la evolución de su estado de salud y el progreso en la recuperación. Estos controles podrán realizarse en las instalaciones de una institución de la red de prestadores o mediante visita domiciliaria, a cargo de profesionales de medicina o nutrición.

Para lo anterior, podrán valerse de estrategias de telesalud y telemedicina de acuerdo con lo definido en el numeral 10.9 del Artículo 10 de la presente resolución.

El seguimiento incluye:

- *Revisión del cumplimiento del plan de manejo anterior.*
- *Recordatorio de alimentación de 24 horas y evaluación de las prácticas de alimentación familiar.*

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



- *Morbilidad en las últimas dos semanas.*
- *Examen físico con énfasis en detección de signos de alarma y evolución de la desnutrición. Tabla 33.*
- *Prueba de apetito.*
- *Valoración antropométrica, con toma de peso, talla/longitud, perímetro del brazo y perímetro cefálico.*
- *Resumen de datos de la evolución y diagnóstico médico y nutricional.*

Si el niño que se encuentra en seguimiento ambulatorio presenta deterioro clínico o nutricional, requiere manejo hospitalario. Los criterios a tener en cuenta para la remisión a manejo hospitalario son:

- *Alteración del estado de conciencia, hipoactividad o convulsiones.*
- *Diarrea*
- *Vómito persistente, rechazo de la vía oral, con riesgo de deshidratación.*
- *Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad.*
 - ✓ *Menor de 2 meses: 60 respiraciones por minuto*
 - ✓ *2 a 11 meses: 50 respiraciones por minuto*
 - ✓ *12 meses a 5 años: 40 respiraciones por minuto*
- *Temperatura axilar menor 35.5°C o mayor 38°C.*
- *Lesiones ulcerativas y liquenoides en la superficie cutánea >30%.*
- *Hemoglobina menor de 4 g/dl.*
- *Hemoglobina menor de 6 g/dl con signos de dificultad respiratoria.*
- *Presencia de Edema si no lo presentaba o aumento del edema.*
- *Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.*

Si presenta una adecuada evolución y se continúa el manejo ambulatorio, realice las siguientes acciones.

- *Suministre antiparasitario a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional ambulatorio. Indique una dosis para repetirla a los 20 días de la primera dosis (excepto el manejo con albendazol que es de dosis única) (160).*
- *Realice los controles de hemoglobina según el riesgo identificado*
- *Revise y complete el esquema de vacunación para la edad.*
- *Calcule las necesidades de la FTLC y agua, de acuerdo con los cambios de peso o si la madre refiere que el niño queda con hambre, después de habersele suministrado en la cantidad recomendada en el seguimiento anterior.*
- *Concerte prácticas de alimentación familiar, favorables.*
- *Incentive la lactancia materna, el consumo de agua segura y el lavado de manos.*
- *Registre las acciones en la historia clínica del niño y defina la fecha del próximo seguimiento.*

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



- Considere condiciones particulares que requieran mayor seguimiento, a saber:
 - ✓ Pérdida o no ganancia de peso en las últimas dos visitas
 - ✓ Antecedente de remisión del manejo hospitalario
 - ✓ Madre o cuidador que necesita apoyo adicional Tabla 33. Comportamiento de signos clínicos durante la recuperación nutricional.”

Artículo 14. Modifíquese el numeral 5.1.7 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, en los siguientes términos:

“5.1.7. Criterios de egreso de manejo ambulatorio en niños de 6 a 59 meses de edad.

La decisión de definir la recuperación de la desnutrición aguda se debe tomar en la consulta realizada en el correspondiente servicio ambulatorio o extramural, verificando el cumplimiento de TODOS los criterios que se señalan a continuación:

- Puntaje Z de P/T-L es igual o superior a -1 DE.
- Sin edema por dos seguimientos consecutivos (si fue ingresado con edema).
- Clínicamente bien y estable.

También se deben verificar la TOTALIDAD de las siguientes condiciones:

- Garantizar el seguimiento de los controles definidos en el numeral 5.1.8.
- Esquema de vacunación actualizado para la edad.
- En caso de diagnosticar anemia ferropénica, se debe continuar con el tratamiento prescrito por el profesional de la salud de acuerdo con el riesgo identificado en los controles de Hemoglobina
- Gestión con entidades competentes para la vinculación a programas sociales y/o de complementación alimentaria a la familia o al niño/a, en el caso que se identifique la necesidad.

RECUERDE

El reto de la atención integral en salud de TODOS los niños entre 1 y 59 meses de edad, lo constituyen cinco elementos fundamentales, a saber:

1. Diagnosticar la existencia y severidad de la desnutrición.
2. Establecer la presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades agudas.

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. Definir y planear las prioridades en la atención clínica y nutricional inicial.
4. Establecer pronóstico.
5. Seleccionar el escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo que se ha instaurado.”

Artículo 15. Adiciónese el numeral 5.1.8. al Capítulo 5 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad”, el cual queda de la siguiente manera:

“5.1.8. Continuidad del tratamiento ambulatorio para niños que evolucionan de la desnutrición aguda al riesgo de desnutrición aguda.

Cuando el indicador Peso para la Talla/Longitud se encuentra entre ≥ -2 y < -1 desviaciones estándar, las consultas de seguimiento serán quincenales por profesionales de medicina o nutrición, siempre que se evidencie una ganancia de peso favorable para la edad. Si no se observa dicha evolución, el caso deberá remitirse a pediatría, conforme al Gráfico 1 para continuar con el plan de diagnóstico integral (exámenes diagnósticos y, de ser necesario, valoración por otras áreas) y definir el manejo individualizado:

- **Seguimiento 1:** El niño o la niña que viene en tratamiento de desnutrición aguda y ya se encuentra en riesgo de desnutrición aguda, debe continuar con manejo con Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) en la misma dosis con la que venía para el manejo de la desnutrición aguda hasta su próximo seguimiento.
- **Seguimiento 2:** Si se evidencia ganancia de peso esperada para la edad y continúa en el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, se formula FTLC a una dosis de 100Kcal/Kg/día, hasta su próximo seguimiento.
- **Seguimiento 3:** Si persiste el riesgo de desnutrición aguda, se formulará FTLC en dosis equivalentes a 240-270 Kcal/día por quince días, tiempo en el cual deberá recibir atención por pediatría, quien definirá manejo.
- Los niños y niñas que en cualquiera de los seguimientos hayan logrado un peso adecuado para la talla/longitud, deberán continuar con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud definidas en la Resolución 3280 de 2018.

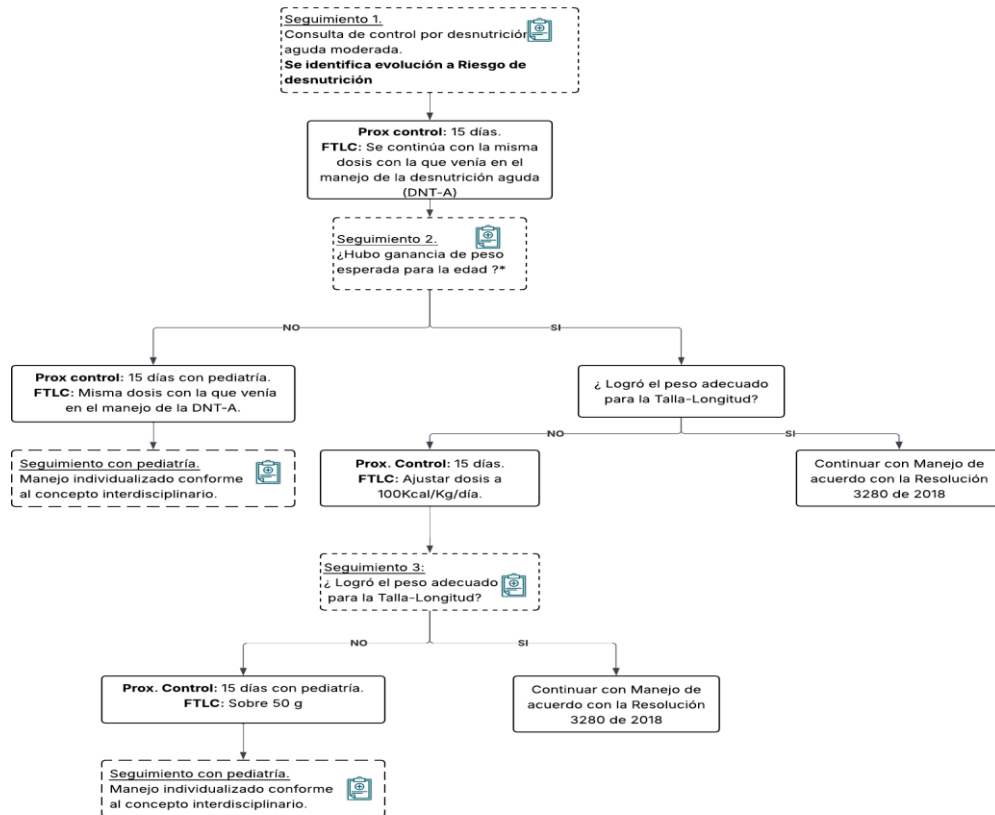
Ministerio de Salud y Protección Social

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

Gráfico 1. Guía de seguimiento a los niños y niñas que han transitado de la desnutrición aguda al riesgo de desnutrición.



*Se entiende por ganancia esperada para la edad, un incremento $\geq 10\text{g/día}$ para niños y niñas mayores de 6 meses en recuperación de la desnutrición aguda moderada o severa.

Artículo 16. Modifíquese el acápite denominado “Niños mayores de 6 meses con peso inferior a 4 Kg” dispuesto en el literal N del numeral 5.2.1 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” el cual quedará así:

Niños mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg.

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



Un niño en esta condición tiene mayor riesgo de mortalidad y requiere hospitalización en todos los casos. Los objetivos del manejo de este grupo de niños es identificar y tratar las patologías asociadas, lograr la lactancia materna efectiva y la rehabilitación nutricional.

Es necesario que la madre reciba consejería en lactancia materna, como se describió en el apartado correspondiente al inicio de la alimentación en niños menores de 6 meses de edad y se inicie la administración de F-75, utilizando la TSS. Para este grupo de niños se han definido los siguientes pasos en el manejo nutricional:

Manejo inicial hasta alcanzar el peso de 4 kg: cumple los mismos principios de cautela y gradualidad, descritos en la **Tabla 39**.

Tabla 39. Cantidad diaria de F-75 indicada en el manejo inicial de los niños mayores de 6 meses y peso inferior a 4kg

Frecuencia	Sin edema		Con edema	
	mL/Kg/ Toma	Kcal/ Kg/día	mL/Kg/ Toma	Kcal/ Kg/día
Cada 3 horas	7	42	4	24
	10	60	7	42
	13	78	10	60
	16	96	13	78
	19	114	17	100

Si pasados 5 días con el manejo, se logra llegar al peso de 4.2-4.4Kg, se debe realizar la transición a **FTLC** siguiendo lo planteado en la Fase de transición para los niños de 6 a 59 meses de edad, opción 1 o 2, para desnutrición aguda severa.

Si, por el contrario, en este periodo de tiempo no se logra llegar al peso de 4.2-4.4Kg, se debe realizar la transición a F-100 como se indica en la **Tabla 39.1** para niños/as sin edema y **39.2** para niños/as con edema, incrementando en cada día del tratamiento 10ml/Kg/día sin superar los 200mL/Kg/día. Después de haber logrado la ganancia ponderal referida previamente, se inicia la transición a FTLC siguiendo lo planteado en la Fase de transición para los niños de 6 a 59 meses de edad, opción 1 o 2, para desnutrición aguda severa.

Cuando a pesar de haber cumplido de manera efectiva con la administración de la F-100 o cuando rechaza la FTLC y no hay una evolución positiva en el proceso nutricional, se deberá sospechar de que se trata de una causa secundaria y, por ende, será necesario iniciar o



continuar con un plan de diagnóstico integral (exámenes diagnósticos y valoración por pediatría, nutrición y, de ser necesario, otras especialidades) para definir un manejo individualizado.

Tabla 39.1. Transición a fórmula terapéutica F-100 para niños mayores de 6 meses y menores de 4 Kg sin edema y con ganancia insuficiente de peso en la fase de estabilización.

Día de tratamiento	Frecuencia	F-75			F-100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
7		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
8..		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día de tratamiento 10mL/Kg/día sin superar los 100 mL/Kg/día		

Tabla 39.2. Transición a fórmula terapéutica F-100 para niños mayores de 6 meses y menores de 4 Kg con edema.

Día de tratamiento	Frecuencia	F-75			F-100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	6 tomas	133	100	2 tomas	30	30
7		5 tomas	100	75	3 tomas	60	60
8		4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
9		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
10..		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día de tratamiento 10mL/Kg/día sin superar los 100 mL/Kg/día		

NOTA: En los niños y niñas mayores de 6 meses que presenten disfunción motora oral se debe realizar la transición a F-100 como se mostró en las tablas 39.1 a 39.4 según corresponda y una vez se logre la rehabilitación de mecanismo de deglución se realizará transición a FTLC de acuerdo con el Lineamiento vigente.”

Artículo 17. Adiciónese el numeral 5.3 al numeral 5 del “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, 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



“5.3 Manejo de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda de etiología secundaria

Para las niñas y niños de 6 a 59 meses de edad que cursan con desnutrición aguda de etiología secundaria, el equipo interdisciplinario de salud deberá evaluar cada caso en particular para determinar el producto de soporte nutricional adecuado (Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) acorde con sus necesidades y condiciones de base.”

Artículo 18. Manejo y seguimiento de niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición aguda en los departamentos de Chocó, La Guajira y Vichada” Incorpórese un nuevo capítulo en el “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

“7.1 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda.

7.1.1 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre cero (0) y 6 meses de edad

Niños y niñas menores de 6 meses (edad corregida en prematuros): Se consideran en riesgo de desnutrición cuando presentan puntaje Z del indicador peso/longitud (P/L) entre ≥ -2 y < -1 DE, y además cumplen UNO O MÁS de los siguientes criterios clínicos, nutricionales o sociales que incrementan la probabilidad de deterioro nutricional:

1 Criterios nutricionales y antropométricos

1.1 Ganancia de peso insuficiente para la edad:

- **0 a 3 meses:** ganancia ≤ 25 g/día.
- **3 a 6 meses:** ganancia ≤ 12 g/día.

1.2 Otras alteraciones antropométricas relevantes

- Aplanamiento o descenso de la curva de crecimiento en el indicador longitud/edad aun si no cumple criterios completos de retraso.
- No recuperación del peso al nacer en la tercera semana de vida.

2. Factores clínicos y de alimentación

- Signos clínicos sugestivos de anemia (palidez conjuntival o palmar, taquicardia, irritabilidad, decaimiento) o hemoglobina (Hb) menor a los valores de referencia para la edad.
- Antecedente de desnutrición aguda recuperada, con nuevo descenso de peso en ausencia de enfermedad aguda.
- Episodios de IRA o EDA en el último mes, en un contexto de vulnerabilidad social.
- Infecciones recurrentes o persistentes que condicionen riesgo de recaída nutricional.
- Dificultades de alimentación que comprometan la ingesta adecuada:

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



- ✓ Técnica de lactancia ineficaz.
- ✓ Rechazo persistente del pecho.
- ✓ Lactancia materna no exclusiva o introducción precoz de otros alimentos o líquidos, incluida el agua,
- Baja transferencia de leche por problemas fisiológicos maternos.

3. Factores familiares y del cuidador

- Ausencia permanente de la madre o cuidador principal por muerte, abandono o causas asociadas.
- Madre, padre o cuidador principal con problemas de salud mental o física (depresión, ansiedad, déficit cognitivo, patologías que limiten el cuidado adecuado).
- Madre adolescente sin red de apoyo o dependencia social extrema.

4. Factores socioeconómicos y del entorno

- Vulnerabilidad socioeconómica severa (hacinamiento, inseguridad alimentaria, limitaciones en acceso a agua potable, saneamiento y condiciones de higiene), especialmente en población indígena, afrodescendiente o migrante.
- Dificultad de acceso a servicios de salud: distancia geográfica, falta de transporte, ausencia de servicios continuos.
- Hogares con dos o más niños menores de 5 años en situación de inseguridad alimentaria.
- Residencia en zonas de recuperación nutricional definidas en Resolución 1226 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (o la que la modifique o sustituya).

5. Antecedentes del nacimiento que aumentan vulnerabilidad

- Prematuridad (<37 semanas).
- Bajo peso al nacer (<2500 g) con trayectoria de crecimiento subóptima.
- Pequeño para la edad gestacional (PEG) (peso al nacer < p10 por sexo) con estancamiento posterior.

Parágrafo 1. Todo neonato que haya superado el periodo de pérdida fisiológica de peso —el cual puede presentarse hasta los 7-10 días de nacido—, así como todo prematuro que alcance las 40 semanas de edad corregida y sea identificado con riesgo de desnutrición aguda, deberá ser atendido de acuerdo con lo establecido en el numeral 7.2.1 del presente lineamiento. Estas directrices serán igualmente aplicables a los niños y niñas vinculados al Programa Madre Canguro y deberán ser implementadas por los profesionales responsables de su atención.

Parágrafo 2. Deberá considerarse una urgencia que un neonato a término presente una pérdida de peso mayor al 10% durante la primera semana de vida, o mayor al 15% en el caso de los recién nacidos pretérmino. Aunque estos niños y niñas no se atienden conforme a la presente resolución, deben recibir el manejo integral definido en la Resolución 3280 de 2018. La omisión de estas



atenciones puede conducir al desarrollo de desnutrición aguda moderada o severa en las semanas posteriores.

7.1.2 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre seis (6) y 59 meses de edad

Niños y niñas en riesgo nutricional: Se considera en riesgo todo niño o niña de 6 a 59 meses con puntaje Z del indicador peso/talla o peso/longitud (P/T-L) entre ≥ -2 y < -1 desviación estándar, que adicionalmente cumpla UNO O MÁS de los siguientes factores clínicos, nutricionales o sociales que incrementan el riesgo de deterioro nutricional, especialmente en territorios con alta mortalidad asociada a desnutrición:*

1. Factores clínicos y de alimentación.

- *Signos clínicos sugestivos de anemia (palidez conjuntival o palmar, taquicardia, fatiga evidente, cefalea o irritabilidad) o hemoglobina < 11 g/dL, ajustada a altitud según Resolución 2350 de 2020.*
- *Antecedente de desnutrición aguda recuperada, con nuevo descenso de peso en ausencia de enfermedad aguda.*
- *Episodios de IRA o EDA en el último mes, en contextos de vulnerabilidad social.*
- *Infecciones recurrentes o persistentes que condicionen riesgo de recaída nutricional.*
- *Prácticas de alimentación inadecuadas, como introducción tardía de alimentación complementaria, dietas pobres en proteínas, vitaminas y minerales, y/o consumo predominante de alimentos con alta densidad energética, pero bajo valor nutricional.*
- *Perímetro braquial (PB) $< 12,5$ cm.*

2. Factores familiares y del cuidador

- *Ausencia permanente de madre, padre o cuidador principal por muerte, abandono o separación prolongada.*
- *Madre, padre o cuidador principal con problemas de salud física o mental (depresión, ansiedad, déficit cognitivo, patologías que limiten el cuidado adecuado).*
- *Madre adolescente sin red de apoyo o en condiciones de dependencia extrema.*

3. Factores socioeconómicos y del entorno

- *Vulnerabilidad socioeconómica severa (hacinamiento, inseguridad alimentaria, limitaciones en acceso a agua potable, saneamiento y condiciones de higiene), especialmente en población indígena, afrodescendiente o migrante.*
- *Dificultad de acceso a servicios de salud: distancia geográfica, falta de transporte, ausencia de servicios continuos.*
- *Hogares con dos o más niños menores de cinco (5) años en situación de inseguridad alimentaria.*

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



- *Residencia en zonas de recuperación nutricional definidas en la Resolución 1226 de 2025 del MSPS, (o la que la modifique o sustituya).*

4. Antecedentes del nacimiento que aumentan vulnerabilidad (Aplica en niños y que tengan hasta 2 años).

- *Prematuridad (<37 semanas) con aplanamiento o descenso de la curva de crecimiento en el indicador longitud- talla para la edad.*
- *Bajo peso al nacer (<2500 g) con trayectoria de crecimiento subóptima.*
- *Pequeño para la edad gestacional (PEG) (peso al nacer < p10 por sexo) con estancamiento posterior.*

NOTA: *En el caso de niños y niñas prematuros menores de 2 años, la valoración deberá realizarse con base en la edad corregida.*

7.2. Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda.

Una vez identificado el paciente con riesgo de desnutrición aguda con base a las consideraciones del numeral anterior, se debe realizar la Clasificación internacional de enfermedades 10.^a u 11.^a edición (CIE-10 y CIE-11) con alguno de los códigos que se presentan en la Tabla 48.

Tabla 48. *Códigos de CIE-10 y CIE-11 con los cuales se debe clasificar a los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición según lo definido en la presente resolución.*

Código CIE	Versión	Descripción
E46X	10	Desnutrición proteico-calórica, no especificada.
5B52	11	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes

Así mismo, las IPS realizarán la valoración clínica y la clasificación nutricional, el tamizaje de anemia y la presencia o no de otras comorbilidades, para definir si requiere hospitalización:

Todo niño o niña con riesgo de desnutrición aguda que, además, presente alguna enfermedad aguda o signos de peligro general definidos por la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) —como convulsiones, letargo o inconsciencia, presunta infección bacteriana sistémica, síntomas respiratorios, fiebre, diarrea, problemas de oído, edema nutricional, esquema de vacunación incompleto o afecciones de la cavidad oral, entre otros— debe ser manejado conforme a los lineamientos de dicha estrategia. Una vez controlada la causa de la hospitalización, se



deberá realizar nuevamente la clasificación nutricional y, si persiste el riesgo de desnutrición aguda, proceder según lo dispuesto en la presente resolución.

7.2.1 Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre cero (0) y seis (6) meses de edad.

Si el niño o niña menor de seis (6) meses tiene presencia de comorbilidades o es neonato con ganancia de peso inadecuada, se debe garantizar la atención médica, brindar la consejería en lactancia materna y tratamiento específico de la comorbilidad identificada.

Si el niño o niña menor de 6 meses no tiene presencia de comorbilidades, se debe realizar la valoración integral, promoción y apoyo de la lactancia materna a la madre y cuidadores de acuerdo con lo planteado en el capítulo 8 de la Resolución 3280/18.

Si el niño o la niña se encuentra entre los cuatro (4) y seis (6) meses, se debe garantizar la asesoría para la introducción adecuada de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y se deberá reforzar en todos los seguimientos.

Se deberá garantizar seguimiento por profesional en pediatría o nutrición en los primeros 7-10 días posteriores a la atención inicial. Si está teniendo una ganancia de peso adecuada, es decir, $\geq 25\text{g/día}$ en menores de 3 meses y $\geq 12\text{g/día}$ en niños/as entre 3 y 6 meses, se realiza seguimiento quincenal hasta lograr recuperación nutricional y corregir deficiencia de micronutrientes de acuerdo con el lineamiento vigente.

Si se observa una velocidad de crecimiento insuficiente a pesar de tener adherencia a las indicaciones, se brindará manejo por pediatría y se reforzará la implementación del plan integral de cuidado primario definido por el numeral 8.5.4 de la Resolución 3280/18.

7.2.2 Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre seis (6) y cincuenta y nueve (59) meses de edad.

Para el caso de los niños y niñas entre los 6 y 59 meses que se encuentran en riesgo de desnutrición aguda y presentan comorbilidades, se debe garantizar la atención médica y tratamiento acorde con su patología.

Si el niño o niña entre 6 y 59 meses presenta riesgo de desnutrición de acuerdo con el numeral 7.1.2, se debe suministrar, de manera ambulatoria: Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo- FTLC en dosis equivalentes a 240-270 Kcal/día, hasta lograr el peso adecuado para talla/longitud, puntaje $Z \geq -1$ 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



Todo niño o niña entre 6 y 59 meses que presenta riesgo de desnutrición aguda, pero no tiene ninguno de los factores descritos en el numeral 7.1.2, se le debe garantizar las intervenciones nutricionales establecidas en la Resolución 3280 del 2018 acorde con la edad, dentro de las que se encuentran: consejería en lactancia materna a menores de 2 años, tamizaje periódico de Hemoglobina (Hb), suministro de micronutrientes y promoción de alimentación saludable.

Posterior a la atención inicial, se realizará seguimiento para verificar su estado de salud y clasificación nutricional cada 15 días por profesionales en medicina o nutrición, hasta lograr recuperación nutricional y corregir déficit de micronutrientes. Si no hay recuperación nutricional entre el tercer y cuarto seguimiento, el caso deberá remitirse a pediatría e iniciar un plan de diagnóstico integral (exámenes diagnósticos y, de ser necesario, valoración por otras áreas) para definir el manejo individualizado.

7.3 Criterios para la consulta de seguimiento

En cada una de las consultas de seguimiento se debe realizar:

- *Valoración clínica integral del niño (a) que incluya todo lo relacionado en la Resolución 3280/2018.*
- *Valoración antropométrica del niño (a) que incluya todo lo relacionado en la Resolución 2465 de 2016.*
- *Valorar el incremento progresivo del peso y longitud/talla, de acuerdo con ganancia esperada.*
- *En niños y niñas menores de 2 años, valoración de la técnica de lactancia materna y educación para la alimentación complementaria.*
- *Evaluación de la salud de la madre o cuidador, tanto en aspectos físicos, como emocionales, identificando factores favorecedores o de riesgo para la continuación de la lactancia materna y el inicio o continuidad de la alimentación complementaria.*
- *Evaluación de las prácticas de cuidado de la salud del niño o niña y de alimentación en el hogar.*
- *Evaluación de la relación entre el niño y la madre o cuidador.*
- *En los niños no amamantados, observación de la técnica de alimentación y verificación de la preparación de la fórmula láctea de inicio.*

➤ Criterios de egreso de manejo ambulatorio

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 niños y niñas menores de un año, la alimentación mediante lactancia materna y alimentación complementaria es eficaz y satisfactoria.
- En niños y niñas mayores de un año, se debe verificar que la alimentación ofrecida en el hogar sea adecuada. En caso de identificarse limitaciones para garantizar el acceso a alimentos, se deberá gestionar la vinculación efectiva de la familia a programas sociales de apoyo alimentario, en coordinación con las instituciones competentes.
- El aumento de peso es progresivo y de acuerdo con la ganancia esperada para su edad.
- La puntuación Z de P/L-T- es igual o superior a -1 DE, peso adecuado para la longitud/talla.
- Se debe garantizar las acciones contempladas en la Resolución 3280 del 2018 acorde con la edad y en la periodicidad establecida.

Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente capítulo, relativo a los principios básicos para el diagnóstico, manejo y seguimiento de niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda, tendrá aplicación prioritaria en los departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada, en razón de su alta tasa de mortalidad por desnutrición aguda en menores de cinco años, así como por las condiciones estructurales de dispersión geográfica, inseguridad alimentaria y factores sociales y culturales que incrementan el riesgo de deterioro nutricional y muerte evitable en la primera infancia. Esta medida se adopta con fundamento en el principio de equidad en salud, que orienta la implementación de acciones diferenciadas para los territorios con mayores niveles de vulnerabilidad.

Parágrafo 2: Lo dispuesto en el presente capítulo deberá ser implementado por las entidades territoriales departamentales o distritales que el Ministerio de Salud y Protección Social determine, a partir del análisis oficial de los indicadores de mortalidad, incidencia y reincidencia por desnutrición aguda en menores de cinco (5) años, así como de los determinantes sociales de la salud que incrementen la vulnerabilidad de la población infantil al derecho humano a una alimentación adecuada. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá mediante acto administrativo los departamentos o distritos que deberán adoptar las acciones necesarias para su aplicación integral en el territorio.

Asimismo, las secretarías de salud departamentales o distritales podrán informar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los canales oficiales, sobre emergencias, situaciones especiales o novedades epidemiológicas que ameriten la implementación de estas disposiciones en su jurisdicción, para que dicha solicitud sea evaluada, considerada y, de ser pertinente, aprobada por la autoridad nacional.”

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 19. Modificación capítulo de Bibliografía. Modifíquese la numeración del capítulo correspondiente a la Bibliografía del “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*”, el cual quedará bajo el capítulo 8.

Artículo 20. Protocolo para la vigilancia del riesgo de desnutrición aguda. A través del Instituto Nacional de Salud, se establecerá el protocolo para la vigilancia del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años en los territorios definidos por el artículo 18 del presente acto normativo.

Artículo 21. Periodo de Transición. Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Territoriales de Salud departamentales, distritales y municipales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI), contarán con un plazo máximo de un (1) mes, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, para implementar en sus ámbitos de responsabilidad las disposiciones contenidas en la modificación del lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada, severa y del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco (5) años.

Durante este período deberán adoptar los ajustes operativos, administrativos y técnicos requeridos para garantizar la efectiva ejecución de los procesos de identificación, atención, seguimiento y reporte definidos en la presente normativa, así como articular las acciones de coordinación intersectorial previstas.

Artículo 22. Vigencia y derogatorias. El presente acto administrativo entrará en vigor a partir de la fecha de su expedición, y modifica los artículos 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 11 de la Resolución 2350 de 2020, así como su anexo técnico denominado “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad*”, para fortalecer la atención integral de la desnutrición aguda y su prevención en niños y niñas menores de cinco (5) años.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2.4 Resolución 0116 de 2026

Por la cual se modifica el artículo 4 y los anexos técnicos adoptados en el artículo 2 de la Resolución 315 de 2020, para actualizar los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del Estado y de los medicamentos de control especial de uso humano y veterinario, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas en los artículos 461 y 462 de la Ley 9 de 1979, artículo 3 y literal e) del artículo 20 de la Ley 30 de 1986, y 2.2.2.1.1.7. del Decreto 1069 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, enmendada por el Protocolo de 1972 y aprobada a través de la Ley 13 de 1974, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971, aprobado mediante Ley 43 de 1980 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas suscrita en Viena el 20 de diciembre de 1988, al hacer parte del ordenamiento jurídico colombiano son de obligatorio cumplimiento, y en ese sentido corresponde a Colombia como estado miembro de las mismas, adoptar las medidas legislativas y administrativas que sean necesarias para cumplir las disposiciones de las referidas convenciones internacionales.

Que de conformidad con el artículo 3° de la Convención Única de 1961, sobre Estupefacientes, y el artículo 2° del Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, la actualización de los listados de estupefacientes y sustancias psicotrópicas se llevará a cabo mediante las decisiones emitidas por la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Que adicionalmente, de acuerdo con las decisiones de la mencionada Comisión de Estupefacientes, a la fecha han sido incluidas 64 sustancias estupefacientes, psicotrópicas o precursores de posible uso frecuente en la fabricación ilícita de drogas, que deben ser incorporadas en los listados nacionales de sustancias sometidas a fiscalización.

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 aparición en el mercado de nuevas sustancias psicoactivas, como lo ha revelado el Sistema de Alertas Tempranas para Drogas Emergentes del Observatorio de Drogas de Colombia y la evidencia disponible a la fecha, pone en mayor riesgo a los usuarios por sustancias como la xilacina, por ser en su mayoría más potentes y/o tóxicas que las drogas que pretenden emular, además del uso de determinados precursores para la fabricación de sustancias fiscalizadas como el anhídrido propiónico y el bencilfentanilo, por lo cual se hace necesaria su fiscalización en el plano nacional, aun cuando no hayan sido incluidas por la Comisión de Estupefacientes en los listados internacionales.

Que el artículo 473 de la Ley 9 de 1979, señala que corresponde al Estado como regulador en materia de salud, expedir las disposiciones necesarias para la venta o suministro de productos que contengan estupefacientes.

Que la Ley 715 de 2001 establece, en su literal 43.3.7. artículo 43 las competencias de las entidades territoriales en el sector salud y, especialmente frente a la salud pública, el *“Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas”*.

Que, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del Decreto 205 de 2003, el Fondo Nacional de Estupefacientes ha sido designado como la Unidad Administrativa Especial (UAE) del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto central es ejercer la vigilancia y el control sobre la importación, exportación, distribución y venta de las siguientes: a) materias primas y sustancias de control especial o sometidas a fiscalización, y b) medicamentos que las contengan y aquellas sustancias de monopolio del Estado a las que se refiere la Ley 30 de 1986 y demás disposiciones emitidas por este Ministerio, así como la responsabilidad de apoyar los programas del Gobierno Nacional, destinados a prevenir la farmacodependencia.

Que la Resolución 1478 de 2006, expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, modificada mediante las Resoluciones 4902 de 2006, 940 de 2007, 1012, 2240 y 2564 de 2008, 262, 2335 y 3962 de 2009, 2593 de 2012, 2340 de 2013, 485 de 2016 y 315 de 2020, establece normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan, y sobre aquellas que son monopolio del Estado.

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 2 de la Resolución 315 de 2020, adopta los anexos técnicos mediante los cuales se actualizan los listados de las sustancias estupefacientes, psicotrópicas y precursores de drogas sometidas a fiscalización en Colombia, así como los medicamentos de control especial de uso humano y veterinario y los sometidos al monopolio del Estado, entendido este como la exclusividad para la importación, adquisición y venta de las sustancias que generan dependencia.

Que, en razón a los argumentos presentados, se hace necesario actualizar e integrar en un solo acto administrativo, los listados de las sustancias estupefacientes, psicotrópicas y precursores de drogas sometidas a fiscalización en Colombia, de aquellas clasificadas como monopolio del Estado, y de los medicamentos de control especial de uso humano y veterinario.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 4 de la Resolución 315 de 2020, el cual quedará así:

“Artículo 4. Combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de medicamentos de control especial. La fiscalización y control sobre los medicamentos de control especial contenidos en el Anexo Técnico No. 3, aplica para todos los medicamentos con dos o más principios activos que los contengan, así como las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA mediante el respectivo registro sanitario o por el ICA mediante el registro o licencia de venta según corresponda, sin que se requiera de la actualización del mencionado listado.”

Artículo 2. Modifíquense los Anexos Técnicos Nos. 1, 2, 3 y 4 adoptados mediante el artículo 2 de la Resolución 315 de 2020, los cuales quedarán así:

“ANEXO TÉCNICO 1

Listado de sustancias incluidas como sustancias de control especial y sometidas a fiscalización.

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUÍMICO	LISTADO (S)
1	(+)-LISÉRGIDA	9,10-didehidro-N,N-dietil-6-metilergolina-8β-carboxamida	LISTA VERDE LISTA I
2	1-FENIL-2-PROPANONA	1-fenil-2-propanona	LISTA ROJA CUADRO I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
3	25B-NBOMe	2-(4-bromo-2,5-dimetoxifenil)-N-(2-metoxibencil)etanamina	LISTA VERDE LISTA I
4	25C-NBOMe	2-(4-cloro-2,5-dimetoxifenil)-N-(2-metoxibencil)etanamina	LISTA VERDE LISTA I
5	25D-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-metilfenil)-N-(2-metoxibencil)etanamina	LISTA NACIONAL
6	25E-NBOMe	2-(4-etil-2,5-dimetoxifenil)-N-[(2-metoxifenil)metil]etanamina	LISTA NACIONAL
7	25G-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-3,4-dimetilfenil)-N-[(2-metoxifenil)metil]etanamina	LISTA NACIONAL
8	25H-NBOMe	2-(2,5-dimetoxifenil)-N-(2-metoxibencil)etanamina	LISTA NACIONAL
9	25I-NBOMe	2-(4-yodo-2,5-dimetoxifenil)-N-(2-metoxibencil)etanamina	LISTA VERDE LISTA I
10	2C-B	4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
11	2C-E	1-(2,5-Dimetoxi-4-etilfenil)-2-aminoetano	LISTA NACIONAL
12	2-FLUORODESCLOROKETAMINA	2-(2-fluorofenil)-2-(metilamino)ciclohexan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
13	2-METIL-AP-237	1-[2-metil-4-[(2E)-3-fenilprop-2-en-1-il]piperazin-1-il]butan-1-ona	LISTA AMARILLA LISTA I
14	3,4-MDP-2-P-GLICIDATO DE METILO	2-oxiranecarboxylic acid, 3-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-methyl, methyl ester	LISTA ROJA CUADRO I
15	3,4-METILENDIOXIFENIL-2-PROPANONA	2-propanona,1-[3,4(metilenedioxi)fenil]	LISTA ROJA CUADRO I
16	3-clorometcatinona (3CMC)	1-(3-clorofenil)-2-(metilamino)propan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
17	3-METILFENTANILO	N-(3-metil-1-fenetil-4-piperidil)propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
18	3-metilmecatinona	2-(metilamino)-1-(3-metilfenil)propan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
19	3-METILTIOFENTANILO	N-[3-metil-1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
20	3-METOXIFENCICLIDINA	1-(1-(3-metoxifenil)ciclohexil)piperidina	LISTA VERDE LISTA II
21	4,4'-DMAR, 4,4'DIMETILAMINOREX	para-metil-4-metilaminorex	LISTA VERDE LISTA II

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
22	4-APB	4-(2-Aminopropil)Benzofurano	LISTA NACIONAL
23	4-CMC (4-clorometcatinona), clefedrona	1-(4-clorofenil)-2-(metilamino)-1-propanona	LISTA VERDE LISTA II
24	4-(Fenilamino)piperidina-1-carboxilato de tert-butilo (1-boc-4-AP)	(4-(phenylamino)-1-piperidinecarboxylic acid, 1,1 dimethylethyl ester)	LISTA ROJA CUADRO I
25	4-FLUOROANFETAMINA (4- FA)	1- (4-Fluorofenil) propan-2-amina	LISTA VERDE LISTA II
26	4- FLUOROISOBUTIRFENTANILO (4- FIBF, pFIBF)	N- (4-Fluorofenil) -2-metil-N- [1- (2- feniletil) piperidin-4-il] propanamida	LISTA AMARILLA LISTA I
27	4F-MDMB-BINACA	(S)-2-(1-(4-fluorobutil)-1H-indazol- 3- carboxamido)-3,3-dimetilbutanoato de metilo	LISTA VERDE LISTA II
28	4-METILAMINOREX	(±)-cis-2-amino-4-metil-5-fenil-2-oxazolona	LISTA VERDE LISTA I
29	4-METILETCATINONA (4- MEC)	(R / S) - 2- (Etilamino) -1- (4-metilfenil) propan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
30	4-MTA	α-metil-4-metiltiofenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
31	4-Oxopiperidina-1-carboxilato de tert-butilo (1-boc-4-piperidona)	(1-piperidinecarboxylic acid, 4-oxo, 1,1dimethylethyl ester)	LISTA ROJA CUADRO I
32	4-Piperidona	(piperidin-4-one)	LISTA ROJA CUADRO I
33	5F-AMB, 5F-AMB-PINACA	2-([1-(5-fluoropentil)-1H-indazol3il]carbonil} amino)-3-metilbutanoato de metilo	LISTA VERDE LISTA II
34	5F-APINACA (5F-AKB-48)	N-((3s,5s,7s)-adamantan-1-il)-1-(5-fluoropentil)-1H-indazol-3-carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
35	5F-MDMB-PICA	(S)-2-(1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3- carboxamido)-3,3-dimetilbutanoato de metilo	LISTA VERDE LISTA II
36	5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	Metil (2S) -2 - {[1- (5-fluoropentil) -1H-indazol-3-carbonil] amino} -3,3-dimetilbutanoato	LISTA VERDE LISTA II
37	5F-PB-22	Quinolin-8-il 1- (5-fluoropentil) -1H-indol- 3- carboxilato	LISTA VERDE LISTA II
38	5-MeO-MIPT	5-metoxi-N-metil-N-isopropilriptamina	LISTA NACIONAL
39	6-APB	6-(2-Aminopropil)Benzofurano	LISTA NACIONAL
40	AB-CHMINACA	N - [(2S) -1-Amino-3-metil-1-oxobutan-2il]-1-(ciclohexilmetil) -1H-indazol-3- carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
41	AB-FUBINACA	N-[(2S)-1-amino-3-metil-1-oxobutan-2-il]- 1- [(4-fluorofenil)metil]indazol-3- carboxamida	LISTA VERDE LISTA II

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
42	AB-PINACA	N - [(2S) -1-Amino-3-metil-1-oxobutan-2-il]-1-pentil-1H-indazol-3-carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
43	ACEPROMAZINA	1-[10-(3-dimetilaminopropil)-10H- fenotiazin-2-il]etanona	LISTA NACIONAL
44	ACETIL-ALFA- METILFENTANILO	N-[1-(α -metilfenetil)-4-piperidil]acetanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
45	ACETILDIHIDROCODEÍNA	(derivado de la codeína)	LISTA AMARILLA LISTA II
46	ACETILFENTANILO	N-[1-(2-feniletil)-4-piperidil]-N- fenilacetamida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
47	ACETILMETADOL	3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4- difenilheptano	LISTA AMARILLA LISTA I
48	ACETORFINA	3-O-acetiltetrahidro-7 α -(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endo-etenoopavina	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
49	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P- METILGLICÍDICO	2-oxiranecarboxylic acid, 3-(1,3- benzodioxol-5-yl)-2-Methyl	LISTA ROJA CUADRO I
50	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ETÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de etilo	LISTA ROJA CUADRO I
51	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER PROPÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de propilo	LISTA ROJA CUADRO I
52	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ISOPROPÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de isopropilo	LISTA ROJA CUADRO I
53	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER BUTÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de butilo	LISTA ROJA CUADRO I
54	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ISOBUTÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de isobutilo	LISTA ROJA CUADRO I
55	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER SEC- BUTÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de sec-butilo	LISTA ROJA CUADRO I
56	ÁCIDO 3,4-MDP-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER TERT- BUTÍLICO	3-(benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-metiloxirano-2-carboxilato de tert-butilo	LISTA ROJA CUADRO I
57	ÁCIDO P-2-P METILGLICÍDICO	ácido 2-metil-3-feniloxirano-2-carboxílico	LISTA ROJA CUADRO I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
58	ACIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER METÍLICO	ácido 2-metil-3-feniloxirano-2-carboxílico, éster metílico	LISTA ROJA CUADRO I
59	ACIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ETÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de etilo	LISTA ROJA CUADRO I
60	ACIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER PROPÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de propilo	LISTA ROJA CUADRO I
61	ACIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ISOPROPÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de isopropilo	LISTA ROJA CUADRO I
62	ACIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER BUTÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de butilo	LISTA ROJA CUADRO I
63	ÁCIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER ISOBUTÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de isobutilo	LISTA ROJA CUADRO I
64	ÁCIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER SEC-BUTÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de sec-butilo	LISTA ROJA CUADRO I
65	ÁCIDO P-2-P METILGLICÍDICO, ÉSTER TERT-BUTÍLICO	2-metil-3-fenil-2-oxiranocarboxilato de tert-butilo	LISTA ROJA CUADRO I
66	ÁCIDO ANTRANÍLICO	ácido 2-aminobenzoico	LISTA ROJA CUADRO II
67	ÁCIDO FENILACÉTICO	ácido bencenoacético	LISTA ROJA CUADRO I
68	ÁCIDO GAMMA- HIDROXIBUTÍRICO (GHB)	ácido γ -hidroxibutírico	LISTA VERDE LISTA II
69	ÁCIDO LISÉRGICO	10-didehidro-N,N-dietil-6-metilergolina-8 β -carboxamida	LISTA ROJA CUADRO I
70	ÁCIDO N-ACETILANTRANÍLICO	ácido benzoico, 2-(acetilamino)	LISTA ROJA CUADRO I
71	ACRILLOILFENTANILO (ACRILFENTANILO)	N-Fenil-N- [1- (2-feniletil) piperidin-4-il] prop-2-enamida	LISTA AMARILLA LISTA I
72	ADB-BUTINACA	N-(1-amino-3-oxobutano-2-il)-1-butil-1H-indazol-3-carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
73	ADB-CHMINACA	N-[(2S)-1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il]-1-(ciclohexilmetil)-1H-indazol-3- carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
74	ADB-FUBINACA	N-[(2S)-1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il]-1-[(4-fluorofenil)metil]-1H-indazol-3-carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
75	ADINAZOLAM	8-cloro-1-(dimetilaminometil)-6-fenil-4H-1,2,4-triazolo[4,3-a]{1,4}benzodiazepina	LISTA NACIONAL
76	AH-7921	3,4-dicloro-N-[(1-dimetilamino)ciclohexilmetil]benzamida	LISTA AMARILLA LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
77	ALFACETILMETADOL	α -3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	LISTA AMARILLA LISTA I
78	ALFA-FENILACETOACETAMIDA (APAA)	benzeneacetamide, α -acetyl	LISTA ROJA CUADRO I
79	ALFA-FENILACETOACETATO DE METILO (MAPA)	(methyl 3-oxo-2-phenylbutanoate) CAS: 16648-44-5	LISTA ROJA CUADRO I
80	ALFA-FENILACETOACETONITRILO (APAAN)	(3-oxo-2-phenylbutanenitrile) CAS: 4468-48-8	LISTA ROJA CUADRO I
81	ALFA-FENILACETOACETONITRILO (APAAN)	3-oxo-2-fenilbutanonitrilo	LISTA ROJA CUADRO I
82	ALFAMEPRODINA	α -3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
83	ALFAMETADOL	α -6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	LISTA AMARILLA LISTA I
84	ALFA-METILFENTANILO	N-[1-(α -metilfenetil)-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
85	ALFA-METILTIOFENTANILO	N-[1-[1-metil-2-(2-tienil)etil]-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
86	ALFA-PHP	(RS)-1-fenil-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
87	ALFA-PIHP	4-metil-1-fenil-2-(pirrolidin-1-il)pentan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
88	ALFAPRODINA	α -1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
89	ALFENTANILO	N-[1-[2-(4-etil-4,5-dihidro-5-oxo-1H-tetrazol-1-il)etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil]-N-fenilpropanamida	LISTA AMARILLA LISTA I
90	ALILPRODINA	3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
91	ALLILESCALINA	3,5-dimetoxi-4-(2-propeniloxi) benzeno etanamina	LISTA NACIONAL
92	ALOBARBITAL	ácido 5,5-dialilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
93	ALPRAZOLAM	8-cloro-1-metil-6-fenil-4H-s-triazolo[4,3-a]; [1,4]benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
94	AM-2201	[1-[(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il]-(naftalen- 1-il)metanona	LISTA VERDE LISTA II
95	AMB-FUBINACA	N-[[1-[(4-fluorofenil)metil]-1H-indazol-3-yl]carbonil]-L-valina, ester metílico	LISTA NACIONAL
96	AMINEPTINA	ácido 7-[(10,11-dihidro-5H-dibenzo[a,d]ciclohepten-5-il)amino]heptanoico	LISTA VERDE LISTA II
97	AMINOREX	2-amino-5-fenil-2-oxazolina	LISTA VERDE LISTA IV
98	AMISULPRIDA	4-amino-N-[(1-etil-2-pirrolidinil)metil]-5-etilsulfonil-2-metoxi-benzamida	LISTA NACIONAL
99	AMITRIPTILINA	3-(10,11-dihidro-5H- dibenzo[a,d]ciclohepten-5-iliden)- propildimetilamina	LISTA NACIONAL
100	AMOBARBITAL	ácido 5-etil-5-isopentilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA III
101	AMOXAPINA	2-cloro-11-(piperazin-1-il)dibenzo[b,f]{1,4}oxazepina	LISTA NACIONAL
102	ANFEPRAMONA (DIETILPROPION)	2-(dietilamino)propiofenona	LISTA VERDE LISTA IV
103	ANFETAMINA	(±)-α-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
104	ANHIDRIDO PROPIONICO	ANHIDRIDO PROPIONICO	LISTA NACIONAL
105	ANILERIDINA	éster etílico del ácido 1-p-aminofenetil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
106	ANPP	4-Anilino-N-fenetilpiperidina	LISTA ROJA CUADRO I
107	BARBITAL	ácido 5,5-dietilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
108	BECITRAMIDA	1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-bencimidazolinil) piperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
109	BENCETIDINA	Éster etílico del ácido 1-(2-benciloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
110	BENCILFENTANILO	N- (1-Bencilpiperidin-4-il) -N-fenilpropanamida	LISTA NACIONAL
111	BENCILMORFINA	3-bencilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA I
112	BENZFETAMINA	N-bencil-N,α-dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA IV

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
113	BETACETILMETADOL	β -3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenilheptano	LISTA AMARILLA LISTA I
114	BETA-HIDROXI-3- METILFENTANILO	N-[1-(β -hidroxifenetil)-3-metil-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
115	BETA-HIDROXIFENTANILO	N-[1-(β -hidroxifenetil)-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
116	BETAMEPRODINA	β -3-etil-1-metil-4-fenil-4- propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
117	BETAMETADOL	β -6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	LISTA AMARILLA LISTA I
118	BETAPRODINA	β -1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
119	BROLANFETAMINA (DOB)	($\pm$)-4-bromo-2,5-dimetoxi- α -Metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
120	BROMAZEPAM	7-bromo-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
121	BROMAZOLAM	8-bromo-1-metil-6-fenil-4H-[1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV
122	BROMPERIDOL	4-[4-(p-bromofenil)-4-hidroxi-1-piperidinil]- 1-(p-fluorofenil)-1-butanona	LISTA NACIONAL
123	BRORFINA	1-[1-[1-(4-bromofenil)etil]-piperidin-4-il]-1,3-dihidro-2H- bencimidazol-2-ona	LISTA AMARILLA LISTA I
124	BROTIZOLAM	2-bromo-4-(o-clorofenil)-9-metil-6H-tieno[3,2-f]-stiazolo[4,3-a][1,4]diazepina	LISTA VERDE LISTA IV
125	BUPRENORFINA	2I-ciclopropil-7- α -[(S)-1-hidroxi-1,2,2-trimetilpropil]-6,14-endo-etano-6,7,8,14-tetrahidrooripavina	LISTA VERDE LISTA III
126	BUTALBITAL	ácido 5-alil-5-isobutilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA III
127	BUTILONA	1- (1,3-benzodioxol-5-il) -2- (metilamino) butan-1-ona	LISTA NACIONAL
128	BUTIRATO DE DIOXAFETILO	etil-4-morfolin-2,2-difenilbutirato	LISTA AMARILLA LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
129	BUTIRFENTANILO	N-fenil-N-[1-(2-feniletil)-4-piperidinil]butanamida	LISTA AMARILLA LISTA I
130	BUTOBARBITAL	ácido 5-butil-5-etilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
131	BUTONITACENO	N,N-dietil-2-[(4-butoxifenil)metil]- 5-nitro-1H-bencimidazol-1- etanamina	LISTA AMARILLA LISTA I
132	BUTORFANOL	17-ciclobutilmetil-morfinan-3,14-diol	LISTA NACIONAL
133	BUTRIPTILINA	(+/-)-3-(10,11-dihidro-5H-dibenzo[a,d]ciclohepten-5-il)-2,N,N-Trimetilpropilamina	LISTA NACIONAL
134	CAMAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5- fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona dimetilcarbamato (éster)	LISTA VERDE LISTA IV
135	CANNABIS (Para efectos de la adquisición de derivados no psicoactivos de cannabis no serán aplicables los trámites previstos en la Resolución 1478 del 2006 o las normas que la modifiquen o sustituyan. Para el caso de material de referencia se deberá cumplir con los trámites de comercio exterior sin excepción de su expresión de THC).	Sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe. Incluyendo los derivados de cannabis que contengan cantidades de THC (sus isómeros y formas acidas), iguales o superiores a 0,2%).	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
136	CARFENTANILO	Metil 1- (2-feniletil) -4- [fenil (propanoil) amino] piperidina-4-carboxilato	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
137	CARISOPRODOL	N-isopropil-2-metil-2-propil-1,3-propanodiol dicarbamato	LISTA VERDE LISTA IV
138	CATINA	(+)-(S)- α -[(S)-1-aminoetil]alcohol bencílico	LISTA VERDE LISTA III
139	CATINONA	(-)-(S)-2-aminopropiofenona	LISTA VERDE LISTA I
140	CETOBEMIDONA	4-m-hidroxifenil-1-metil-4- propionilpiperidina	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
141	CICLOBARBITAL	ácido 5-(ciclohexen-1-il)-5-etilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA III
142	CICLOPROPILFENTANILO	N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciclopropanocarboxamida	LISTA AMARILLA LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
143	CINARIZINA	(E)-1-(difenilmetil)-4-(3-fenil-2-propenil)piperazina	LISTA NACIONAL
144	CLOBAZAM	7-cloro-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H,5H)-diona	LISTA VERDE LISTA IV
145	CLOBENZOREX	(+)-N-(2-clorobencil)-1-fenil-2-propilamina	LISTA NACIONAL
146	CLOMIPRAMINA	3-(3-cloro-10,11-dihidro-5H-dibenzo[b,f]azepina-5-il)propildimetilamina	LISTA NACIONAL
147	CLONAZEPAM	5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
148	CLONAZOLAM	6-(2-clorofenil)-1-metil-8-nitro-4Hbenzo[f][1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]diazepina	LISTA VERDE LISTA IV
149	CLONITACENO	2-(p-clorobencil)-1-dietilaminoetil-5-nitrobencimidazol	LISTA AMARILLA LISTA I
150	CLORAZEPATO	ácido-7-cloro-2,3-dihidro-2-oxo-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepin-3-carboxílico	LISTA VERDE LISTA IV
151	CLORDIAZEPÓXIDO	7-cloro-2-(metilamino)-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-óxido	LISTA VERDE LISTA IV
152	CLORFENTERMINA	1-(p-clorofenil)-2-metil-2-propilamina	LISTA NACIONAL
153	CLORPROMAZINA	2-cloro-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazina	LISTA NACIONAL
154	CLOTIAZEPAM	5-(o-clorofenil)-7-etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno[2,3-e]-1,4-diazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
155	CLOXAZOLAM	10-cloro-11b-(o-clorofenil)-2,3,7,11b-tetrahidrooxazolo[3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona	LISTA VERDE LISTA IV
156	CLOZAPINA	8-cloro-11-(4-metilpiperazin-1-il)-5H-dibenzo[b,e][1,4]diazepina	LISTA NACIONAL
157	COCA (HOJA DE)	hoja del arbusto de coca (materia de origen vegetal), salvo las hojas de las que se haya extraído toda la ecgonina, la cocaína y otros alcaloides de ecgonina	LISTA AMARILLA LISTA I
158	COCAÍNA	éster metílico de la benzoilecgonina (alcaloide extraído de la hoja de coca o preparado por síntesis a partir de la ecgonina)	LISTA AMARILLA LISTA I
159	CODEÍNA	3-metilmorfina (derivado de la morfina, alcaloide que se encuentra en el opio y en la paja de adormidera)	LISTA AMARILLA LISTA II

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
160	CODOXIMA	dihidrocodeinona-6-carboximetiloxima	LISTA AMARILLA LISTA I
161	CONCENTRADO DE PAJA DE ADORMIDERA	NO APLICA	LISTA AMARILLA LISTA I
162	CROTONILFENTANILO	(E)-N-(1-fenetilpiperidin-4-il)-N-fenilbut-2-enamida	LISTA AMARILLA LISTA I
163	CUMIL-4CN-BINACA	1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1Hindazol-3-carboxamida	LISTA VERDE LISTA II
164	CUMIL PEGACLONE	5-pentil-2-(2-fenilpropan-2-il)-2,5-dihidro-1H-pirido[4,3-b]indol-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
165	DELORAZEPAM	7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
166	DELTA-9 TETRAHIDROCANNABINOL Y SUS VARIANTES ESTEREOQUÍMICAS	(6aR,10aR)-6a,7,8,10a-tetrahidro-6,6,9trimetil- 3-pentil-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol	LISTA VERDE LISTA II
167	DESOMORFINA	Dihidrodesoximorfina	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
168	DET	3-[2-(dietilamino)etil]indol	LISTA VERDE LISTA I
169	DEXANFETAMINA	(+)-α-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
170	DEXTROMORAMIDA	(+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]morfolina (isómero dextrógiro de la moramida)	LISTA AMARILLA LISTA I
171	DEXTROPROPOXIFENO	propionato de α-(+)-4-dimetilamino-1,2-difenil-3-metil-2-butanol (isómero dextrógiro del propoxifeno)	LISTA AMARILLA LISTA II
172	DIAMPROMIDA	N-[2-(metilfenetilamino)- propil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA I
173	DIAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
174	DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO	(5α,6β)-7,8-didehidro-4,5-epoxi-3-metoxi-17-metilmorfinan-6-ol bitartrato	LISTA AMARILLA LISTA II
175	DIBENCEPINA O DIBENZEPINA	10-(2-dimetilaminoetil)-5-10-dihidro-5- metil-dibenzo[b,e]{1,4}diazepin-11-ona	LISTA NACIONAL

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
176	DIBUTILONA	2-dimetilamino-1-(3,4-metilendioxfenil)-butan-1-ona	LISTA NACIONAL
177	DICLAZEPAM, (CLORODIAZEPAM)	7-cloro-5-(2-clorofenil)-1-metil-1,3-dihidro-2H-[e][1,4]diazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
178	DIETILTAMBUENO	3-dietilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buten-3-ol	LISTA AMARILLA LISTA I
179	DIFENIDINA	1-(1,2-difeniletil)piperidina	LISTA VERDE LISTA II
180	DIFENOXILATO	éster etílico del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidina-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
181	DIFENOXINA	ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipeccato	LISTA AMARILLA LISTA I
182	DIHIDROCODEÍNA	4,5-epoxi-3-metoxi-17-metilmorfinan-6-ol	LISTA AMARILLA LISTA II
183	DIHIDROETORFINA	7,8-dihidro-7 α -[1-(R)-hidroxi-1-metilbutil]-6,14-endo-etanotetrahidrooripavina (derivado de la etorfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
184	DIHIDROMORFINA	4,5-epoxi-17-metilmorfinan-3,6-diol	LISTA AMARILLA LISTA I
185	DIMEFEPTANOL	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol	LISTA AMARILLA LISTA I
186	DIMENOXADOL	2-dimetilaminoetil-1-etoxi-1,1-difenilacetato	LISTA AMARILLA LISTA I
187	DIMETILONA	N,N-Dimetil-beta-ceto-3,4-metilendioxfanfetamina	LISTA NACIONAL
188	DIMETILTAMBUENO	3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buten-3-ol	LISTA AMARILLA LISTA I
189	DIPENTILONA	1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-(dimetilamino)pentan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
190	DIPIPANONA	4,4-difenil-6-piperidin-3-heptanona	LISTA AMARILLA LISTA I
191	DMA	($\pm$)-2,5 dimetoxi- α -metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
192	DMHP	3-(1,2-dimetilheptil)-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-6Hdibenzo[b,d]pirano-1-ol	LISTA VERDE LISTA I
193	DMT	3-[2-(dimetilamino)etil]indol	LISTA VERDE LISTA I
194	DOC	2,5-Dimetoxi-4-cloroamfetamina	LISTA NACIONAL
195	DOET	(±)-4-etil-2,5-dimetoxi-α-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
196	DOI	1-(4-Yodo-2,5-dimetoxifenil)propan-2-Amina	LISTA NACIONAL
197	DOXEPINA	3-(dibenzo{b,e}oxepina-11-iliden)propildimetilamina	LISTA NACIONAL
198	DRONABINOL	(6aR,10aR)-6a,7,8,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol	LISTA VERDE LISTA II
199	DROPERIDOL	1-{1-(3-(4-fluorobenzoil)propil)-1,2,3,6-tetrahidro-4-piridil} benzimidazolin-2-ona	LISTA NACIONAL
200	DROTEBANOL	3,4-dimetoxi-17-metilmorfinan-6β,14-diol	LISTA AMARILLA LISTA I
201	ECGONINA	sus ésteres y derivados que sean convertibles en ecgonina y cocaína	LISTA AMARILLA LISTA I
202	EFEDRINA	[R-(R*,S*)]-α-[1-(metilamino)etil]-benzenometanol	LISTA ROJA CUADRO I
203	ERGOMETRINA	ergolina-8-carboxamida,9,10-didehidro-N- (2-hidroxi-1-metiletil)-6-metil-, [8β(S)]	LISTA ROJA CUADRO I
204	ERGOTAMINA	ergotamin-3',6',18'-triona,12'-hidroxi-2'- metil-5'-(fenilmetil), (5'α)	LISTA ROJA CUADRO I
205	ESCOPOLAMINA	(S)-3-Hidroxi-2-fenilpropanoato de (1R,2R,4S,7S,9S)-9-metil-3-oxa-9-azatriciclo[3.3.1.0 ^{2,4}]non-7-ilo	LISTA NACIONAL
206	ESTAZOLAM	8-cloro-6-fenil-4H-s-triazolo[4,3-a][1,4]benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV
207	ESKETAMINA	(S)-2-(2-clorofenil)-2-(metilamino)ciclohexan-1-ona+C462	LISTA NACIONAL
208	ETACENO	2-[(4-etoxifenil)metil]-N,N-dietil-1H-benzimidazol-1-etanamina	LISTA AMARILLA LISTA I
209	ETCLORVINOL	1-cloro-3-etil-1-penteno-4-in-3-ol	LISTA VERDE LISTA IV
210	ETICICLIDINA	N-etil-1-fenilciclohexilamina	LISTA VERDE LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
211	ETILANFETAMINA	N-etil- α -metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA IV
212	ETILFENIDATO	Etil 2-fenil-2- (piperidin-2-il) acetato	LISTA VERDE LISTA II
213	ETILMETILTAMBUENO	3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenol	LISTA AMARILLA LISTA I
214	ETILMORFINA	3-etilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA II
215	ETILONA	1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-(etilamino)propan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
216	ETINAMATO	carbamato de 1-etilciclohexanol	LISTA VERDE LISTA IV
217	ETIZOLAM	4-(2-CLOROFENIL)-2-ETIL-9-METIL-6H-TIENO[3,2-F] [1,2,4]TRIAZOLO[4,3-A][1,4]DIAZEPINA	LISTA VERDE LISTA IV
218	ETONITACENO	1-dietilaminoetil-2-p-etoxibencil-5-nitrobencimidazol	LISTA AMARILLA LISTA I
219	ETONITACEPINA (N-Pirrolidino Etonitazeno)	2-[(4-etoxifenil)metil]-5-nitro-1-(2-pirrolidin-1-ilet)-1H-benzoimidazol	LISTA AMARILLA LISTA I
220	ETOPERIDONA	2-{3-(4-(3-clorofenil)piperazin-1-il)propil}-4,5-dietil-2,4-dihidro-3H-1,2,4-triazol-3-ona	LISTA NACIONAL
221	ETORFINA	tetrahidro-7 α -(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endo-etenoopavina	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
222	ETOXERIDINA	éster etílico del ácido 1-[2-(2-hidroxietoxi)-etil]-4-fenilpiperidin-4- carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
223	ETRIPTAMINA	3-(2-aminobutil)indol	LISTA VERDE LISTA I
224	EUTILONA	1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-(etilamino)butan-1ona	LISTA VERDE LISTA II
225	FENADOXONA	6-morfolin-4,4-difenil-3-heptanona	LISTA AMARILLA LISTA I
226	FENAMPROMIDA	N-(1-metil-2-piperidinoetil)propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
227	FENAZEPAM	7-bromo-5-(2-clorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
228	FENAZOCINA	2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfan	LISTA AMARILLA LISTA I
229	FENCANFAMINA	N-etil-3-fenil-2-norbonanamina	LISTA VERDE LISTA IV
230	FENCICLIDINA (PCP)	1-(1-fenilciclohexil)piperidina	LISTA VERDE LISTA II
231	FENDIMETRACINA	(+)-(2S,3S)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina	LISTA VERDE LISTA IV
232	FENETILINA	7-[2-[(α -metilfenetil)amino]etil]teofilina	LISTA VERDE LISTA II
233	FENMETRACINA	3-metil-2-fenilmorfolina	LISTA VERDE LISTA II
234	FENOBARBITAL	ácido 5-etil-5-fenilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
235	FENOMORFANO	3-hidroxi-N-fenilmorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
236	FENOPERIDINA	éster etílico del ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
237	FENPROPOREX	($\pm$)-3-[(α -metilfenetil)amino]propionitrilo	LISTA VERDE LISTA IV
238	FENTANILO	1-fenetil-4-N-propionil-anilino-piperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
239	FENTERMINA	α,α -dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA IV
240	FLUALPRAZOLAM	8-CLORO-6-(2-FLUOROFENIL)-1-METIL-4H-BENZO[F][1,2,4]TRIAZOLO[4,3-A][1,4]DIAZEPINA	LISTA VERDE LISTA IV
241	FLUBROMAZOLAM	8-bromo-6-(2-fluorofenil)-1-metil-4Hbenzo[f][1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]diazepina	LISTA VERDE LISTA IV
242	FLUDIAZEPAM	7-cloro-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
243	FLUFENAZINA	1-(2-hidroxietil)-4-[3-(trifluorometil-10-fenotiazinil)propil]-piperazina	LISTA NACIONAL
244	FLUNITRAZEPAM	5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA III

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
245	FLUPENTIXOL	(Z)-2-(4-[3-(2-(trifluorometil)-9H-tioxanten-9-iliiden)propil]piperazin-1-il)etanol	LISTA NACIONAL
246	FLURAZEPAM	7-cloro-1-[2-(dietilamino)etil]-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
247	FOLCODINA	Morfoliniletilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA II
248	FUB-AMB, MMB- FUBINACA, AMB-FUMINACA	(2S)-2-({1-[(4-fluorofenil)metil]-1H-indazol-3-carbonil}amino)-3-metilbutanoato de metilo	LISTA VERDE LISTA III
249	FURANILFENTANILO	N-Fenil-N- [1- (2-feniletil) piperidin-4-il] -furan-2-carboxamida	LISTA AMARILLA LISTA I
250	FURETIDINA	éster etílico del ácido 1-(2-tetrahidrofurfuriloxietil)-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
251	GLUTETIMIDA	2-etil-2-fenilglutarimida	LISTA VERDE LISTA III
252	HALAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
253	HALOPERIDOL	4-[4-(4-clorofenil)-4-hidroxi-1-piperidinil]-1-(4-fluorofenil)-1-butanona	LISTA NACIONAL
254	HALOXAZOLAM	10-bromo-11b-(o-fluorofenil)-2,3,7,11b-tetrahidrooxazolo[3,2- d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona	LISTA VERDE LISTA IV
255	HEROÍNA	Diacetilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
256	HEXAHYDROCANNABINOL (HHC)	(6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6a,7,8,9,10,10a-hexahydro-6H-benzo[c]chromen-1-ol)	LISTA VERDE LISTA II
257	HIDRATO DE CLORAL	2,2,2-tricloroetano-1,1-diol	LISTA NACIONAL
258	HIDROCODONA	Dihidrocodeinona	LISTA AMARILLA LISTA I
259	HIDROMORFINOL	14-hidroxidihidromorfina	LISTA AMARILLA LISTA I
260	HIDROMORFONA	Dihidromorfinona	LISTA AMARILLA LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
261	HIDROXIPETIDINA	éster etílico del ácido 4-m-hidroxifenil-1-metilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
262	IMIPRAMINA	5-(3-dimetilaminopropil)-10,11-dihidro-5H-dibenzo[b,f]azepina	LISTA NACIONAL
263	ISOMETADONA	6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona	LISTA AMARILLA LISTA I
264	ISOSAFROL	1,3-benzodioxole,5-(1-propenil)	LISTA ROJA CUADRO I
265	ISOTONITACENO	N,N-dietil-2-(2-(4-isopropoxibencil)-5-nitro-1H-benzo[d]imidazol-1il)etan-1-amina	LISTA AMARILLA LISTA I
266	JWH-018 (AM-678)	naftalen-1-il(1-pentil-1H-indol-3- il)metanona	LISTA VERDE LISTA II
267	KETAMINA	2-(2-clorofenil)-2-(metilamino)ciclohexanona	LISTA NACIONAL
268	KETAZOLAM	11-cloro-8,12b-dihidro-2,8-dimetil-12b- fenil-4H-[1,3]oxazino[3,2- d][1,4]benzodiazepin-4,7(6H)-diona	LISTA VERDE LISTA IV
269	LEFETAMINA (SPA)	(-)-N,N-dimetil-1,2-difeniletilamin	LISTA VERDE LISTA IV
270	LEVANFETAMINA	(-)-(R)- α -metilfenetilamina((-)isómero de la anfetamina)	LISTA VERDE LISTA II
271	LEVOFENACILMORFANO	(-)-3-hidroxi-N-fenacilmorfinan	LISTA AMARILLA LISTA I
272	LEVOMEPRMAZINA O METOTRIMEPAZINA	(-)-N,N-dimetil-3-(2-metoxifenotiazin-10- il)-2-metilpropilamina	LISTA NACIONAL
273	LEVOMETANFETAMINA	(-)-N, α -dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
274	LEVOMETORFANO	(-)-3-metoxi-N-metilmorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
275	LEVOMORAMIDA	(-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]morfolina	LISTA AMARILLA LISTA I
276	LEVORFANOL	(-)-3-hidroxi-N-metilmorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
277	LISDEXANFETAMINA	(2S)-2,6-diamino-N-[(2S)-1-fenilpropano- 2-il]hexanamida	LISTA NACIONAL

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
278	LOFLAZEPATO DE ETILO	7-cloro-5-(o-fluorofenil)-2,3-dihidro-2-oxo-1H-1,4-benzodiazepina-3-carboxilato de Etilo	LISTA VERDE LISTA IV
279	LOPRAZOLAM	6-(o-clorofenil)-2,4-dihidro-2-[(4-metil-1-piperacini)metileno]-8-nitro-1H-imidazo[1,2-a][1,4]benzodiazepin-1-ona	LISTA VERDE LISTA IV
280	LORAZEPAM	7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
281	LORMETAZEPAM	7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
282	LOXAPINA	2-cloro-11-(4-metil-1-piperazin-il)dibenzo[b,f][1,4]oxazepina	LISTA NACIONAL
283	MAPROTILINA	3-(9,10-dihidro-9,10-etanoantracen-9-il)-N-metil-1-propilamina	LISTA NACIONAL
284	MAZINDOL	5-(p-clorofenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo[2,1-a]isoindol-5-ol	LISTA VERDE LISTA IV
285	mCPP	meta-clorfenilpiperazina	LISTA NACIONAL
286	MDE, N-ETIL MDA	(±)-N-etil-α-metil-3,4-(metilendioxi)fenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
287	MDMA	(±)-N,α-dimetil-3,4-(metilendioxi)fenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
288	MDMB-CHMICA	metil-(2S)-2-[[1-(ciclohexilmetil)indol-3-carbonil]amino]-3,3-dimetilbutanoato	LISTA VERDE LISTA II
289	MDMB-4en-PINACA	3,3-dimetil-2-(1-(pent-4-en-1-il)-1H-indazol-3-carboxamido)butanoato de metilo	LISTA VERDE LISTA II
290	MDPV	(R/S)-1-(Benzo[d][1,3]dioxol-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)pentan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
291	MECLOCUALONA	3-(o-clorofenil)-2-metil-4(3H)-Quinazolinona	LISTA VERDE LISTA II
292	MEDAZEPAM	7-cloro-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV
293	MEFEDRONA	(RS)-2-metilamino-1-(4-metilfenil)propan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
294	MEFENOREX	N-(3-cloropropil)-a-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA IV
295	MEPROBAMATO	dicarbamato de 2-metil-2-propil-1,3-propanodiol	LISTA VERDE LISTA IV
296	MESCALINA	3,4,5-trimetoxifenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
297	MESOCARBO	imina de 3-(α-metilfenetil)-N-(fenilcarbamoil)sidnona	LISTA VERDE LISTA IV

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
298	MESORIDAZINA	10-{2-(1-metil-2-piperidinil)etil}-2-(metilsulfinil)-10H-fenotiazina	LISTA NACIONAL
299	METACUALONA	2-metil-3-o-tolil-4(3H)-quinazolinona	LISTA VERDE LISTA II
300	METADONA	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona	LISTA AMARILLA LISTA I
301	METADONA, INTERMEDIARIO DE LA	4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano	LISTA AMARILLA LISTA I
302	METANFETAMINA	(+)-(S)-N,α-dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
303	METAPRAMINA	10,11-dihidro-5-metil-10-(metilamino)-5H-dibenzo[b,f]azepina	LISTA NACIONAL
304	METAZOCINA	2-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfán	LISTA AMARILLA LISTA I
305	METCATINONA	2-(metilamino)-1-fenilpropan-1-ona	LISTA VERDE LISTA I
306	METILDESORFINA	6-metil-Δ6-deoximorfina (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
307	METILDIHIDROMORFINA	6-metildihidromorfina (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
308	METILFENIDATO	metil-α-fenil-2-acetato de piperidina	LISTA VERDE LISTA II
309	METILFENOBARBITAL	ácido 5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
310	METILONA	(RS)-2-metilamino-1-(3,4-metilendioxfenil)propano-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
311	METIOPROPAMINA (MPA)	N,α-dimetil-2-tiofeno etanamina, HCl	LISTA VERDE LISTA II
312	METIPRILONA	3,3-dietil-5-metil-2,4-piperidino-diona	LISTA VERDE LISTA IV
313	METOPÓN	5-metildihidromorfinona (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
314	METONITACENO	N,N-dietil-2-(2-(4-metoxibencil)-5-nitro-1H-benzo[d]imidazol-1-il)etan-1-amina	LISTA AMARILLA LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
315	METOXETAMINA (MXE)	2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)- ciclohexanona	LISTA VERDE LISTA II
316	METOXIACETILFENTANILO	2-metoxi-N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidin- 4-il]acetamida	LISTA AMARILLA LISTA I
317	MEXAZOLAM	10-Cloro-2,3,7,11b-tetrahidro-3-metil-11b- (o-clorofenil)oxazolo[3,2- d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-ona	LISTA NACIONAL
318	MIANSERINA	1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzo[c,f]-pirazino[1,2-a]azepina	LISTA NACIONAL
319	MIDAZOLAM	8-cloro-6-(o-fluorofenil)-1-metil-4H-imidazo[1,5-a][1,4]benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV
320	MIROFINA	miristilbencilmorfina (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
321	MIRTAZAPINA	(RS)-1,2,3,4,10,14b-Hexahidro-2-metilpirazino[2,1-a] pirido[2,3-c][2]benzazepina	LISTA NACIONAL
322	MMDA	5-metoxi-α-metil-3,4-(metilendioxi)fenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
323	MOLINDONA	3-etil-1,5,6,7-tetrahidro-2-metil-5-(4-morfolinilmetil)-4H-indol-4-ona	LISTA NACIONAL
324	MORAMIDA, INTERMEDIARIO DE LA	ácido 2-metil-3-morfolin-1,1- difenilpropano carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
325	MORFERIDINA	éster etílico del ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidina-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
326	MORFINA	7,8-didehidro-4,5-epoxi-17-metilmorfinan-3,6-diol	LISTA AMARILLA LISTA I
327	MORFINA, BROMOMETILATO DE	y otros derivados de la morfina con nitrógeno pentavalente, especialmente los derivados de la N-oximorfina, uno de los cuales es la N-oxicodeína	LISTA AMARILLA LISTA I
328	MPPP	propionato de 1-metil-4-fenil-4-piperidinol (éster)	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
329	MT-45	1-ciclohexil-4-(1,2-difeniletil)piperazina	LISTA AMARILLA LISTA I
330	N,N-DIMETILANFETAMINA	N,N-dimetil-1-fenil-2-propilamina	LISTA NACIONAL

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
331	NALBUFINA	17-(ciclobutilmetil)-4,5-epoximorfinan-3,6,14-triol	LISTA NACIONAL
332	N-BENCILPIPERAZINA (BZP)	1-bencilpiperazina	LISTA VERDE LISTA II
333	N-DESETIL ISOTONITAZENO	N -etil-2-(2-(4-isopropoxibencil)-5-nitro-1H -bencimidazol-1-il)etan-1-amina	LISTA AMARILLA
334	N-ETILHEXEDRONA	2-(etilamino)-1-fenilhexan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
335	N-ETILNORPENTILONA / EFILONA	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-il)-2-(etilamino)pentan-1-ona	LISTA VERDE LISTA II
336	N-ETILPENTILONA	1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-(etilamino)-1-pentanona	LISTA NACIONAL
337	N-FENIL-4-PIPERIDINAMINA (4-AP)	(4-Piperidinamine, 2,2,6,6-tetrametil -N-fenil-4- piperidinamina)	LISTA ROJA CUADRO I
338	N-HIDROXI MDA	(±)-N[α-metil-3,4-(metilendioxo)fenetil]hidroxilamina	LISTA VERDE LISTA I
339	N-PIRROLIDINO PROTONITAZENO (PROTONITAZEPINA)	5-nitro-2-(4-propoxybenzyl)-1-(2-(pyrrolidin-1-yl)ethyl)-1H-benzo[d]imidazole	LISTA AMARILLA
340	N-PIRROLIDINO METONITAZENO (METONITAZEPINA)	2-(4-methoxybenzyl)-5-nitro-1-(2-(pyrrolidin-1-yl)ethyl)-1H-benzo[d]imidazole	LISTA AMARILLA
341	NICOCODINA	6-nicotinilcodeína	AMARILLA LISTA II
342	NICODICODINA	6-nicotinildihidrocodeína	AMARILLA LISTA II
343	NICOMORFINA	3,6-dinicotinilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA I
344	NIMETAZEPAM	1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
345	NITRAZEPAM	1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
346	N-METILEFEDRINA	(1RS,2SR)-2-dimetilamino-1-fenil-1-Propanol	LISTA NACIONAL
347	N- METILPSEUDOEFEDRINA	(1RS,2RS)-2-dimetilamino-1-fenil-1- propanol	LISTA NACIONAL
348	NOMIFENSINA	1,2,3,4-tetrahidro-2-metil-4-fenil-8-Isoquinolinamina	LISTA NACIONAL
349	NORACIMETADOL	(±)-α-3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenilheptano	LISTA AMARILLA LISTA I



No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
350	NORCODEÍNA	N-demetilcodeína (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA II
351	NORDAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
352	NOREFEDRINA	(R*,S*)-α-(1-aminoetil)benzenometanol	LISTA ROJA CUADRO I
353	NORFENTANILO	(propanamide, N-phenyl-N-4-piperidinyl-)	LISTA ROJA CUADRO I
354	NORLEVORFANOL	(-)-3-hidroximorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
355	NORMETADONA	6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona	LISTA AMARILLA LISTA I
356	NORMORFINA	Demetilmorfina	LISTA AMARILLA LISTA I
357	NORPIPANONA	4,4-difenil-6-piperidin-3-hexanona	LISTA AMARILLA LISTA I
358	NORTRIPTILINA	3-(10,11-dihidro-5H-dibenzo{a,d}ciclohepten-5-iliden)-N-metil- 1-propilamina	LISTA NACIONAL
359	N-OXIMORFINA	N-oxido de 7,8-didehidro-4,5-epoxi-17-metilmorfinan-3,6-diol	LISTA AMARILLA LISTA I
360	NPP	N-Fenetil-4-piperidona (NPP)	LISTA ROJA CUADRO I
361	OCFENTANILO	N- (2-Fluorofenil) -2-metoxi-N- [1- (2- feniletil) piperidin-4-il] acetamida	LISTA AMARILLA LISTA I
362	OPIO	jugo coagulado de la adormidera (planta de la especie Papaver somniferum L.)	LISTA AMARILLA LISTA I
363	OPIPRAMOL	4-[3-(5H-dibenz{b,f}azepin-5-il)propil]-1- (2-hidroxietil)piperazina	LISTA NACIONAL
364	ORIPAVINA	3-O-demetiltebaína	LISTA AMARILLA LISTA I
365	ORTOFLUOROFENTANILO	N-(2-fluorofenil)-N-[1-(2-feniletil)piperidin- 4-il]propanamida	LISTA AMARILLA LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
366	OXAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H- 1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
367	OXAZOLAM	10-cloro-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazolo[3,2-d][1,4]benzodiazepin- 6(5H)-ona	LISTA VERDE LISTA IV
368	OXICODONA	14-hidroxidihidrocodeinona (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
369	OXIMORFONA	14-hidroxidihidromorfinona (derivado de la morfina)	LISTA AMARILLA LISTA I
370	PARAFLUOROBUTIRILFEN TANILO	N-(4-fluorofenil)-N-[1-(2-feniletil)piperidin- 4-il]butanamida	LISTA AMARILLA LISTA I
371	PARA-FLUOROFENTANILO	4'-fluoro-N-(1-fenetil-4-piperidil)propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
372	PARAHEXILO	3-hexil-7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil- 6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol	LISTA VERDE LISTA I
373	PARA-METIL-4METILAMINOREX, 4,4'-DMAR	4-metil-5-(4-metilfenil)-4,5-dihidro-1,3oxazol-2-amina	LISTA VERDE LISTA II
374	PEMOLINA	2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-ona	LISTA VERDE LISTA IV
375	PENFLURIDOL	1-[4,4-bis(4-fluorofenil)butil]-4-[4-cloro-3-(trifluorometil)fenil]piperidin-4-ol	LISTA NACIONAL
376	PENTAZOCINA	(2R*,6R*,11R*)-1,2,3,4,5,6-hexahidro-6,11-dimetil-3-(3-metil-2-butenil)-2,6- metano-3-benzazocin-8-ol	LISTA VERDE LISTA III
377	PENTEDRONA	α -metilamino-valerofenona	LISTA VERDE LISTA II
378	PENTOBARBITAL	ácido 5-etil-5-(1-metilbutil)barbitúrico	LISTA VERDE LISTA III
379	PEPAP	acetato de 1-fenetil-4-fenil-4-piperidinol (éster)	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
380	PERFENAZINA	2-[4-{3-(2-clorofenotiazin-10-il)propil}piperazin-1-il]etanol	LISTA NACIONAL
381	PERICIAZINA O PROPERICIAZINA	2-ciano-10-[3-(4-hidroxipiperidino)propil]fenotiazina	LISTA NACIONAL
382	PETIDINA	éster etílico del ácido 1-metil-4- fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
383	PETIDINA, INTERMEDIARIO A DE LA	4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
384	PETIDINA, INTERMEDIARIO B DE LA	éster etílico del ácido 4-fenilpiperidín-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
385	PETIDINA, INTERMEDIARIO C DE LA	ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
386	PIMINODINA	éster etílico del ácido 4-fenil-1-(3-fenilaminopropil)piperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
387	PIMOZIDA	1-[1-{4,4-bis(4-fluorofenil)butil}-4-piperidinil]benzimidazolin-2-ona	LISTA NACIONAL
388	PINAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
389	PIPERIDINA	Piperidina	LISTA ROJA CUADRO II
390	PIPERONAL	1,3-benzodioxol-5-carboxaldehído	LISTA ROJA CUADRO I
391	PIPOTIAZINA	10-[3-{4-(2-hidroxietil)-1-piperidinil}propil]-N,N-dimetil-10H-fenotiazin-2-sulfonamida	LISTA NACIONAL
392	PIPRADROL	1,1-difenil-1-(2-piperidil)metanol	LISTA VERDE LISTA IV
393	PIRITRAMIDA	amida del ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)piperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
394	PIROVALERONA	4'-metil-2-(1-pirrolidinil)valerofenona	LISTA VERDE LISTA IV
395	PIZOTIFENO, PIZOTILINA	9,10-dihidro-4-(1-metil-4-piperidiniliden)-4H-benzo{4,5}ciclohepta{1,2-b}tiofeno	LISTA NACIONAL
396	PMA	p-metoxi-α-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
397	PMMA	para-metoximetilanfetamina	LISTA VERDE LISTA I
398	PRAZEPAM	7-cloro-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
399	PRIMIDONA	5-etil-5-fenil-hexahidropirimidina-4,6-diona	LISTA NACIONAL
400	PROCLORPERAZINA	2-cloro-10-{3-(4-metil-1-piperazinil)propil}-10H-fenotiazina	LISTA NACIONAL

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
401	PROHEPTACINA	1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazacicloheptano	LISTA AMARILLA LISTA I
402	PROPERIDINA	éster isopropílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
403	PROPIRAM	N-(1-metil-2-piperidinetil)-N-2-piridilpropionamida	LISTA AMARILLA LISTA II
404	PROPOFOL	2,6-diisopropilfenol	LISTA NACIONAL
405	PROTONITACENO	N,N-dietil-5-nitro-2-[(4-propoxifenil)metil]-1H-bencimidazol-1etanamina	LISTA AMARILLA LISTA I
406	PROTRIPTILINA	3-(5H-dibenzo[a,d]ciclohept-5-enil)-N-metil-1-propilamina	LISTA NACIONAL
407	PSILOCIBINA	fosfato dihidrogenado de 3-[2-(dimetilaminoetil)]indol-4-ilo	LISTA VERDE LISTA I
408	PSILOCINA, PSILOTSINA	3-[2-(dimetilamino)etil]indol-4-ol	LISTA VERDE LISTA I
409	QUINUPRAMINA	10,11-dihidro-5-(3-quinuclidinil)5H-dibenzo[b,f,]azepina	LISTA NACIONAL
410	RACEMATO DE METANFETAMINA	(±)-N,α-dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA II
411	RACEMETORFANO	(±)-3-metoxi-N-metilmorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
412	RACEMORAMIDA	(±)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)butil]morfolina	LISTA AMARILLA LISTA I
413	RACEMORFANO	(±)-3-hidroxi-N-metilmorfinán	LISTA AMARILLA LISTA I
414	REMIFENTANILO	éster metílico del ácido 1-(2-metoxycarboniletil)-4-(fenilpropionilamino)-piperidin-4-carboxílico	LISTA AMARILLA LISTA I
415	RESINA, EXTRACTOS Y TINTURAS DE CANNABIS	resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de cannabis	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
416	ROLICICLIDINA	1-(1-fenilciclohexil)pirrolidina	LISTA VERDE LISTA I

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
417	SAFROL	1,3-benzodioxol,5-(2-propenil)	LISTA ROJA CUADRO I
418	SALVINORINA A	metil (2S,4aR,6aR,7R,9S,10aS,10bR)-9-acetiloxi-2-(furan-3-il)-6a,10b-dimetil-4,10-dioxo-2,4a,5,6,7,8,9,10a-octahidro-1H-benzo[f]isocromeno-7-carboxilato	LISTA NACIONAL
419	SECBUTABARBITAL	ácido 5-sec-butil-5-etilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
420	SECOBARBITAL	ácido 5-alil-5-(1-metilbutil)-barbitúrico	LISTA VERDE LISTA II
421	SEUDOEFEDRINA	[S-(R*,R*)]-α-[1-(metilamino)etil]-benzenemetano	LISTA ROJA CUADRO I
422	STP, DOM	2,5-dimetoxi-α,4-dimetilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
423	SUFENTANILO	N-[4-(metoximetil)-1-[2-(2-tienil)-etil]-4-piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA I
424	SULPIRIDA	N-[(1-etil-2-pirrolidinil)metil]-2-metoxi-5-sulfamoilbenzamida	LISTA NACIONAL
425	SULTOPRIDA	N-[(1-etil-2-pirrolidinil)metil]-2-metoxi-5-etilsulfonilbenzamida	LISTA NACIONAL
426	TAPENTADOL	3-[(2R,3R)-1-(dimetilamino)-2-metil-3-pentil]fenol	LISTA NACIONAL
427	TEBACÓN	acetildihidrocodeinona (forma acetilada enólica de la hidrocodona)	LISTA AMARILLA LISTA I
428	TEBAÍNA	6,7,8,14-tetradehidro-4,5-epoxi-3,6- metoxi-17-metilmorfinan	LISTA AMARILLA LISTA I
429	TEMAZEPAM	7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5- fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
430	TENANFETAMINA (MDA)	α-metil-3,4-(metilendioxi)fenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
431	TENOCICLIDINA (TCP)	1-[1-(2-tienil)ciclohexil]piperidina	LISTA VERDE LISTA I
432	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-10-THC	6a,7,8,9-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil- 6H-dibenzo[b,d] pirano-1-ol y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I
433	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-6A(10A)-THC	7,8,9,10-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil- 6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I
434	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-6A(7)-THC	(9R,10aR)-8,9,10,10a-tetrahidro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H dibenzo [b,d]pirano-1- ol y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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

No.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
435	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-7-THC	(6aR,9R,10aR)-6a,9,10,10a-tetrahydro- 6,6,9-trimetil-3-pentil-6H- dibenzo[b,d]pirano-1-ol y sus formas Acidas	LISTA VERDE LISTA I
436	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-8-THC	(6aR,10aR)-6a,7,10,10a-tetrahydro-6,6,9-trimetil-3-pentil-6H-dibenzo [b,d]pirano-1-ol y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I
437	TETRAHIDROCANNABINOL DELTA-9(11)-THC	(6aR,10aR)-6a,7,8,9,10,10a-hexahidro- 6,6-dimetil-9-metileno-3-pentil-6H-dibenzo[b,d]pirano-1-ol y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I
438	TETRAHIDROCANNABINOL THC	Tetrahidrocannabinol, isómeros, sus variantes estereoquímicas y sus formas acidas	LISTA VERDE LISTA I
439	TETRAHIDROFURANILFEN TANIL (THF-F)	N-Fenil-N- [1- (2-feniletíl) piperidin-4-il] oxolano-2-carboxamida	LISTA AMARILLA LISTA I
440	TETRAZEPAM	7-cloro-5-(1-ciclohexen-1-il)-1,3-dihidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona	LISTA VERDE LISTA IV
441	TILIDINA	(±)-etil-trans-2-(dimetilamino)-1-fenil-3-ciclohexeno-1-carboxilato	LISTA AMARILLA LISTA I
442	TIOFENTANILO	N-[1-[2-(2-tienil)etil]-4- piperidil]propionanilida	LISTA AMARILLA LISTA (I Y IV)
443	TIOFENTAL O TIOFENTONA	ácido 5-etil-5-(1-metilbutil)-2-tiobarbiturico	LISTA NACIONAL
444	TIOPROPAZATO	Acetato de 2-[4-{3-(2-clorofenotiazin-10-il)propil}-1-piperazinil]etilo	LISTA NACIONAL
445	TIOPROPERAZINA O TIOPERAZINA	N,N-dimetil-10-{3(4-metil-1-piperazinil)-propil}fenotiazina-2-sulfonamida	LISTA NACIONAL
446	TIORIDAZINA	10-{2-(1-metil-2-piperidinil)etil}-2- (metiltio)-10H-fenotiazina	LISTA NACIONAL
447	TIOTIXENO	(Z)-N,N-dimetil-9-{3-(4-metil-1-piperazinil)propiliden}tiooxanteno-2-Sulfonamida	LISTA NACIONAL
448	TMA	(±)-3,4,5-trimetoxi-α-metilfenetilamina	LISTA VERDE LISTA I
449	TRAMADOL	trans-(±)-2-[(dimetilamino)metil]-1-(3-metoxifenil)ciclohexanol	LISTA NACIONAL
450	TRANILCIPROMINA	trans-2-fenilciclopropilamina	LISTA NACIONAL
451	TRAZODONA	2-[3-{4-(3-clorofenil)-1-piperazinil}propil]-1,2,4-triazolo[4,3-a]piridin-3(2H)-ona	LISTA NACIONAL

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.	SUSTANCIA (DCI)	NOMBRE QUIMICO	LISTADO (S)
452	TRIAZOLAM	8-cloro-6-(o-clorofenil)-1-metil-4H-s-triazolo[4,3-a][1,4]benzodiazepina	LISTA VERDE LISTA IV
453	TRIFLUOPERAZINA	10-[3-(4-metil-1-piperazinil)propil]-2-(trifluorometil)-10H-fenotiazina	LISTA NACIONAL
454	TRIFLUPERIDOL	1-(4-fluorofenil)-4-[4-hidroxi-4-{3-(trifluorometil)fenil}-1-piperidinil]-1-butanona	LISTA NACIONAL
455	TRIFLUPROMAZINA O FLUOPROMAZINA	N,N-dimetil-3-[2-(trifluorometil)-10-fenotiazinil]-1-propilamina	LISTA NACIONAL
456	TRIMEPERIDINA	1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina	LISTA AMARILLA LISTA I
457	TRIMIPRAMINA	5-[3-(dimetilamino)-2-metilpropil]-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepina	LISTA NACIONAL
458	U-47700	3,4-dicloro-N-(2-(dimetilamino-ciclohexil)-N-metil-benzamida	LISTA AMARILLA LISTA I
459	UR-144	(1-Pentil-1H-indol-3-il) (2,2,3,3-tetrametilciclopropil) metanona	LISTA VERDE LISTA II
460	VALERILFENTANILO	N-(1-fenetilpiperidin-4-il)-N-fenilpentanamida	LISTA AMARILLA LISTA I
461	VILOXAZINA	2-[(2-etoxifenoxi)metil]morfolina	LISTA NACIONAL
462	VINILBITAL	ácido 5-(1-metilbutil)-5-vinilbarbitúrico	LISTA VERDE LISTA IV
463	XLR-11	(1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il)(2,2,3,3-tetrametilciclopropil)metanona	LISTA VERDE LISTA II
464	XILACINA	2-(2,6-Dimetilfenilamino)-5,6-dihidro-4H-tiazina	LISTA NACIONAL
465	ZIPEPROL	α -(α -metoxibencil)-4-(β -metoxifenetil)-1-piperazinaetanol	LISTA VERDE LISTA II
466	ZOLAZEPAM (FLUPIRAZAPÓN)	4-(2-fluorofenil)-6,8-dihidro-1,3,8-trimetil-pirazolo[3,4-e][1,4]diazepin-7(1H)-ona	LISTA NACIONAL
467	ZOLPIDEM	N,N,6-trimetil-2-p-tolilimidazol[1,2-a]piridina-3-acetamida	LISTA VERDE LISTA IV
468	ZOPICLONA	(RS)-6-(5-cloro-2-piridil)-6,7-dihidro-7-oxo-5H-pirrol[3,4-b]pirazin-5-yl 4-metilpiperazin-1-carboxilato.	LISTA NACIONAL
469	α -PVP	α -pirrolidinovalerofenona	LISTA VERDE LISTA II

ANEXO TÉCNICO 2

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Listado de las sustancias que se clasifican como monopolio del Estado.

No.	DCI
1	COCAÍNA
2	DIAMORFINA o HEROÍNA
3	FENOBARBITAL
4	HIDRATO DE CLORAL
5	HIDROMORFONA
6	MEPERIDINA o PETIDINA
7	METADONA
8	METILFENIDATO
9	MORFINA
10	PRIMIDONA
11	OPIO

ANEXO TÉCNICO 3

Listado de medicamentos de control especial de uso humano.

No.	DCI	OBSERVACION
1	Alprazolam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
2	Bromazepam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
3	Buprenorfina	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
4	Clobazam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
5	Clonazepam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

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.	DCI	OBSERVACION
6	Clozapina	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
7	Diazepam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
8	Eszopiclona	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
9	Fentanilo	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
10	Fentanilo Citrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
11	Fentanilo, Fentanilo Citrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
12	Ketamina Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
13	Lisdexanfetamina dimesilato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
14	Lorazepam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
15	Mexazolam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
16	Midazolam Maleato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
17	Midazolam, Midazolam Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
18	Oxicodona Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
19	Propofol	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

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.	DCI	OBSERVACION
20	Remifentanilo Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
21	Tapentadol, Tapentadol Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
22	Tetrahidrocannabinol (THC)	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
23	Tiopental Sódico	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
24	Triazolam	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
25	Zopiclona	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
26	Zolpidem Tartrato, Hemitartrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

Listado de medicamentos de control especial de uso veterinario

No.	DCI	CONCENTRACIÓN
1	Acepromazina maleato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
2	Butorfanol Tartrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
3	Etorfina Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
4	Ketamina Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
5	Ketamina clorhidrato + Acepromazina maleato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

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.	DCI	CONCENTRACIÓN
6	Ketamina clorhidrato + Midazolam clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
7	Midazolam clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
8	Pentobarbital sódico	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
9	Propofol	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
10	Zolazepam Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
11	Xilacina	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

Listado de medicamentos de control especial monopolio del Estado.

No.	DCI	OBSERVACION
1	Fenobarbital	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
2	Fenobarbital Sódico	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
3	Hidrato de Cloral	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
4	Hidromorfona Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
5	Meperidina Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
6	Metadona Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

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



7	Metilfenidato Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
8	Morfina Clorhidrato	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA
9	Primidona	Incluye todas las combinaciones, formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones (comerciales o farmacéuticas), que sean autorizadas por el INVIMA o por el ICA

ANEXO TÉCNICO 4

Reglas de interpretación para las sales, isómeros, hidratos y otras variaciones químicas de las sustancias incluidas en el Listado de sustancias incluidas como de control especial y sometidas a fiscalización.

No.	LISTADOS	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
1	LISTA AMARILLA (LISTA I)	Isómeros de los estupefacientes de esta Lista, a menos que estén expresamente exceptuados y siempre que la existencia de dichos isómeros sea posible dentro de la nomenclatura química específica; los ésteres y éteres de los estupefacientes de esta Lista, siempre y cuando no figuren en otra Lista y la existencia de dichos ésteres o éteres sea posible; las sales de los estupefacientes de esta Lista, incluidas las sales de ésteres, éteres e isómeros, según la descripción prevista y siempre que sea posible su existencia.
2	LISTA AMARILLA (LISTA II)	Y los isómeros de los estupefacientes de esta Lista, a menos que estén expresamente exceptuados y siempre que la existencia de dichos isómeros sea posible dentro de la nomenclatura química específica; las sales de los estupefacientes de esta Lista, incluidas las sales de los isómeros según la descripción prevista y siempre que la existencia de dichas sales sea posible.
3	LISTA AMARILLA (LISTA IV)	Y las sales de los estupefacientes de esta Lista, siempre que sea posible formar dichas sales.
4	LISTA VERDE (LISTA I)	Sales y los estereoisómeros de las sustancias están sometidos también a fiscalización, a menos que hayan sido expresamente exceptuados, siempre y cuando la existencia de esos estereoisómeros sea posible dentro de la designación química específica.
5	LISTA VERDE (LISTA II)	Sales y los estereoisómeros de las sustancias están sometidos también a fiscalización, a menos que hayan sido expresamente exceptuados, siempre y cuando la existencia de esos estereoisómeros sea posible dentro de la designación química específica. Para el caso del "DRONABINOL", se refiere solo a una de las variantes estereoquímicas del delta-9-tetrahidrocannabinol: el (-)-trans-delta-9-tetrahidrocannabinol

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 | 183



6	LISTA VERDE (LISTA III)	<i>Sales y los estereoisómeros de las sustancias están sometidos también a fiscalización, a menos que hayan sido expresamente exceptuados, siempre y cuando la existencia de esos estereoisómeros sea posible dentro de la designación química específica.</i>
7	LISTA VERDE (LISTA IV)	<i>Sales y los estereoisómeros de las sustancias están sometidos también a fiscalización, a menos que hayan sido expresamente exceptuados, siempre y cuando la existencia de esos estereoisómeros sea posible dentro de la designación química específica.</i>
8	LISTA ROJA (CUADRO I)	<i>Las sales de las sustancias enumeradas en el presente Cuadro, siempre que la existencia de dichas sales sea posible.</i>
9	LISTA ROJA (CUADRO II)	<i>Las sales de las sustancias enumeradas en el presente Cuadro, siempre que la existencia de dichas sales sea posible.</i>
10	LISTA NACIONAL	<i>Las sales, hidratos y los estereoisómeros de las sustancias están sometidos también a fiscalización, siempre y cuando la existencia de esos estereoisómeros sea posible dentro de la designación química específica.</i>

Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Lista Verde: Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional (28ª edición, 2017)

Lista Amarilla: Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional, (56a edición, julio de 2017)

Lista Roja: Lista de precursores y sustancias químicas utilizados frecuentemente en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional (Decimosexta edición, enero de 2018)

Artículo 3. Disposiciones transitorias. Se tendrán en cuenta las siguientes disposiciones transitorias:

1. Las personas naturales o jurídicas que a la entrada en vigencia de la presente norma, requieran importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución compra, venta y uso de las sustancias sometidas a fiscalización, **BENCILFENTANILO y ANHIDRIDO PROPIONICO** incluidas por primera vez en el Anexo Técnico No. 1, dispondrán de un (1) mes contado a partir de la entrada en vigencia de este acto administrativo, para solicitar su inscripción o ampliación ante la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE o Fondos Rotatorios de Estupefacientes, según corresponda.
2. Las personas naturales o jurídicas que a la entrada en vigencia de la presente norma, requieran importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, compra, venta y uso de las demás sustancias y/o medicamentos que están incorporadas por primera vez en los Anexos Técnicos No. 1 y 3 de la presente resolución, dispondrán de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de este acto administrativo, para solicitar su inscripción o ampliación ante la Unidad Administrativa Especial Fondo

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 | 184



Nacional de Estupefacientes – FNE o Fondos Rotatorios de Estupefacientes, según corresponda.

Parágrafo 1. Una vez realizada la solicitud ante el Fondo Nacional de Estupefacientes o ante los Fondos Rotatorios de Estupefacientes, mientras se emite una decisión de fondo sobre la solicitud de inscripción o ampliación, los solicitantes podrán continuar con las actividades para importar, adquirir, distribuir, dispensar y/o usar estas sustancias o medicamentos.

Parágrafo 2. Vencido los términos señalados en el presente artículo, las personas naturales o jurídicas que requieran del uso de estas sustancias, no podrán realizar ninguna actividad con las mismas, hasta tanto no cuenten con la correspondiente inscripción.

Artículo 4. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición, y modifica el artículo 4 y los Anexos Técnicos 1, 2, 3 y 4 adoptados en el artículo 2 de la Resolución 315 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.5 Resolución 0117 de 2026

Por medio de la cual se actualiza el Anexo Técnico 1 de la Resolución 207 de 2024 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal”.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en el numeral 2 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, artículo 16 de la Ley 1804 de 2016, y en desarrollo de lo previsto en los artículos 4 y 5 de la Ley 1980 de 2019.

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de 1991 en su artículo 44, establece que son derechos fundamentales de los niños, entre otros, la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social y la alimentación equilibrada; disposición que, además consagra la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás.

Que, por su parte, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y reconoce a los niños, las niñas y los adolescentes como sujetos de especial protección por parte del Estado, contemplando dentro de los principios que lo rigen, el de la progresividad, entendido como la ampliación gradual y continua del acceso a servicios y tecnologías en salud y la reducción gradual y continua de brechas que impidan el goce efectivo del derecho a la salud.

Que la Ley 1438 de 2011 reconoce las enfermedades huérfanas como de especial interés, dado que, por su baja prevalencia en la población y su elevado costo de atención, requieren dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, un mecanismo de aseguramiento distinto al previsto para las enfermedades de carácter general; en ese sentido, el artículo 140 de la citada ley, que modificó el artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, establece, “*Artículo 2o. Denominación de las enfermedades huérfanas. Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada...*”.

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, conforme al marco normativo vigente en materia de atención en salud para las personas que padecen este tipo de patologías, corresponde al Estado implementar las acciones necesarias para garantizar su atención, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de quienes las sufren; aspecto relevante si se considera que algunas de las patologías incluidas, o que podrán ser incluidas, en el Programa de Tamizaje Neonatal son consideradas enfermedades huérfanas, cuya detección temprana puede incidir de manera significativa en los resultados en salud de las personas con estas condiciones.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 3280 de 2018, adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, instrumentos operativos de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales definen las intervenciones en salud de carácter individual, colectivo y poblacional, así como las acciones de gestión requeridas para la entrega efectiva; que tiene como propósito la identificación temprana y la gestión oportuna de las condiciones en salud que ponen en riesgo la vida de las gestantes y los recién nacidos.

Que la Ley 1980 de 2019, regula y amplía la práctica del tamizaje neonatal en Colombia, creando el Programa de Tamizaje Neonatal a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo del Instituto Nacional de Salud, requiriéndose en tal sentido, determinar los lineamientos técnicos y operativos que permitan su implementación.

Que este Ministerio, mediante la Resolución 207 de 2024, adoptó los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal, estableciendo en su anexo técnico las atenciones y tecnologías para la detección temprana de alteraciones mediante tamizaje auditivo, visual, cardiopatías congénitas complejas e hipotiroidismo congénito. No obstante, es necesaria la inclusión de seis (6) nuevas patologías: fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y defectos de la hemoglobina, que hacen parte del tamizaje neonatal básico y no se encuentran contempladas en dicho anexo, razón por la cual se requiere su actualización.

Que mediante la Resolución 2764 de 2025, este Ministerio fijó el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2026, considerando las pruebas de tamizaje neonatal endocrino metabólico básico, incluyendo las pruebas confirmatorias y las atenciones iniciales en salud que se determinan en el presente acto administrativo, conforme a la progresividad y disponibilidad de recursos, según lo dispuesto en la Ley 1980 de 2019. En este orden, la definición de la progresividad de las atenciones de tamizaje neonatal básico quedará reseñada en la Resolución que fije el valor de la UPC cada año.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto actualizar el Anexo Técnico 1, mediante el cual se definen los “Lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal”, que hace parte integral de la Resolución 207 de 2024.

Artículo 2. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver **anexo** **técnico** **en:** chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20117%20de%202026.pdf



2.2.6 Resolución 0118 de 2026

Por la cual se modifica el anexo 1 y el anexo 2 de la Resolución 986 de 2023, en virtud de la cual se establecieron los lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, especialmente las conferidas por el literal b) del artículo 488 de la Ley 9 de 1979, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los numerales 3, 4 y 9 del artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y el numeral 19.1 del artículo 19, el artículo 6 del Decreto 109 de 2021, y

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 986 de 2023 por la cual se establecieron los lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19, la cual fue modificada por la Resolución 1862 de 2023 y las Resoluciones 592 y 2495 de 2024.

Que, el Convenio de Cooperación 275 de 2011, en su cláusula segunda, Características técnicas de las vacunas, jeringas y otros insumos relacionados a adquirir, en el numeral 2. Registro Sanitario, refiere: “Las vacunas, jeringas y otros insumos relacionados deben contar, de preferencia con registro sanitario vigente expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia INVIMA. Si las vacunas, jeringas y otros insumos no cuentan con el referido registro sanitario, el Ministerio de la Protección Social deberá aceptar las vacunas, jeringas y otros insumos siempre y cuando hayan sido registrados ante una autoridad competente equivalente en el país de fabricación u origen”.

Que, de acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS), para septiembre 28 de 2025, el total acumulado de casos reportados de COVID-19 en el mundo es de 778.741.840, siendo Estados Unidos, China y la India los países con mayor reporte de casos. En Colombia han sido reportados 6.401.281 casos.

Que, de acuerdo con el número de defunciones por Covid -19, acumuladas para septiembre 28 de 2025, en el mundo, se han presentado 7.102.636, siendo EEUU quien presenta mayor número de muertes con 1.2 millones de personas fallecidas, Brasil 703.000, India 534.000, Rusia 404.000, México 335.000, UK 232.000, Perú 221.000 los muertos por COVID-19 a la fecha; después de Italia, Alemania, Francia, Indonesia e Irán está Colombia con 143.000 muertes por COVID-19, la mayoría durante 2020, 2021 y 2022.

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

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

Que, las vacunas contra la COVID-19, actualmente aprobadas siguen brindando protección contra la enfermedad grave y la muerte. Para garantizar que las vacunas aprobadas sigan siendo eficaces, el Grupo Técnico Asesor de la OMS sobre la Composición de las Vacunas contra la COVID-19 (TAG-CO-VAC), sigue monitoreando y revisando el impacto de la evolución del SARS-CoV-2 en el rendimiento de las vacunas disponibles.

Que, según la Organización Mundial de la Salud, el virus SARS-CoV-2, sigue en circulación y no para de evolucionar. Sus cambios genéticos y antigénicos provocan alteraciones importantes en la proteína S. La modificación de la composición antigénica de las vacunas contra la COVID-19, puede mejorar las respuestas inmunitarias contra las variantes circulantes del virus. Dado que se espera que el virus continúe evolucionando a partir de la subvariante JN.1

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

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 consonancia, el grupo de trabajo de Emergencia de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha recomendado actualizar las vacunas contra la COVID-19 para dirigirse a la variante LP.8.1. para la campaña de vacunación 2025/2026. La EMA ha indicado que LP.8.1 ha superado a JN.1 como la variante más circulante a nivel mundial y que el objetivo de esta actualización es mantener la efectividad de las vacunas a medida que el virus evoluciona. Por su parte, la Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), con fecha del 26 de junio de 2025, también ha recomendado una fórmula de vacuna monovalente del linaje JN.1 para el uso en Estados Unidos a partir del otoño de 2025, con una preferencia por la subvariante LP.8.1.

Que, la vacunación sigue siendo efectiva para prevenir complicaciones, y se recomienda que las personas con inmunosupresión o mayores de un año desde su última dosis se apliquen refuerzos. En resumen, la variante “Frankenstein” (XFG) es una cepa en vigilancia que, por ahora, según información de OMS, no presenta mayor riesgo de gravedad, pero se mantiene bajo monitoreo para detectar cualquier cambio en su comportamiento. La vacunación continúa siendo una herramienta clave para protegerse.

Que, la variante LP.8.1 es la recomendada en la composición de vacunas para Europa y EEUU a partir de septiembre de 2025, hecha también para Latinoamérica, en relación con las vacunas contra la COVID-19 para último trimestre de 2025 y para 2026. Las personas inmunocompetentes y susceptibles, durante un período de múltiples linajes cocirculantes de Ómicron del SARS-CoV-2, al recibir una dosis actualizada de la vacuna COVID-19, están mayormente protegidas, evitando consultas, hospitalizaciones y atención de urgencias asociada a la COVID-19, en comparación con no recibir una dosis de vacuna actualizada.

Que, según datos de SIVIGILA, a corte 11 de octubre del 2025 (semana epidemiológica 41) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 6.791 casos de COVID-19 (6.770 de procedencia Colombia y 21 casos del exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2025), se ha observado una disminución del 33,4%, con 499 casos registrados en comparación con el periodo epidemiológico esperado (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025), en el cual se reportaron 749 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 29,9%, pasando de 448 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 314 casos.

Que, durante el 2025, en Colombia se han notificado 119 fallecimientos asociados a COVID-19 (116 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. En el período analizado, se reportaron tres

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



fallecimientos en Bogotá D. C. y un fallecimiento en Huila. El 69,7 % de los casos (85 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

Que, en Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS), en su programa de caracterización genómica de SARSCoV-2, mantiene el seguimiento detallado de la circulación de variantes de preocupación y sus sublinajes, circulación de las variantes de SARCoV2, que produce la COVID-19.

Que, los linajes virales detectados en Colombia también han venido circulando en los últimos meses a nivel mundial y periódicamente van cambiando estas variantes que son clasificadas como “bajo seguimiento” pero que rápidamente son reemplazadas por otras, que al final, no se han visto relacionados a infecciones graves en la comunidad; la clasificación de las variantes se actualiza periódicamente con base en la inteligencia epidemiológica, el análisis genómico continuo, y la literatura científica nacional e internacional. En caso de identificar una variante con características de alto impacto, el INS activa los protocolos de alerta y notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y coordina acciones con el Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Además, Colombia contribuye al monitoreo regional mediante el intercambio de datos genómicos y epidemiológicos con plataformas internacionales como GISAID, y participa en espacios de coordinación técnica con la OPS/OMS y redes latinoamericanas de vigilancia genómica.

Que, es posible la coadministración de los biológicos contra la COVID con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunización – PAI de manera simultánea o con cualquier intervalo de tiempo, de acuerdo con lo señalado por el referido Comité Asesor en su sesión No. 77, el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización – CNPI, en decisión del 31 de julio 2023, así como las revisiones y recomendaciones de expertos, sociedades científicas y académicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP, Asociación Colombiana de Infectología ACIN, entre otras, en estos últimos años 2024 y 2025.

Que teniendo en cuenta que, el Plan Nacional de Vacunación – PNV contra la COVID-19 se estructura y opera conforme a los lineamientos técnicos, logísticos y operativos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 de uso estacional y/o de refuerzo, requerida para garantizar la continuidad de la estrategia nacional de inmunización, se realizará a través del Convenio de Cooperación No. 275 de 2011 suscrito con la Organización Panamericana de la Salud – OPS, instrumento vigente que habilita la compra de vacunas y demás insumos estratégicos.

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, a la luz de lo anterior, se hace indispensable modificar el anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, y anexo 2 “Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARSCoV-2/ COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, en virtud de la cual se estableció los lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modificar el numeral 3 del anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2024 y Resoluciones 592 y 2495 de 2024, el cual quedará así:

“3. VACUNAS CONTRA LA COVID-19

El país contará con vacunas de plataforma ARNm, de acuerdo con las dosis adquiridas a distribuir en los puntos de vacunación que defina cada entidad territorial, como son:

Vacuna	Fabricante	Plataforma
Comirnaty LP.8.1	Pfizer Inc y BioNTech	ARN mensajero
Spikevax LP.8.1	MODERNA SWITZERLAND GMBH	ARN mensajero

Estas vacunas cuentan con especificaciones técnicas e indicaciones particulares las cuales, deben ser revisadas en los insertos de cada biológico de acuerdo con el laboratorio productor. Así como tener en cuenta los actos normativos que en esta materia se han expedido desde el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Artículo 2. Modificar el numeral 4.1 del anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2024 y Resoluciones 592 y 2495 de 2024, el cual quedará así:

“4.1 ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRIMARIO

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 esquema de vacunación contra la COVID-19, estará dado de acuerdo con los biológicos disponibles en el país y según la indicación del laboratorio fabricante, así:

Comirnaty LP.8.1 Pfizer 30 microgramos/dosis se administra por vía intramuscular en una dosis única de 0,3 ml, indicada para individuos de 12 años de edad y mayores incluyendo gestantes (para Colombia en Gestantes se aplica después de la semana 12 de gestación), de esta vacuna se debe administrarse al menos 6 meses después de la dosis más reciente de una vacuna COVID-19.

La indicación de la vacuna para gestantes incluyendo mayores de 12 años, así:

Población	Dosis	Observaciones
Gestantes incluyendo a mayores de 12 años	0,3 ml con 30 microgramos de (nucleósido modificado) ARm que codifica LP.8.1	por vía intramuscular en una dosis única de 0,3 ml.

Nota:1: Conservación de la vacuna:

La vacuna Comirnaty LP.8.1 Pfizer se recibirá ultracongelada dentro del rango de temperatura entre -90°C y -60°C , en el Almacén General del Ministerio de Salud y Protección. La vacuna ultracongelada se puede conservar entre -90°C y -60°C hasta su fecha de vencimiento registrada en cada vial y empaque secundario.

El Ministerio de Salud enviará la vacuna en estado de ultracongelación entre -90°C y -60°C a las entidades territoriales departamentales y distritales, para ser almacenada en ultracongeladores con un set point ajustado a -70°C , según el centro de acopio y de esta manera prolongar la vida útil. A las entidades que no cuenten con ultracongelador, se les enviará la vacuna con una periodicidad que no supere las 10 semanas.

*Se deberá monitorear y registrar la temperatura máxima, mínima y actual dos veces al día, todos los días mientras esté almacenada en ultracongelación y refrigeración, tal como aparece en los lineamientos del PAI. A partir de este eslabón de la cadena se entregará en descongelación a los municipios e IPS según sea el caso, para una vida útil **posterior** de 10 semanas sin superar la fecha de vencimiento.*

*Los viales sin abrir Comirnaty LP.8.1 Pfizer, descongelados se pueden conservar al interior del refrigerador entre 2°C y 8°C **hasta por 10 semanas**. Conserve la vacuna en su empaque original.*

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



Los viales de Comirnaty LP.8.1 Pfizer pueden permanecer en el rango de temperatura entre 8°C a 30°C hasta un máximo de 12 horas antes de la primera punción (incluido el tiempo de descongelación).

Después de la primera punción y conservando el vial entre 2°C y 8°C dentro del termo diario, se debe descartar al cabo de **12 horas**.

Nota 2: Presentación del biológico: Comirnaty LP.8.1 Pfizer viene en vial por 6 dosis que no requiere dilución y cada dosis de (0,3 ml) contiene 30 microgramos de (nucleósido modificado) ARm que codifica LP.8.1, empaque primario 6 dosis por vial y empaque secundario 10 viales en caja plegadiza.

Moderna Spikevax LP.8.1

POSOLOGÍA DE MODERNA SPIKEVAX LP.8.1

Edad (es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños de 6 meses a 4 años de edad, sin vacunación previa y sin antecedentes conocidos de infección por SARS- CoV-2	Dos dosis de 0,25 ml cada una, administrada vía intramuscular*	Administrar la segunda dosis 28 días después de la primera dosis. Si un niño ha recibido una dosis previa de cualquier vacuna Spikevax, se le deberá administrar una dosis de Spikevax LP.8.1 para completar la serie de dos dosis.
Niños de 6 meses a 4 años de edad, con vacunación previa o antecedentes conocidos de infección por SARS-CoV-2	Una dosis de 0,25 ml, administrada vía intramuscular*	Spikevax LP.8.1 debe administrarse como mínimo en Colombia mínimo 6 meses después de la dosis más reciente de una vacuna de COVID-19.
Niños de 5 a 11 años de edad, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,25 ml, administrada vía intramuscular*	
Personas de 12 años de edad y mayores, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,5 ml, administrada vía intramuscular	

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



<i>Personas de 65 años de edad y mayores</i>	<i>Una dosis de 0,5 ml, administrada vía intramuscular</i>	<i>Puede administrarse una dosis adicional en Colombia como mínimo 6 meses después de la dosis más reciente de una vacuna de COVID-19.</i>
--	--	--

Posología de Moderna Spikevax LP.8.1 para personas inmunocomprometidas

Edad (es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
<i>Niños inmunocomprometidos de 6 meses a 4 años de edad, sin vacunación previa.</i>	<i>Dos dosis de 0,25 ml, administrada vía intramuscular*</i>	<i>En personas gravemente inmunocomprometidas puede administrarse una tercera dosis como mínimo 28 días después de la segunda dosis.</i>
<i>Niños inmunocomprometidos de 6 meses a 4 años de edad, con vacunación previa.</i>	<i>Una dosis de 0,25 ml, administrada vía intramuscular*</i>	<i>En personas gravemente inmunocomprometidas puede administrarse una (varias) dosis adicional(es) acorde a la edad como mínimo 2 meses después de la dosis más reciente de una vacuna de COVID-19 a juicio del profesional sanitario, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas de la persona.</i>
<i>Niños inmunocomprometidos de 5 a 11 años de edad, con o sin vacunación previa.</i>	<i>Una dosis de 0,25 ml, administrada vía intramuscular*</i>	
<i>Personas inmunocomprometidas de 12 años de edad y mayores, con o sin vacunación previa.</i>	<i>Una dosis de 0,5 ml, administrada vía intramuscular</i>	

Nota:1: Conservación de la vacuna:

La vacuna Spikevax LP.8.1 Moderna, se recibirá congelada dentro del rango de temperatura entre -50°C y -15°C , en el Almacén General del Ministerio de Salud y Protección. La vacuna congelada se puede conservar entre -50°C y -15°C , hasta su fecha de vencimiento registrada en cada vial y empaque secundario.

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 Ministerio de Salud enviará la vacuna en estado de congelación entre -50°C y -15°C a todas y cada una de las 38 entidades territoriales departamentales y distritales, para ser almacenada en congeladores convencionales ajustados a -20°C y ultracongeladores ajustados a -45°C que garanticen las temperaturas de dicha vacuna, según disponibilidad del centro de acopio y de esta manera prolongar la vida útil. Si tiene Moderna y Pfizer, el ultracongelador se dejará para almacenar únicamente Pfizer a -70°C .

Se deberá monitorear la temperatura máxima, mínima y actual dos veces al día, todos los días mientras esté almacenada en congelación, tal como aparece en los lineamientos del PAI. A partir de este eslabón de la cadena se entregará en descongelación a los municipios e IPS según sea el caso, para una vida útil posterior de 60 días calendario sin superar la fecha de vencimiento.

Los viales sin abrir Spikevax LP.8.1 Moderna, descongelados se pueden conservar en el interior del refrigerador entre 2°C y 8°C hasta por 60 días. Conserve la vacuna en su empaque original.

*Después de la primera punción y conservando el vial entre 2°C y 8°C se debe descartar al cabo de **24 horas**".*

Artículo 3. Modificar el numeral 4.3 del anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2024 y Resoluciones 592 y 2495 de 2024, el cual quedará así:

“4.3 GRUPOS PRIORIZADOS PARA DOSIS ADICIONAL

Teniendo en cuenta que la pandemia por la COVID-19 continúa y según recomendación de la OMS es necesario para la aplicación de dosis adicional priorizar los siguientes grupos de riesgo, así:

Gestantes: *La dosis adicional se debe administrar cuando hayan pasado mínimo 6 meses de la última dosis contra la Covid-19. Se debe garantizar una dosis por cada embarazo en mayores de 12 años. **La vacunación de gestantes debe ser de ARNm Comirnaty LP.8.1 Pfizer.** (Puede utilizarse durante la lactancia).*

Mayores de 60 años: *La dosis adicional se debe administrar después que hayan pasado al menos 6 meses de la última dosis contra la Covid-19. (Puede administrarse simultáneamente con una dosis de la vacuna influenza).*

Población con comorbilidades: *La población con comorbilidades que generan susceptibilidad a complicaciones por la Covid-19, debe recibir una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis contra la Covid-19.*

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



Talento Humano de Salud: La dosis adicional se debe administrar después que hayan pasado al menos 6 meses de la última dosis contra la Covid-19.

Nota 1: Se pueden coadministrar todos los biológicos contra la Covid - 19 con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunización de manera simultánea o con cualquier intervalo de tiempo.

Nota 2: La vacuna Pfizer Comirnaty LP.8.1 disponible en el país, debe centrar su aplicación en los grupos de riesgo priorizados o por prescripción médica; sin embargo, para optimizar el uso de este biológico, una vez abierto el vial, teniendo en cuenta su vida útil, las dosis restantes se pueden utilizar en población mayor de 12 años que demande su uso.

Nota 3: La vacunación con biológico Moderna Spikevax LP.8.1 disponible en el país, debe centrar su aplicación en los grupos de riesgo priorizados o por prescripción médica; sin embargo, para optimizar el uso de este biológico, una vez abierto el vial, teniendo en cuenta su vida útil, las dosis restantes se pueden utilizar en población mayor de 6 meses que demande su uso.

Nota 4: Las personas que han presentado la enfermedad de Covid-19 o Covid prolongado, una vez se recuperen se pueden vacunar con el biológico disponible en el país, ninguna dosis debe ser retrasada. Adicionalmente, tener en cuenta que su aplicación se debe realizar una vez se recupere la persona. Tener síntomas prolongados de Covid -19 no es una contraindicación para recibir la vacuna Covid-19.

Nota 5: El diligenciamiento del consentimiento informado como parte fundamental del proceso de vacunación contra la Covid-19, el personal de salud que realiza la vacunación deberá suministrar la información suficiente frente a la aplicación de la vacuna para que el usuario pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica, teniendo en cuenta el inserto del biológico. Si la persona que requiere la vacuna no acepta la aplicación del biológico, se hará firmar el disentimiento y se registrará en PAIWEB el motivo de no vacunación”.

Artículo 4. Modificar el numeral 12 del anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 2495 de 2024, el cual quedará así:

“12. SEGUIMIENTO A DOSIS NO USADAS DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19:

Las vacunas e insumos para la vacunación contra la COVID-19 son catalogados como bien público, por lo cual se ubican en el contexto del artículo 63 y 102 de la Constitución Política Colombiana de 1991; y artículo 24 de la Ley 1952 de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



De igual manera, la Ley 190 de 1995, establece que los servidores públicos deben informar de deterioro, daño o pérdida de bienes públicos conforme a lo definido en los artículos 21, 22, 24 y 25.

En caso de materializarse la pérdida o no uso de vacunas se debe diligenciar el acta en la que se documente la situación ocurrida que incluya: tipo de vacuna o insumo, número de unidades/dosis afectadas, lote, fecha de vencimiento, laboratorio productor, posible causa por la cual ocurrió el no uso de la vacuna.

MOTIVOS DE NO USO DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19

Nº	Motivo de pérdida	Concepto	Requieren registro en PAIWEB	Requieren elaboración de plan de acta de baja	Requieren elaboración de plan de mejora
1	Política de frascos abierto	Dosis pérdidas de acuerdo con las indicaciones del laboratorio productor en la estrategia intramural o extramural.	SI	SI	NO
2	Interrupción de la cadena de frío	Vacuna COVID-19 con concepto técnico de NO USO por parte del Invima.	SI	SI	SI
3	Contaminación del biológico	Dosis pérdidas debido a que el vial se contaminó durante el proceso de almacenamiento, alistamiento, envasado, aplicación de la vacuna COVID19, entre otras, inmersión del vial, agujas permanentes insertadas sobre el tapón del frasco, mala manipulación.	SI	SI	SI
4	Error en la manipulación	Corresponde a la aguja mal empatada que provoca pérdida del producto. Derrame o ruptura del biológico durante el alistamiento, reconstitución o administración. Partículas extrañas del tapón al interior del frasco/vial que se identifican posterior al proceso de reconstitución.	SI	SI	SI

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	Error en la reconstitución/dilución	Vacuna COVID-19 reconstituida o diluida con diluyente que no le corresponde según las indicaciones del fabricante. Reconstitución o dilución con menor o mayor cantidad de mililitros a los indicados por el fabricante	SI	SI	SI
6	Error en la dosificación	Corresponde a la persona vacunada contra COVID-19 con mayor o menor cantidad de dosis aplicada respecto a la indicación farmacéutica y los lineamientos nacionales.	SI	SI	SI
7	Vacuna que excede el tiempo de almacenamiento en refrigeración	Corresponde a la vacuna que superó los días de almacenamiento en temperaturas de refrigeración según las indicaciones del laboratorio fabricante.	SI	SI	SI
8	Vencimiento del biológico	Corresponde a la vacuna que expiró (venció) de acuerdo con lo registrado en la etiqueta del producto.	SI	SI	SI
9	Frasco vial roto	Corresponde a las dosis de un (unos) viales identificados como rotos o fracturados durante el proceso de transporte nacional, municipal, IPS o extramural.	SI	SI	SI
10	Fallas de fabricación/calidad	Corresponde a frasco/vial de vacuna COVID-19 sin producto, sin etiqueta, cambios de coloración del producto, partículas dentro del vial identificadas previas a la reconstitución, caja incompleta u otros aspectos del producto diferentes al indicado por el fabricante.	SI	SI	NO
11	Siniestro/Accidente	Vacuna perdida en siniestros como inundaciones, incendios, desastres naturales, entre otros.	SI	SI	SI
12	Robo/hurto biológico	Vacuna COVID-19 que fue hurtada durante el almacenamiento, transporte, distribución a nivel	SI	SI	SI



		departamental, municipal, IPS o extramural.			
--	--	---	--	--	--

Para el manejo de las dosis no usadas de vacunas contra la Covid-19 se debe tener en cuenta los niveles jerárquicos departamento, distrito, municipio e IPS vacunadora, así:

1. En el caso de excursiones de temperatura fuera del rango descrito en el literal Conservación de la Vacuna de esta Resolución, estas deben ser conservadas en el rango de temperatura entre 2°C y 8°C y seguir el procedimiento establecido por el INVIMA, para lo cual se deben notificar el evento a los correos dclopeza@minsalud.gov.co y rrivera@minsalud.gov.co.
2. Cuando el no uso está relacionado con falla de calidad o fabricación, estas deben ser conservadas en temperatura de 2°C a 8°C, diligenciar el acta de baja en la que se documente la situación adicionando registro fotográfico y ser notificadas de manera inmediata al correo perdidascovid@minsalud.gov.co adjuntando los soportes pertinentes.
3. Remitir copia de acta a entidad superior o a la autoridad competente que haga sus veces (departamento, distrito, municipio e IPS vacunadora).
4. Elaborar plan de mejoramiento en los motivos de no uso de la vacuna que lo requieren como se describe en la tabla para evitar que ocurran hechos similares en el futuro, estableciendo fechas, responsables de su implementación y seguimiento en los diferentes niveles jerárquicos.
5. Remitir copia del plan de mejoramiento a la secretaría de Salud departamental o distrital y al referente de pérdidas de MSPS.
6. Una vez surte el proceso de notificación y curse el proceso de investigación por la autoridad competente de tal manera que se garantice el debido proceso y se demuestre responsabilidad en el no uso de los bienes públicos, se procede al reembolso de los mismos; es importante mencionar que existen motivos de no uso que son propios del proceso de vacunación, como ocurre con las asociadas a fallas de calidad del biológico y política de frascos abiertos. Las dosis perdidas por fallas de calidad, las cuales están asociadas al proceso de producción de las casas farmacéuticas, deben ser reportadas de manera inmediata con soportes y acta al correo perdidascovid@minsalud.gov.co, para informar a las casas farmacéuticas.
7. Las dosis no usadas de vacuna Covid-19, por todas las causales, deben ser registradas en el Sistema de información nominal - PAIWEB.
8. De acuerdo con lo anteriormente descrito, cualquier situación relacionada con el no uso de vacunas o insumos del Programa Nacional de Vacunación (PNV), debe notificar por escrito y de manera inmediata, siguiendo la línea de mando correspondiente (IPS, municipio, departamento) y referentes de MSPS a cargo de la ET y pérdidas de Covid19.
9. La novedad deberá registrarse en el Movimiento de Biológico (MB), especificando claramente la situación presentada en el correo de notificación enviado al referente de Insumos del MSPS, teniendo en cuenta las cantidades involucradas en la novedad durante la asignación y remitir

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 información correspondiente al correo perdidas covid@minsalud.gov.co , asegurando la trazabilidad y transparencia del proceso.

NOTA: Para proceder al reembolso de los biológicos no usados, debe ser conforme al reporte del costo que se registre en los documentos soporte de entrega de las vacunas enviado en orden de salida del almacén del Ministerio de Salud y Protección Social.

Así las cosas, las dosis no usadas atribuidas a fallas de calidad y las relacionadas con política de frascos abiertos o para reducción de oportunidades de vacunación, no deberán generar proceso de reintegro. Las demás causales están sujetas a los procesos administrativos propios de la investigación ejercida para determinar la responsabilidad del reintegro.

Las vacunas que no se apliquen antes de su fecha de vencimiento o vacuna que excede el tiempo de almacenamiento en refrigeración, serán consideradas como dosis no usadas por causas programáticas y también deberán ser reportadas en PAIWEB, en caso de estos motivos de no uso, se deberán analizar los datos de la población objeto del área de influencia del punto de vacunación y el soporte de la gestión realizada, a fin de determinar si el no uso requiere reintegro.

Enviar copia del pago de los bienes públicos a la secretaría departamental de Salud para que esta lo remita al referente de pérdidas de COVID -19 de MSPS”.

Artículo 5. Modificar el numeral 14 del anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 2495 de 2024, el cual quedará así:

“14. SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN:

Se deberá realizar seguimiento permanente a la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, con el objetivo de identificar oportunamente necesidades de intervención y apoyar la toma de decisiones en la gestión.

14.1 SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN

- a. *Monitorear el cumplimiento de vacunación contra la COVID-19 mensualmente.*
- b. *Identificar la población de grupos priorizados no vacunada, para generar estrategias de canalización y vacunación.*



- c. Identificar las situaciones (amenazas) que puedan afectar el desarrollo de la vacunación contra la COVID-19 y establecer plan de alternativas de solución a través de estrategias conjuntas con las entidades encargadas del aseguramiento.

14.2 EVALUACIÓN

Los departamentos, distritos y municipios deberán adelantar las siguientes acciones de evaluación:

- a. Verificar el cumplimiento de la vacunación contra la COVID-19.
b. Identificar y documentar las lecciones aprendidas y buenas prácticas en el desarrollo del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
c. Seguimiento a vacunación contra la COVID.19 así:

No.	INDICADOR*	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	
1.	% de cumplimiento de dosis aplicadas de vacuna contra la COVID-19 a nivel nacional	Número de dosis aplicadas de COVID-19 a nivel nacional	X 100
		Total de dosis asignadas de COVID-19 a nivel nacional	
2.	% de cumplimiento de dosis aplicadas contra la COVID-19 a nivel departamental y/o distrital	Número de dosis aplicadas de COVID-19 por departamento y/o distrito	X 100
		Total de dosis asignadas de COVID-19 por departamento y/o distrito	
3.	Dosis administradas por grupo etario o población priorizada	Total de dosis aplicadas a grupos de riesgo, a nivel nacional, departamental, distrital.	

Nota: Estos indicadores se deben evaluar de manera mensual por la Entidad Territorial del orden departamental, distrital y municipal”.

Artículo 6. Modificar el anexo 2 “Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARSCoV-2/ COVID-19”, de la Resolución 986 de 2023, el cual quedará así:

**“ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA
CONTRA EL SARS-CoV-2/ COVID-19**

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



CIUDAD _____ FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ APELLIDOS _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC _____ TI _____ CC _____ CE _____ TRO _____ NÚMERO _____
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ AÑOS _____
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE _____
MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO SI _____ NO _____ NO APLICA _____

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger más de 30 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomieltitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean y vacunando a la gestante es vacunación en una dimensión (madre y su bebé) mientras se inicia esquema al lactante.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna cumplió los pasos y fases requeridos en una vacuna para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Primera dosis _____ Segunda dosis _____ Dosis adicional _____
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.
INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA GESTANTES	

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 vacuna de Pfizer tiene aprobado el uso en gestantes, siendo la única vacuna disponible con ensayos clínicos durante el embarazo y que por recomendación y decisión nacional se aplica desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, previa evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte por SARS CoV-2 COVID-19 en la gestante, en el feto o neonato.

A la fecha se ha observado que la vacuna tiene muy buen perfil de seguridad, con eventuales eventos adversos similares a los observados en la población general.

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar la vacuna, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-CoV-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

Manifiesto que soy mujer con más de 12 semanas de gestación o que me encuentro dentro de los 40 días postparto y realicé previamente la evaluación riesgo – beneficio junto con mi médico.

La vacuna de Moderna disponible en el país no se debe aplicar a población gestante.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

*Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que **NO** tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.*

*En consecuencia, decido **ACEPTAR**: que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: ____ que se me aplique la vacuna.*

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres _____

Apellidos _____

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

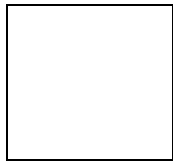


Tipo de Identificación: CC__ CE__ OTRO__ Número _____

Firma _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____,
identificado(a) con C.C.____ C.E.____ OTRO____ Número _____ de
_____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma
identificado(a) con C.C.____ C.E.____
OTRO__ número _____ de _____



Huella dactilar o plantar del rogante
C.C. _____

Firma del rogado
C.C. _____

Nombres _____ y _____ apellidos _____ del _____ vacunador

Firma _____

Tipo de Identificación: CC__ CE__ OTRO__ Número _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN					
INSTITUCIÓN	PRESTADORA	DE	SERVICIOS	SALUD	(IPS)
DEPARTAMENTO/DISTRITO _____ MUNICIPIO: _____					

Nota: Los menores de edad deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal.
Tipos de documentos de identidad: **RC:** Registro Civil, **TI:** Tarjeta de Identidad, **CC:** Cédula de ciudadanía, **CE:** Cédula de extranjería”.

Artículo 7. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de su expedición y modifica el anexo 1 “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19”, modificado por la Resolución 1862 de 2023 y Resoluciones 592 y 2495 de 2024, así como 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



anexo 2 “*Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARSCoV-2/ COVID-19*”, de la Resolución 986 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.7 Resolución 0119 de 2026

Por la cual se adopta el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 156 de la Ley 100 de 1993, el numeral 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los numerales 3, 4 y 7 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia, en su artículo 44, establece que la salud hace parte de los derechos fundamentales de las niñas y los niños y que estos prevalecen sobre los derechos de los demás, lo que impone al Estado la obligación de garantizar su protección y atención frente a enfermedades que afectan su desarrollo integral.

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 02 de 2009, dispone que la atención en salud y el saneamiento ambiental constituyen servicios públicos a cargo del Estado, el cual debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo, este artículo asigna al Estado la función de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, incluidos aquellos prestados por entidades privadas; define las competencias y responsabilidades de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y, dispone que dichos servicios se presten de manera descentralizada, con distintos niveles de atención y con participación de la comunidad. En este marco constitucional, se justifica la formulación y adopción de planes nacionales que permitan articular y coordinar la respuesta institucional frente a las enfermedades transmisibles.

Que en los artículos 42, 43, 44, 45 y 46 de la Ley 715 de 2001, se establecen las competencias en salud para la Nación y las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, incluyendo, entre otras, la formulación, adopción, difusión, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en salud; así mismo, que la gestión en salud pública es una función esencial del Estado.

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 720 de 2001, reconoce, promueve y regula la acción voluntaria de los ciudadanos colombianos, y en su artículo 3, numeral 2, define a un “*voluntario*” como toda persona natural que, de manera libre y voluntaria, sin percibir remuneración laboral, dedica su tiempo, esfuerzo y capacidades al servicio del bien común, ya sea de forma individual o colectiva, dentro o fuera de organizaciones públicas o privadas.

Que la Ley 1438 de 2011, en su artículo 9, numerales 9.3 y 9.4, establece como funciones del Observatorio Nacional de Salud brindar soporte técnico a las autoridades del país en el análisis de la situación de salud nacional y territorial, útil para la toma de decisiones, así como realizar, de manera directa o indirecta, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones y de grupos poblacionales específicos, y divulgar públicamente sus resultados, funciones especialmente relevantes en el marco del seguimiento y monitoreo de la situación de salud frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

Que el artículo 12 de la precitada ley define, entre otros aspectos que la Atención Primaria en Salud es “*la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención 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 en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar el mayor nivel de bienestar de los usuarios*”.

Que en el artículo 15 de la Ley en mención, se establece que los Equipos Básicos en Salud son un “*concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud*”; además, que estos serán adaptados a las necesidades y requerimientos de la población de influencia.

Que el artículo 16 ibidem, establece que los equipos básicos de salud tendrán entre sus funciones i) la identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia, ii) inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública, y iii) facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Que en el artículo 42 de la Ley 1438, se estableció ocho diferentes fuentes para el financiamiento de las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la atención primaria en salud, entre los que se enmarcan: “*i) los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001, ii) los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud, Los recursos de la subcuenta*

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 promoción y prevención del FOSYGA, iii) Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública y iv) recursos que destinen las entidades territoriales”.

Que los artículos 61 a 64 de la Ley 1438 de 2011, consagran que la prestación de los servicios de salud se hará a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud en un territorio determinado. Asimismo, disponen que las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud - EPS, organizarán y conformarán estas redes, las cuales deben incluir prestadores públicos, privados y mixtos; además, que la habilitación de dichas redes estará sujeta a lo reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que los artículos 118 al 139 de la Ley 1438 de 2011, disponen las directrices para la Inspección, Vigilancia y Control respecto a los organismos e instituciones que presten servicios de salud; entidades sobre las que recae la responsabilidad de ejecutar sanciones, medidas cautelares, multas y demás, así como los sujetos de estas actividades en los territorios.

Que, de acuerdo con el numeral 2 del artículo 4 del Decreto 4109 de 2011, el Instituto Nacional de Salud - INS, tiene dentro de sus funciones: Dirigir la investigación y gestión del conocimiento en salud pública, siguiendo las políticas, planes y lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, hoy Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, y el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula y garantiza el derecho fundamental a la salud, reconociéndolo como un derecho autónomo e irrenunciable, sustentado en los principios de universalidad, equidad y continuidad. Asimismo, establece los deberes del Estado en la garantía y prestación del servicio de salud, orientados a asegurar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación.

Que la precitada Ley Estatutaria, en su artículo 5°, dispone que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, así como de formular y adoptar las políticas públicas necesarias para asegurar la igualdad de trato y 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



oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Que, de conformidad con el artículo 6 de la misma Ley Estatutaria, el derecho fundamental a la salud se estructura a partir de elementos y principios esenciales e interrelacionados, entre los cuales se encuentran, entre otros, la universalidad, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la eficiencia y la interculturalidad.

Que, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, los determinantes sociales de la salud corresponden a los factores que influyen en la aparición de las enfermedades; entre ellos los de naturaleza social, económica, cultural, nutricional, ambiental, laboral, habitacional, educativa y de acceso a servicios públicos. Asimismo, se dispone que es deber del Estado adoptar políticas públicas orientadas a reducir las desigualdades asociadas a dichos determinantes y lograr la equidad en salud.

Que el artículo 11 de la referida ley, señala que los sujetos de especial protección son los *“niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad”*, para quienes la atención en salud *“no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”*.

Que, a su turno en el artículo 13 de la ley antes invocada, se estableció que *“el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas”*, en concordancia con lo señalado en los artículos 61 a 64 de la Ley 1438 de 2011.

Que en la Resolución 70/1, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada *“Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (A/RES/70/1)*, la Organización de Naciones Unidas estableció los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para transformar el planeta, siendo el tercero de ellos; *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades”*; asimismo, definió como meta que: *“A 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria, enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”*. Los objetivos fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.

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, compila y simplifica las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, incluyendo el Decreto 2323 de 2006, cuyo objetivo es organizar la Red Nacional de Laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

Que la Resolución 3202 de 2016, adoptó el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, y definió las responsabilidades, procedimientos y estándares de reporte obligatorio, fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a enfermedades de interés en salud, optimizando las estrategias de prevención y control con un enfoque de salud pública poblacional.

Que, por medio de la Resolución 3280 de 2018, fueron adoptados los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, estableciendo las directrices para su operación.

Que, durante la 71ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, celebrada en 2019, el 57º Consejo Directivo aprobó la Iniciativa de la OPS, para la eliminación de enfermedades, mediante el documento CD57/7 del 01 de agosto de 2019 “*Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas*”. En respuesta a los compromisos regionales adquiridos por el país ante la OPS/OMS, se construye el Plan Nacional de Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias como el instrumento operativo que materializa la hoja de ruta del país.

Que el artículo 7 de la Ley 2128 de 2021, modificado por el artículo 232 de la Ley 2294 de 2023, dispone que el Ministerio de Minas y Energía implementará el Programa de Sustitución de Leña, Carbón y Residuos por Energéticos de Transición para la Cocción de Alimentos, con una duración de hasta diez (10) años, mediante el cual se podrán subsidiar, financiar o cofinanciar las conexiones al servicio público de gas combustible, biogás u otros energéticos de transición, así como los equipos y elementos necesarios para su uso. De igual forma, el parágrafo del citado artículo establece que la ejecución de dicho programa en territorios indígenas y en territorios colectivos de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras deberá coordinarse con las autoridades representativas de dichos pueblos y comunidades.

Que el Decreto 1005 de 2022, reglamenta la organización y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la cual será el espacio de coordinación y seguimiento de las

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



acciones para la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Que el Decreto 1652 de 2022, por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, actualiza el régimen de copagos y cuotas moderadoras en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo lo relacionado con la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos; así como las cuotas moderadoras a los afiliados; enlista además, las enfermedades transmisibles de interés en salud pública con alta externalidad exentas de copago o cuotas moderadoras, junto con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud exentas de dichos cobros.

Que la Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2022-2031, incorpora capítulos diferenciales para población vulnerable como: pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. Este instrumento define el marco estratégico para la salud pública, incorporando enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, poblacional y el modelo de determinantes sociales de la salud para el logro de sus tres objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable, a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento del modelo de salud del país.

Que la Resolución 1411 de 2022, implementó la Política de Soberanía en la Producción para la Seguridad Sanitaria, cuyo propósito es consolidar la capacidad del país para producir sus propias tecnologías de salud estratégicas, fortaleciendo el sistema para enfrentar emergencias sanitarias y proteger a la población.

Que la Resolución 2367 de 2023, modificatoria del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, describe los ejes estratégicos, las metas estratégicas y las metas de resultado en salud para el periodo establecido, estas últimas incluyen la mayoría de las enfermedades transmisibles priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación. A saber, los ejes establecidos son: *i)* Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública, *ii)* Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, *iii)* Determinantes Sociales de la Salud, *iv)* Atención Primaria en Salud, *v)* Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias, *vi)* Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria y *vii)* 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



Que el artículo 1 de la Ley 2294 de 2023, establece como objetivo *“sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza”*. Dentro de las metas contempladas en el actual acto administrativo, se consigna la atención en salud alineada al avance en la sustitución de leña en los hogares, la medición del impacto sobre la salud y la promoción del uso de energías limpias a partir del involucramiento ciudadano.

Que la Ley 2294 de 2023, dispone en su artículo 2 que, el documento de *“Bases del Plan Nacional de Desarrollo”*, junto con sus anexos, forma parte integral de dicho Plan y se incorpora a la referida Ley. En el mencionado documento de Bases, específicamente en el numeral 2 *“Seguridad humana y justicia social”*, bajo el catalizador B *“Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar”*, se establece como mandato el desarrollo de un sistema de salud garantista y universal. Dicho sistema se fundamentará en un Modelo de Salud Preventivo y Predictivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), con el objeto de mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones; fortalecer integralmente el sistema de salud; y aumentar su capacidad resolutoria para enfrentar los desafíos sanitarios presentes y futuros.

Que, para hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento de las competencias de los integrantes del Sistema de salud, el documento de las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 *“Colombia, Potencia Mundial de la Vida”* señala que el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo propone: *“(i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales; (ii) conforma redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones; (iii) se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional y (v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado”*.

Que la Ley 2386 de 2024, define *“las pautas de la Política Nacional de investigación científica, desarrollo tecnológico, innovación y producción de la industria farmacéutica para la autonomía*

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



sanitaria de Colombia”, estableciendo como prioridades de la investigación científica en el campo farmacéutico, el desarrollo tecnológico, la innovación y la manufactura de medicamentos, así como la atención de necesidades relacionadas con enfermedades desatendidas de Interés en Salud Pública en el territorio nacional.

Que el artículo 1° de la Resolución 100 de 2024, establece que su objeto es definir las disposiciones relacionadas con la planeación integral en salud a cargo de las entidades territoriales de los niveles departamental, distrital y municipal, así como las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud en los territorios, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, y en armonía con el modelo de salud preventivo y predictivo basado en la Atención Primaria en Salud - APS y las políticas afines.

Que la Resolución 1964 de 2024, adoptó el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras de áreas urbanas y rurales, constituyéndose en el documento orientador para programas, planes y proyectos del sector salud dirigidos a estas comunidades; estableciendo que, conforme a las competencias de las entidades territoriales, necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos de los lineamientos, tanto en el Plan Territoriales de Salud como en el Plan de Desarrollo Territorial y coordinar la implementación en su área de influencia.

Que la Resolución 40165 de 2024 del Ministerio de Minas y Energía establece los parámetros para el desarrollo del Programa de Sustitución de Leña, Carbón y Residuos por Energéticos de Transición de Gas Combustible para la Cocción de Alimentos, para la entrega de los subsidios al consumo de gas combustible a los beneficiarios del Programa.

Que el Decreto 0351 de 2025, adopta el Plan Nacional de Salud Rural, en el marco del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, en especial el numeral 1.3.2.1, mediante el cual el Gobierno Nacional asume la responsabilidad de establecer e implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a *“erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía”*. Este decreto orienta las políticas, estrategias y acciones dirigidas a garantizar el acceso efectivo y equitativo a servicios de salud en zonas rurales, rurales dispersas y de difícil acceso.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Que el Decreto Ley 480 de 2025, establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia.

Que el artículo 26 del precitado Decreto Ley, concibe la atención primaria en salud propia e intercultural como una estrategia que permite la operatividad de los modelos, los procesos o formas de salud propia, los procesos de cuidado integral de la vida de los pueblos indígenas; y que, además, busca revitalizar y fortalecer el fomento a la salud y el buen vivir, la protección de la armonía y el cuidado integral de la vida, así como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Que, en el artículo 35 ibidem, se establece la complementariedad del sistema de salud a partir de las acciones desarrolladas por el sistema de salud y su complementariedad con la Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas, las cuales estarán en concordancia con los Sistemas de Conocimiento indígena de cada Pueblo.

Que, el artículo 40 de la precitada norma, en el marco del principio de colaboración armónica, dispone que el desarrollo de las estrategias de comunicación en salud propia e intercultural, tienen como fin promover el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la salud propia e intercultural requeridas, siendo el Ministerio de Salud y Protección Social quien promoverá la coordinación entre las entidades competentes y la Subcomisión de Salud para formular estrategias que impulsen el acceso y apropiación de las TIC en la operatividad del SISPI, el fomento y divulgación de contenidos y aplicaciones de interés público con enfoque social en salud propia e intercultural con la participación de los medios de comunicación propios de los territorios indígenas.

Que, la Resolución 1597 de 2025, tiene por objeto establecer 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, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud — APS; proporcionando la arquitectura operativa territorial que se requiere para la implementación efectiva de planes, programas, proyectos y estrategias en salud en los territorios, garantizando la complementariedad entre intervenciones individuales y colectivas.

Que en el artículo 6° de la misma resolución, se establece como finalidades de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública: *i) Fortalecer la gobernanza y la gobernabilidad territorial en salud, ii) Garantizar el cuidado integral de la salud en el contexto de las redes integrales e integradas de salud de base territorial, iii) Promover la coordinación territorial y la participación*

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 actores del sector salud, los otros sectores de gobierno, los agentes sociales comunitarios y la ciudadanía, fortaleciendo instancias organizativas que generen procesos de desarrollo de autonomía para la generación de capacidades en la garantía del derecho fundamental a la salud, iv) Afectar positivamente los determinantes económicos, sociales, ambientales, y los relacionados con el cambio climático y la paz, y v) Favorecer el desarrollo de planes, programas, proyectos y estrategias que propendan por el mejoramiento, la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, capacitación y cualificación, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud”; todos ellos contribuyendo en su conjunto a la garantía del derecho a la salud.

Que el artículo 9° de la precitada resolución, establece que las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal son las responsables de liderar la implementación de la gestión en salud pública en sus territorios de influencia en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud — APS; a través de doce procesos transversales dentro de los que se señalan: la planeación integral en salud, la gestión del conocimiento en salud pública, el cuidado integral de la salud, el direccionamiento de las políticas públicas, la coordinación intersectorial y transectorial para el cuidado integral de la salud, la participación social y comunitaria, el desarrollo de capacidades, la gestión del trabajo digno y decente, la vigilancia en salud pública, la inspección, vigilancia y control - IVC, la gestión de medicamentos e insumos críticos en salud pública y el monitoreo y evaluación.

Que la Resolución 1444 de 2025, adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025 – 2035, y en su artículo 5° establece como líneas estratégicas de esta política pública la gobernabilidad, gobernanza, disponibilidad, distribución, formación continua y las condiciones de empleo y trabajo del Talento Humano en Salud; siendo estos prioritarios para asegurar la capacidad resolutive en los territorios, la alineación con el modelo de salud y el cierre de brechas en salud pública.

Que la Resolución 1810 de 2025, tiene por objeto reglamentar el ejercicio, desempeño y acciones de los(as) auxiliares promotores(as) de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y del sistema de salud; por lo que el artículo 7 señala que dentro de las acciones de los(as) auxiliares promotores(as) de salud, se tienen: las atenciones básicas en salud y la identificación, prevención, control y gestión de riesgos y enfermedades según lo establecido en los programas para el control, eliminación y erradicación de eventos de interés en salud pública detallados en los lineamientos y Planes Nacionales emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Que se ha construido el documento técnico en el que se establece el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención, el cual, dentro de la Estrategia de Cooperación de País 2024 - 2026 (ECP) de la OPS, bajo la prioridad estratégica “*Equidad en salud para la vida*”, se encuentra alineado con la Iniciativa de Eliminación de más de 30 enfermedades y condiciones para 2030 de la OPS.

Que de conformidad con los fundamentos normativos invocados, se hace necesario adoptar e implementar el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, el cual constituye el instrumento de planeación fundamental para conseguir el avance hacia la eliminación y el sostenimiento de la eliminación de enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades zoonóticas, enfermedades de transmisión materno infantil, enfermedades emergentes e infecciones desatendidas y condiciones prioritarias para el 2031.

Que, en el marco de la implementación de este Plan Nacional de Eliminación, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las metas, estrategias, líneas de acción, mecanismos de monitoreo y evaluación, los cuales deberán incorporarse de manera armónica y progresiva en la regulación vigente, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I GENERALIDADES

ARTÍCULO 1. Objeto. Adoptar el “Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias”, contenido en el documento técnico que será objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, así como establecer lineamientos para su implementación, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 2. Objetivos. Son objetivos del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias:

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



Objetivo General: Contribuir a la eliminación de la transmisión, la eliminación como problema de salud pública y la sostenibilidad de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias en Colombia. Esto se logrará mediante la promoción del cuidado integral de la salud con un enfoque participativo que involucre a los actores del sistema de salud, otros sectores, agentes sociales, comunitarios y la población en general; reconociendo las realidades poblacionales y territoriales para aportar a la reducción de las barreras de acceso, las inequidades en salud y las injusticias sociales, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas, las familias y las comunidades en el territorio nacional.

Objetivos Específicos: Los objetivos específicos del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, son:

- 2.1. Integrar los componentes y estrategias del Plan de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias a los procesos de rectoría y gobernanza que se desarrollan en el nivel territorial.
- 2.2. Garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, la integralidad, continuidad y resolutivez del cuidado de la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud relacionados con enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias.
- 2.3. Establecer un marco estratégico intersectorial y multinivel que garantice la participación incidente y la concurrencia y complementariedad entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales, comunitarios y la comunidad en general, para alcanzar y sostener la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias, bajo los principios de sostenibilidad, integralidad, integridad, equidad y derechos en salud.
- 2.4. Garantizar la generación de evidencia en salud pública e información sanitaria de calidad, oportuna y veraz, que oriente la toma de decisiones y permita monitorear y evaluar el logro de las metas e hitos de eliminación establecidos, mediante actividades de aceleración sectoriales, intersectoriales y estrategias interprogramáticas diseñadas para este fin.

ARTÍCULO 3. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo son de obligatorio cumplimiento para:

- 3.1. La Superintendencia Nacional de Salud.
- 3.2. El Instituto Nacional de Salud – INS.
- 3.3. El Instituto Nacional de Cancerología – INC.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- 3.4. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.
- 3.5. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.
- 3.6. El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – CDFLLA.
- 3.7. Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.
- 3.8. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- 3.9. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quien haga sus veces.
- 3.10. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces.
- 3.11. Bancos de sangre.
- 3.12. Agentes sociales, comunitarios y comunidad general que realicen acciones en salud pública.

Parágrafo 1. Cada actor involucrado en el ámbito de la presente resolución, cumplirá con las actividades propuestas en el marco de las respectivas funciones y competencias asignadas por la normatividad vigente.

Parágrafo 2. 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 el desarrollo de actividades clave en las cuatro líneas operativas del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, conforme a la normatividad vigente que les es aplicable.

ARTÍCULO 4. Definiciones. Para efectos de la presente resolución, se adoptan las definiciones contenidas en el documento técnico “Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias”, que será publicado en la página web de este Ministerio.

Artículo 5. Contenido del plan. El documento “Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias”, contiene los objetivos generales y específicos, el diagnóstico situacional, los involucrados, las metas, las líneas operativas, las acciones prioritarias, los hitos y sus indicadores de seguimiento y evaluación, y el marco de gobernanza, coordinación intersectorial e interinstitucional, la territorialización y la viabilidad para la eliminación y sostenimiento de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias. Igualmente, el plan se articula explícitamente con las metas y dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-



2031, operativizando sus objetivos en materia de enfermedades transmisibles y determinantes sociales y ambientales de la salud.

ARTÍCULO 6. Líneas operativas del plan. Las líneas de acción dispuestas para el diseño, implementación y desarrollo del plan, fueron adoptadas de la iniciativa regional para la eliminación de enfermedades de la OPS, y son las siguientes: a) Fortalecer la gobernanza, la rectoría y las finanzas, b) Fortalecer la integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud, c) Fortalecer los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud y d) Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

ARTÍCULO 7. Eventos priorizados. Las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias que serán objeto del "Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias", corresponden a:

7.1. Eliminación de enfermedades transmisibles: Cáncer cérvico uterino por el virus del papiloma humano (VPH), enfermedad de Chagas por transmisión vectorial y transfusional, Malaria por *Plasmodium falciparum*, leishmaniasis visceral, fiebre amarilla-brotes urbanos, rabia humana transmitida por perros, geohelmintiasis, tracoma, pian, lepra, tuberculosis y la transmisión materno infantil de: el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis congénita, el virus de la hepatitis B y la enfermedad de Chagas congénita.

7.2. Sostenimiento de la eliminación de poliomielitis, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tétanos neonatal y oncocercosis.

7.3. Eliminación de la condición ambiental prioritaria: Uso de biomasa contaminante dentro del hogar. Este plan se desarrolla en el marco del Plan Nacional de Sustitución de Leña - PNSL, el cual es liderado por la Unidad de Planeación Minero Energética - UPME del Ministerio de Minas y Energía.

Parágrafo. En el Plan Nacional de Sustitución de Leña - PNSL se establecen las acciones que deben adelantar las instituciones pertinentes en el país, con los procesos que permitan sustituir Combustibles de uso Ineficiente y Altamente Contaminante -CIAC- como la leña, el carbón de leña y la madera principalmente, para cocción de alimentos en el interior de los hogares; el Ministerio de Salud y Protección Social se articula con este plan en las actividades claves de promoción en comunidad y medición del impacto de la sustitución sobre la salud de los individuos en los hogares.

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 8. Responsabilidades de los actores del sistema frente al "Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias". Los actores del sistema de salud tendrán a cargo las siguientes responsabilidades:

8.1. Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

- a. Liderar la formulación, adopción e implementación del Plan Nacional de Eliminación.
- b. Definir los lineamientos técnicos, científicos y operativos para la ejecución de las estrategias y actividades contempladas en el Plan Nacional de Eliminación.
- c. Articular las estrategias interprogramáticas y las actividades clave de este Plan con los ejes y metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Nacional de Desarrollo, el modelo de salud del país y el Plan Nacional de Salud Rural, garantizando la coherencia programática.
- d. Liderar y garantizar la formulación, actualización, publicación y socialización de circulares, lineamientos, guías, notas técnicas y demás documentos técnicos requeridos para la implementación del Plan Nacional de Eliminación.
- e. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.
- f. Gestionar la movilización de recursos logísticos, técnicos y financieros a nivel nacional e internacional para el desarrollo del Plan Nacional de Eliminación o de actividades específicas enmarcadas en este.
- g. Coordinar la articulación de acciones estratégicas intersectoriales que contribuyan al alcance de los objetivos del Plan Nacional de Eliminación, principalmente en lo relacionado con el abordaje de determinantes sociales y ambientales de la salud en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP y otros mecanismos intersectoriales.
- h. Generar oportunamente los sistemas de información o su adaptación para dar respuesta a las necesidades de recolección de información de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación que aporten efectivamente al seguimiento nominal de casos humanos y animales, los convivientes y/o contactos y el binomio madre e hija(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



- i. Establecer los mecanismos y garantizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los avances, indicadores y resultados del Plan Nacional de Eliminación a nivel nacional; así como sistematizar y divulgar la experiencia del país.
- j. Trabajar articuladamente desde las diferentes dependencias y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y los planes específicos.
- k. Garantizar articuladamente los mecanismos para realizar la vigilancia efectiva de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- l. Establecer la metodología y estimar la población a riesgo a nivel local para los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- m. Establecer los insumos críticos, medicamentos, inmunobiológicos, dispositivos de diagnóstico, tecnologías e innovaciones en salud pública requeridos para el sostenimiento, la eliminación y el control de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación; así como garantizar su disponibilidad y distribución en los territorios.
- n. Identificar y establecer las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para generar información, tecnologías e innovaciones frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación; así como la divulgación y apropiación social del conocimiento.
- o. Promover el establecimiento de redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- p. Fortalecer las estrategias y actividades fronterizas para la vigilancia, notificación y seguimiento cruzado de casos, el intercambio de información y de experiencias sobre tecnologías e innovaciones en salud para los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- q. Garantizar la participación de la comunidad civil en la implementación del Plan Nacional de Eliminación, así como la veeduría ciudadana del mismo.
- r. Establecer y garantizar el funcionamiento del Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los Grupos Funcionales del orden nacional.

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



s. Liderar y articular con las entidades adscritas los procesos de pre-verificación y pre-validación pública de eliminación de enfermedades transmisibles o condiciones prioritarias a las entidades territoriales que cumplan con los indicadores y metas establecidos de eliminación.

t. Presentar ante la comisión evaluadora de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud los soportes técnicos requeridos para los procesos de validación o verificación de la eliminación de los eventos priorizados en el plan.

8.2. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Realizar actividades de inspección, vigilancia y control a los diferentes actores del sistema de salud que son vigilados y están involucrados en la implementación de las diferentes actividades y subactividades del Plan Nacional de Eliminación.

b. Participar activamente en el Comité Sectorial del Plan Nacional de Eliminación, según las necesidades relacionadas con sus funciones y competencias.

c. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.3. Instituto Nacional de Salud - INS. El Instituto Nacional de Salud - INS tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Trabajar articuladamente desde las diferentes direcciones y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento.

b. Identificar y establecer articuladamente con el Ministerio de Salud y Protección las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones en salud frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, así como la divulgación y apropiación social del conocimiento.

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



- c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- d. En articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, actualizar oportunamente los sistemas de información para la notificación de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, así como los documentos técnicos, protocolos y fichas de notificación para dar respuesta a las necesidades nacionales frente a la vigilancia epidemiológica de los eventos priorizados.
- e. Fortalecer los mecanismos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica activa, pasiva y reactiva, la vigilancia en salud pública con base comunitaria, la vigilancia por laboratorio, entomológica, entomoviológica y parasitológica, genómica, resistencia a los antimicrobianos, hemovigilancia y demás, requeridas para la implementación del Plan Nacional de Eliminación.
- f. Apoyar el fortalecimiento y desarrollo de capacidades territoriales para garantizar la respuesta local oportuna frente a la vigilancia reactiva de casos y brotes de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación; esto incluye la descentralización del diagnóstico.
- g. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de las capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.
- h. Apoyar en la documentación de los procesos de validación o verificación de la eliminación a presentar ante la comisión evaluadora de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- i. Garantizar la disponibilidad de profesionales competentes, insumos y tecnologías en salud requeridos en la institución para la atención de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias y funciones.
- j. Participar activamente en el Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los Grupos Funcionales de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- k. Desde el Observatorio Nacional de Salud, servir como soporte técnico para el análisis de la situación de salud y las evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones y de grupos poblacionales vulnerables, a la luz del Plan Nacional de 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



l. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

m. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.4. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Trabajar articuladamente desde las diferentes direcciones y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento.

b. Identificar y establecer articuladamente con el Ministerio de Salud y Protección las necesidades de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la incorporación de nuevas tecnologías e innovaciones en salud frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

d. Fortalecer la farmacovigilancia, reactivovigilancia y tecnovigilancia, a la luz de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

e. Generar los mecanismos que prioricen procesos de evaluación y el otorgamiento del registro sanitario e introducción de nuevas tecnologías e innovaciones en salud que respondan a las necesidades del Plan Nacional de Eliminación, siempre y cuando estas cumplan con los criterios regulatorios, de calidad, seguridad y eficacia.

f. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, en la correcta aplicación de normas y procedimientos previstos en materia de vigilancia sanitaria y control de calidad en los temas de su competencia.

g. Participar activamente en el Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los grupos funcionales de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación acorde a la competencia de la institución.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



h. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

i. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.5. Instituto Nacional de Cancerología INC. El Instituto Nacional de Cancerología INC tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Trabajar articuladamente desde las diferentes direcciones y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y específicamente del plan de eliminación del cáncer cérvico-uterino por el virus del papiloma humano - VPH.

b. Identificar y establecer articuladamente las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones frente al Plan Nacional de Eliminación de Cáncer Cervicouterino por VPH, así como la divulgación y apropiación social de conocimientos.

c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

d. En articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, actualizar oportunamente los sistemas de información para la notificación y seguimiento de los casos de cáncer cérvico-uterino por el virus del papiloma humano-VPH, los documentos técnicos como protocolos y fichas de notificación para dar respuesta a las necesidades nacionales.

e. Apoyar en la documentación del proceso de validación de la eliminación del cáncer cérvico-uterino por el virus del papiloma humano - VPH a presentar ante la comisión evaluadora de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

f. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.

g. Participar activamente en el Comité Sectorial, el Comité Técnico Asesor y el grupo funcional de cáncer cérvico-uterino por el virus del papiloma humano - VPH, a la luz del Plan Nacional de Eliminación acorde a la competencia de la institución.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



h. Responder a las convocatorias e instrucciones que sobre el tema realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

i. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.6. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS: El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Trabajar articuladamente desde las diferentes direcciones y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento.

b. Identificar y establecer articuladamente las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, así como la divulgación y apropiación social de conocimientos.

c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

d. Realizar oportunamente la evaluación de nuevas tecnologías e innovaciones sanitarias relacionadas con los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, a partir del análisis de seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, la evidencia científica, el análisis económico, de factibilidad, ético-organizativos y demás aspectos.

e. Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.

f. Gestionar el conocimiento para asesorar y apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en lo relacionado con las necesidades programáticas, las tecnologías e innovaciones en salud frente a las necesidades del Plan Nacional de Eliminación.

g. Vigilar continuamente la situación mundial de las tecnologías e innovaciones emergentes que puedan ser útiles para el Plan Nacional de 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



- h. Asesorar y brindar capacitación a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.
- i. Participar activamente en el Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los Grupos Funcionales de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación acorde a la competencia de la institución.
- j. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social,
- k. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.7. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta CDFLLA. El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta CDFLLA tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

- a. Trabajar articuladamente desde las diferentes dependencias y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de pian y lepra o enfermedad de Hansen.
- b. Identificar y establecer articuladamente con el Ministerio de Salud y Protección Social las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones frente al Plan Nacional de Eliminación y los planes específicos de eliminación de pian y lepra o enfermedad de Hansen; así como la divulgación y apropiación social del conocimiento.
- c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- d. Garantizar la disponibilidad de insumos y tecnologías en salud requeridos en la institución para la atención del pian y la lepra o enfermedad de Hansen en el marco de sus competencias y funciones.
- e. Apoyar en la documentación de los procesos que demuestren el cumplimiento de criterios para obtener la verificación de la eliminación de pian y lepra o enfermedad de Hansen en el marco de sus competencias.



f. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.

g. Participar activamente en el Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los Grupos Funcionales de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación acorde a la competencia de la institución.

h. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

i. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.8. Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil. El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

a. Trabajar articuladamente desde las diferentes dependencias y oficinas en el marco de sus competencias y funciones para garantizar la implementación del Plan Nacional de Eliminación.

b. Identificar y establecer articuladamente con el Ministerio de Salud y Protección Social las necesidades nacionales de investigación, desarrollo e innovación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones frente al Plan Nacional de Eliminación; así como la divulgación y apropiación social del conocimiento.

c. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

d. Garantizar la disponibilidad de insumos y tecnologías en salud requeridos en la institución para la atención de las enfermedades priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias y funciones.

e. Apoyar en la documentación de los procesos que demuestren el cumplimiento de criterios para obtener la verificación o validación de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.

f. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia y otros actores, para el fortalecimiento de capacidades del Talento Humano en Salud y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.

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



g. Participar activamente en el Comité Sectorial, los Comités Técnicos Asesores y los Grupos Funcionales de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación acorde a la competencia de la institución.

h. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social.

i. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.9. Entidades Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipal. Las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, en el marco de sus competencias y el principio de descentralización, tendrán las siguientes responsabilidades:

a. Liderar desde las gobernaciones y alcaldías la adopción, implementación y seguimiento del Plan Nacional de Eliminación y de los planes específicos de evento, en sus respectivos territorios, de acuerdo con las particularidades epidemiológicas, culturales y socioeconómicas de la población.

b. Incorporar e implementar el Plan Nacional de Eliminación acorde a su microplanificación en sus territorios, así como actualizarlo según el avance del Plan Nacional de Eliminación.

c. Asignar los recursos financieros, técnicos, logísticos y de talento humano necesarios para la ejecución de las actividades clave y subactividades del Plan Nacional de Eliminación en su territorio de influencia.

d. Fortalecer la vigilancia (epidemiológica, reactiva, basada en comunidad, entomológica, entomoviológica y parasitológica, genómica, por laboratorio, de resistencia antimicrobiana y hemovigilancia), la capacidad diagnóstica, el control de calidad, la prestación de los servicios y el seguimiento nominal de casos humanos y animales, los contactos y/o convivientes, y del binomio madre e hija(o) en sus redes integrales e integradas de salud para los eventos priorizados del Plan Nacional de Eliminación.

e. Implementar estrategias diferenciales y flexibles para la ejecución de las actividades y subactividades del Plan Nacional de Eliminación en zonas rurales dispersas y de difícil acceso, tales como brigadas móviles de salud, telemedicina y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, en el marco del Plan Nacional de Salud Rural y con enfoque de interculturalidad.

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



- f. Garantizar la gestión, disponibilidad y distribución de insumos críticos, medicamentos, inmunobiológicos, dispositivos de diagnóstico, tecnologías e innovaciones en salud pública requeridos para las intervenciones colectivas, las atenciones individuales y el quehacer del laboratorio de salud pública frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias, conforme a los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública y la norma legal vigente.
- g. Promover la coordinación intersectorial entre las diferentes secretarías, dependencias, direcciones u oficinas bajo su jurisdicción para la implementación priorizada de actividades clave que abordan los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- h. Promover la participación comunitaria en la implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los avances del Plan Nacional de Eliminación y los planes específicos a nivel territorial.
- i. Realizar el seguimiento y evaluación de la implementación de los planes de eliminación específicos de eventos en su jurisdicción, reportando oportunamente y con calidad los datos en los sistemas de información y los mecanismos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para este fin.
- j. Identificar las necesidades territoriales de investigación en salud pública para la generación de información, tecnologías e innovaciones frente a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación; así como su materialización, la divulgación y apropiación social de los conocimientos de manera autónoma o en alianza con Instituciones de Educación Superior y centros de investigación.
- k. Fortalecer las capacidades de los laboratorios de salud pública para que participen en procesos rutinarios de vigilancia, diagnóstico, control de calidad e investigación que requieran los planes de eliminación específicos de evento, como parte de la soberanía sanitaria de la entidad territorial.
- l. Participar en las redes de conocimiento, investigación e innovación en torno a los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- m. Conformar y garantizar el funcionamiento de los grupos funcionales o Comités Técnicos Asesores de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación en su territorio.

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



n. Enviar oportunamente y con calidad la información de las intervenciones colectivas desarrolladas en el territorio, de acuerdo con las particularidades y frecuencias definidas por cada evento; así como, toda aquella información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración de los documentos técnicos de validación o verificación de la eliminación.

o. Promover la inscripción de personas con discapacidad en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad RLCPD en sus territorios.

p. Realizar oportunamente el adecuado seguimiento de la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas, privadas, mixtas o quien haga sus veces, frente a las acciones de seguimiento individual de casos y del binomio madre-hija(o) en los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

q. Fortalecer las estrategias y actividades fronterizas para la vigilancia, notificación y seguimiento cruzado de casos, el intercambio de información y de experiencias sobre tecnologías e innovaciones en salud para los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

r. Asesorar y brindar asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de salud, la academia, otros sectores y la sociedad civil, para el fortalecimiento de capacidades y la implementación efectiva del Plan Nacional de Eliminación en el marco de sus competencias.

s. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades adscritas o las autoridades sanitarias del territorio.

t. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.10. Entidades Promotoras de Salud EPS. Las Entidades Promotoras de Salud EPS o quienes hagan sus veces, tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de sus competencias:

a. Integrar aspectos relacionados con garantizar la oferta y el acceso a los servicios relacionados con la promoción, prevención, atención clínica, rehabilitación y paliación de los eventos priorizados en el Plan Nacional de 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



- b. Garantizar el tamizaje y diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento de los casos de las enfermedades priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación, conforme a los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes, y acorde con sus competencias, funciones y responsabilidades frente al Sistema de salud; asegurando una ruta integral de atención, sin barreras administrativas, geográficas o de acceso tanto intramural como extramural.
- c. Garantizar la disponibilidad de servicios, talento humano, insumos, medicamentos, inmunobiológicos, fórmula láctea, dispositivos de diagnóstico, tecnologías e innovaciones en salud necesarias para la atención clínica integral de los casos en su red de prestación de servicios.
- d. Garantizar que los usuarios con discapacidades ocasionadas por alguno de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación tengan acceso a los servicios de atención clínica prioritaria, rehabilitación y paliación requeridos.
- e. Garantizar que la red prestadora cuenta con Talento Humano en Salud con las capacidades y competencias para la identificación, diagnóstico, manejo clínico integral, notificación y seguimiento de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- f. Reportar activamente a los sistemas de información y vigilancia la notificación de casos, el seguimiento nominal de casos de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación y las intervenciones realizadas al binomio madre e hija(o), según la normatividad vigente. La información consignada en los sistemas deberá cumplir con cuatro criterios fundamentales: calidad, completitud, oportunidad y veracidad.
- g. Promover la participación comunitaria, la información, la comunicación y la educación para la salud como estrategias para la promoción y la prevención de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- h. Gestionar adecuadamente el riesgo de la población en la zona de influencia, según la caracterización demográfica y las características ecoepidemiológicas, con el objetivo de permitir la acción activa en el territorio.
- i. Participar en el desarrollo de la microterritorialización y la microplanificación de sus territorios de influencia en el marco de su competencia.



j. Realizar el oportuno seguimiento a las actividades desarrolladas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas, privadas o mixtas, o quien haga sus veces en su jurisdicción, soportando dicha función a través de los respectivos informes.

k. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades adscritas o las autoridades sanitarias del territorio.

l. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

8.11. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces, tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de sus competencias:

a. Garantizar el tamizaje y diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento de los casos de las enfermedades priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación, conforme a los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes, y acorde con sus competencias, funciones y responsabilidades frente al sistema de salud; asegurando la cobertura efectiva en zonas rurales, para personas con discapacidad, en contextos de inclusión a nivel intramural y extramural.

b. Garantizar el seguimiento sistemático de las coberturas de vacunación frente a las enfermedades inmunoprevenibles objetivo del plan.

c. Garantizar la disponibilidad de servicios, talento humano, insumos, medicamentos, inmunobiológicos, fórmula láctea, dispositivos de diagnóstico, tecnologías e innovaciones en salud necesarias para la atención clínica integral de los casos.

d. Para el caso específico de las Empresas Sociales del Estado - E.S.E, estas deben garantizar el adecuado funcionamiento de los Equipos Básicos en Salud y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC según sus competencias y la normatividad legal vigente, a fin de que estos respondan a las necesidades del Plan Nacional de Eliminación según la territorialización establecida.

e. Garantizar el desarrollo de capacidades y competencias del Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico, manejo clínico integral, notificación y seguimiento de los eventos priorizados en el Plan Nacional de 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



- f. Garantizar el desarrollo de capacidades y competencias del Talento Humano en Salud, el personal administrativo y de apoyo para el trato ético, humanizado, empático e intercultural de las personas afectadas por los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.
- g. Reportar activamente a los sistemas de información y vigilancia, la notificación de casos, el seguimiento nominal de casos de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación y las intervenciones realizadas al binomio madre e hija(o). según la normatividad vigente. La información consignada en los sistemas deberá cumplir con cuatro criterios fundamentales: calidad, completitud, oportunidad y veracidad.
- h. Promover la participación comunitaria, la información, la comunicación y la educación para la salud como estrategias para la promoción y prevención de las enfermedades priorizadas.
- i. Articular con las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces y las entidades territoriales la implementación de las actividades clave y subactividades del Plan Nacional de Eliminación, evitando duplicidad de esfuerzos y garantizando la complementariedad en las intervenciones, bajo el principio de corresponsabilidad.
- j. Gestionar adecuadamente el riesgo de la población en la zona de influencia, según la caracterización demográfica y las características ecoepidemiológicas, con el objetivo de permitir la acción activa en el territorio.
- k. Participar en el desarrollo de la microterritorialización y de la microplanificación de sus territorios de influencia, en el marco de su competencia.
- l. Responder a las convocatorias e instrucciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades adscritas o las autoridades sanitarias del territorio.
- m. Designar un profesional de enlace institucional en el marco del Plan Nacional de Eliminación.

TÍTULO II

FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNANZA Y LA RECTORÍA

ARTÍCULO 9. *Evaluación de las necesidades territoriales.* El Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación por cada municipio y distrito del país; esta información está dispuesta en el documento "Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles 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



Condiciones Prioritarias", el cual será publicado en la página web oficial de este Ministerio, dicho documento será susceptible de modificación según el seguimiento y evaluación periódica establecida.

Frente a esta priorización, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal liderarán el desarrollo de la microterritorialización y la microplanificación de sus territorios de influencia en el marco de su competencia. Esta actividad será realizada en articulación con las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores de la sociedad civil.

Para el desarrollo de la microplanificación se deberá considerar el Análisis de Situación de Salud ASIS, el Plan Nacional de Eliminación y Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031; evaluando las capacidades y necesidades territoriales, junto con la identificación, análisis y comprensión de las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, las familias y las comunidades, y el entorno en el que se configuran los determinantes sociales y ambientales de la salud en su territorio.

Parágrafo 1. Los análisis de situación de salud (ASIS) y los procesos de microplanificación deberán incorporar este Plan Nacional de Eliminación con un enfoque de equidad que permita identificar y priorizar actividades en territorios con mayores brechas en indicadores de salud, con barreras de acceso a servicios sanitarios, con fuerte impacto de los determinantes sociales y ambientales de la salud, y los puntos estratégicos para fortalecer el nivel primario de atención en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 2. La microplanificación deberá incluir el mapeo territorial de: organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de base comunitaria, líderes comunitarios reconocidos, grupos y jefes étnicos, fuentes de financiamiento, canales de comunicación y aliados estratégicos como instituciones de educación superior, grupos de investigación y posibles espacios de concertación intersectorial.

ARTÍCULO 10. Armonización e integración de los instrumentos de planeación en salud en los territorios. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal armonizarán este instrumento con todos los instrumentos de planeación, programación, disposiciones legales y reglamentarias que se consideren necesarias para materializar el ejercicio de articulación y cumplimiento del Plan Nacional de Eliminación y Sosténimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias; así como, los planes de eliminación específicos de evento en sus territorios; entre otros, se deberán armonizar el Plan

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



Territorial de Desarrollo, los Planes Territoriales de Salud - PTS vigencia 2026-2027 y los de las siguientes vigencias con las disposiciones establecidas en la presente resolución. Esta inclusión se realizará conforme a los lineamientos metodológicos que el Ministerio de Salud y Protección Social expida, en concordancia con las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud Rural y el modelo de salud vigente, garantizando la alineación estratégica y el cumplimiento del marco normativo y programático vigente.

Parágrafo 1. La articulación de los Planes Territoriales de Salud - PTS con los planes de eliminación priorizados en el territorio, deberá reflejarse en los Planes de Acción en Salud, la asignación específica de recursos, metas e indicadores en los planes de acción anuales, con especial atención a la reducción de las brechas de desigualdad social en salud.

Parágrafo 2. La microplanificación para la implementación de actividades clave para acelerar la eliminación y sostener la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias, se deberá armonizar con el funcionamiento de los modelos propios e interculturales de los pueblos y de las comunidades étnicas, incluyendo el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, conforme a lo dispuesto en el modelo de salud vigente.

ARTÍCULO 11. Gestión territorial integral en salud pública. Los actores del sistema de salud en el marco de sus competencias y la normatividad vigente, deberán reforzar en los territorios los doce procesos transversales de la Gestión en Salud Pública, en el marco de la Resolución 1597 de 2025 y posteriores relacionadas, para articular las actividades clave y las subactividades de aceleración de la eliminación del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento; facilitando la implementación de estos desde las redes integrales e integradas de salud, de que trata la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1955 de 2019, en sus diferentes niveles y el quehacer de los programas; garantizando la eficacia y la eficiencia de las atenciones individuales y su complementariedad con las intervenciones colectivas propuestas en el marco de la atención primaria en salud.

Parágrafo 1. La oferta de servicios y las intervenciones en salud deberán ser acordes con las guías, lineamientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y en el marco de la norma legal vigente para cada evento priorizado en el Plan Nacional de Eliminación.

Parágrafo 2. Se debe velar porque el flujo y reporte de la información relacionada con la vigilancia y la gestión sea oportuno entre los diferentes niveles de atención en salud, hacia la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal, el Instituto Nacional de Salud, 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



Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y el Ministerio de Salud y Protección Social según corresponda; cada uno a su vez, realizará el respectivo análisis de la información consolidada y medirán la variación en la carga de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

ARTÍCULO 12. Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud. Considerando que una de las finalidades de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública involucra la educación continua para favorecer el desarrollo de planes, programas, proyectos y estrategias, los actores del sistema de salud serán responsables del fortalecimiento del personal de salud de su institución, por lo que se deberán implementar y fortalecer el programa de educación continua e incluir dentro del cronograma de capacitaciones, la actualización de conocimientos frente a los eventos priorizados y las líneas operativas de acción del Plan Nacional de Eliminación; además incluirá de manera obligatoria componentes de enfoque diferencial como derechos humanos, equidad de género, curso de vida, población vulnerable, interculturalidad y ética en salud pública.

Este proceso de fortalecimiento integrará el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud (TIC), velando por el principio de interculturalidad, los enfoques diferenciales e intersectoriales y las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Adicionalmente, podrá definir procesos normativos, administrativos y técnicos orientados a la regulación y la ampliación de escenarios de práctica formativa en salud pública.

Parágrafo 1. Dentro del personal a capacitar se incluyen especialistas, profesionales, tecnólogos y técnicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas, privadas y mixtas, los integrantes de los Equipos Básicos de Salud - EBS, promotores(as) de salud y gestores(as) de salud, así como a los ciudadanos que se desempeñan como colaboradores voluntarios, de acuerdo con la normatividad vigente. Este personal, una vez capacitado, estará en capacidad de proveer servicios integrados de diagnóstico -con disponibilidad de tecnologías POCT (*Point of Care Testing*)- y administración de tratamiento, según competencia y norma legal vigente, siguiendo los protocolos nacionales, con el fin de acelerar el cumplimiento de las metas de eliminación.

Parágrafo 2. Se deberán fortalecer las capacidades técnicas y operativas, junto con los conocimientos del personal de las áreas administrativas y de apoyo que contribuyen a la salud en los territorios, con el objetivo de eliminar las barreras de acceso.

Parágrafo 3. En el marco de la intersectorialidad, el Ministerio de Salud y Protección Social gestionará con el Ministerio de Educación Nacional, las Instituciones de Educación Superior, 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



Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA y demás entidades de formación en salud, el fortalecimiento integral del talento humano para la implementación del Plan Nacional de Eliminación, sin que esto constituya un requisito para el avance de las acciones.

ARTÍCULO 13. *Insumos críticos y suministros.* El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, según su categorización, deberá gestionar y desconcentrar los insumos críticos en salud pública, establecidos por la nación para programas especiales. Estos insumos incluyen, entre otros: inmunobiológicos, medicamentos esenciales, tecnologías diagnósticas, dispositivos médicos prioritarios, innovaciones y aquellos requeridos para los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. Dicha gestión se realizará de manera planificada, garantizando el acceso oportuno y la disponibilidad local necesarios para la implementación de las actividades clave y subactividades establecidas en el documento técnico del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento.

Las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces, deberán garantizar en los puntos de atención la disponibilidad de los insumos y suministros como inmunobiológicos, fórmula láctea, medicamentos esenciales, tecnologías diagnósticas, dispositivos médicos prioritarios y otros; requeridos para la atención clínica integral de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, en tal sentido, estos insumos y suministros hacen parte del Plan de Beneficio en Salud y tienen cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Parágrafo. Deberá realizarse la medición de los indicadores asociados a los insumos críticos, conforme a las directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información deberá integrarse en los análisis de los eventos priorizados del Plan Nacional de Eliminación, con el fin de correlacionar los resultados en salud con las intervenciones ejecutadas que involucren el uso de dichos insumos, permitiendo así evaluar la eficiencia de estas intervenciones.

ARTÍCULO 14. *Manejo integrado de vectores.* Se adopta el Manejo Integrado de Vectores MIV, como una estrategia transversal para el abordaje de las enfermedades transmitidas por vectores en eliminación o control priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta estrategia es de adopción y adaptación obligatoria por las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal según sus competencias. Su implementación deberá realizarse mediante un proceso continuo, compuesto por análisis situacional, planeación, ejecución, monitoreo y evaluación; permitiendo así, la focalización del riesgo y la selección 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



intervenciones integradas, efectivas y eficientes (químicas, biológicas, mecánicas, ambientales y sociales), con inclusión activa de la comunidad y el trabajo intersectorial.

Esta estrategia se articulará con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el modelo de salud vigente en el país; por lo tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social emitirá los lineamientos para la gestión del Manejo Integrado de Vectores MIV, la vigilancia entomológica, la vigilancia entomoviológica y parasitológica, el análisis integrado de información y la implementación de intervenciones, tecnologías e innovaciones en salud. La elaboración e implementación de estos lineamientos contarán con el apoyo de las instituciones adscritas a este Ministerio, la academia, otros actores del sistema de salud y cooperación internacional.

ARTÍCULO 15. Donación de insumos para el manejo integrado de vectores. Excepcionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA, podrá autorizar el ingreso, distribución y uso temporal de insumos, reactivos y tecnologías destinados al Manejo Integrado de Vectores que no cuenten con registro sanitario vigente en Colombia, bajo las siguientes circunstancias y cumpliendo estrictamente todos los requisitos aquí establecidos:

a. Circunscripción de la Excepción: La autorización aplicará únicamente a donaciones de organismos internacionales de salud pública o de gobiernos extranjeros, en el marco de programas de cooperación o respuesta a emergencias sanitarias.

b. Requisitos Previos Indispensables: El solicitante importador responsable deberá presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, con carácter previo a la importación, la siguiente documentación:

- Evidencia técnico-científica que demuestre la seguridad, eficacia y calidad del producto, conforme a estándares internacionalmente reconocidos.

- Certificación de que el producto cuenta con autorización, licencia o evaluación favorable emitida por al menos dos (2) autoridades reguladoras sanitarias de reconocidas; por ejemplo: FDA (EE.UU.), EMA (Unión Europea), PMDA (Japón), Health Canada (Canadá), TGA (Australia) y WHO-PQ (Programa de Precalificación de la OMS), entre otras.

- Iniciar el trámite de registro sanitario ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al ingreso del producto al territorio nacional.

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



c. Condiciones de la autorización: Toda autorización otorgada bajo este parágrafo será intransferible y de carácter temporal; limitada a una cantidad, lote y destinatario específico; sujeta a las condiciones de uso, distribución y vigilancia que el Ministerio e INVIMA determinen, las cuales podrán incluir su uso restringido a programas de salud pública supervisados, así como prohibir su venta o comercialización; y automáticamente revocada si se identifica cualquier riesgo para la salud o si el responsable incumple el compromiso de iniciar el trámite de registro.

d. Vigilancia y control: El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA mantendrá la facultad de tomar muestras, realizar pruebas y ordenar la inmovilización o decomiso de cualquier producto que, una vez ingresado, no cumpla con las especificaciones declaradas o represente un riesgo según los reportes de tecnovigilancia específicos para estos productos.

e. Caducidad de la autorización: La autorización excepcional perderá su validez en el momento en que se otorgue o niegue el registro sanitario correspondiente por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, cuando finalice el convenio de cooperación o cuando el evento de emergencia que la justificó termine, lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 16. Soberanía sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la soberanía sanitaria y en articulación intersectorial, propenderá por la producción de los inmunobiológicos, medicamentos esenciales, tecnologías diagnósticas, dispositivos médicos prioritarios y demás insumos requeridos para el abordaje de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. Lo anterior se realizará con base en un análisis técnico de necesidades y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2386 de 2024 y la Resolución 1411 de 2022 o la norma que las modifique o sustituya.

ARTÍCULO 17. Financiación. El presente plan constituye un instrumento orientado a la priorización y al uso eficiente de los recursos existentes y ya asignados para el desarrollo de las actividades que respaldan la gestión propuesta. Para su financiación, conformación y operación, el Plan Nacional de Eliminación y Sosténimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, contará con los recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, el Sistema General de Participaciones, la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, los presupuestos locales y demás fuentes de financiación disponibles. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, deben cubrir las intervenciones clínicas, de promoción y de mantenimiento de la salud incluidas dentro de los Planes de Beneficios con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, que constituye su función primaria.

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. En el marco del artículo 22 de la Resolución 1597 de 2025 en lo relacionado con el uso de recursos de balance, se considerarán los eventos priorizados del Plan Nacional de Eliminación dentro de los programas de enfermedades transmisibles y de control especial, excepto la condición ambiental prioritaria, dado que la sustitución del uso de leña es financiada desde el Ministerio de Minas y Energías.

Parágrafo 2. Se promoverá la presentación de proyectos de inversión para su financiación con recursos del Sistema General de Regalías, orientados a abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud. Estos proyectos deben alinearse con los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación e incorporar indicadores que midan la reducción de las brechas e inequidades en salud. Asimismo, se priorizarán aquellas iniciativas que demuestren un impacto simultáneo en múltiples planes específicos de evento, respondan a las necesidades sensibles del territorio y cuenten con una formulación basada en criterios de eficiencia, eficacia y transparencia.

Parágrafo 3. Los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación que requieran desarrollar estudios de prevalencia, seroprevalencia, tamizajes, censos poblacionales y administración masiva de medicamentos, serán considerados dentro de la planeación para la asignación específica de recursos.

Parágrafo 4. Para efectos de la distribución y asignación de las transferencias del Sistema General de Participaciones y las demás transferencias nacionales con destinación específica para salud, se deberá tener en cuenta la territorialización de los eventos en eliminación y sostenimiento de eliminación priorizados por cada municipio. Así mismo, se deberá destinar un porcentaje específico del total de las transferencias nacionales para financiar el desarrollo de actividades claves de las diferentes líneas de acción del plan transversal y de los planes de eliminación específicos de evento en las entidades territoriales, garantizando los principios de equidad, progresividad y eficiencia en la asignación de recursos.

Parágrafo 5. Concurrirán en la financiación del Plan Nacional de Eliminación recursos de carácter nacional y territorial tanto departamental, distrital y municipal, recursos de cooperación internacional, así como aquellos que se definan en normas posteriores y otras fuentes respecto de las cuales haya concertaciones.

ARTÍCULO 18. Comité Sectorial del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias. Este comité se constituye como la instancia del sector salud a nivel nacional para el seguimiento y evaluación de los avances del Plan Nacional de Eliminación y de los planes específicos, el cual propondrá

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



ajustes técnicos y operativos según el avance, establecerá y ajustará la agenda de implementación, articulará acciones intersectoriales y con organismos internacionales.

18.1. Conformación del Comité Sectorial. El Comité sectorial del orden nacional para el Plan Nacional de Eliminación, estará integrado de forma permanente por:

- El/la Ministro/a de Salud y Protección Social o su delegado(a), quien será el encargado de presidir el comité.
- El/la Viceministro/a de Salud y Prestación de Servicios o su delegado(a).
- El/la Viceministro/a de Protección Social o su delegado(a).
- El/la Director(a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria.
- El/la Director/a de Talento Humano en Salud.
- El/la Director/a de Epidemiología y Demografía.
- El/la Director/a de Promoción y Prevención.
- El/la Director/a de Medicamentos y Tecnologías en Salud.
- El/la Director/a de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- El/la Jefe de la Oficina de Promoción Social.
- El/la Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación.
- El/la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.
- El/la Jefe del Grupo de Comunicaciones.
- El/la Jefe del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales.
- El/la Subdirector/a de Enfermedades Transmisibles.
- El/la Subdirector/a de Enfermedades No Transmisibles.

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/la Subdirector/a de Salud Ambiental.

El Comité Sectorial del Plan Nacional de Eliminación, tendrá como invitados permanentes, con voz y sin voto, a las siguientes entidades:

- El/la Superintendente Nacional de Salud o su delegado(a).
- El/la Director/a general del Instituto Nacional de Salud - INS o su delegado(a).
- El/la Director/a del Instituto Nacional de Cancerología INC o su delegado(a).
- El/la Director/a del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA o su delegado(a).
- El/la Director/a del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS o su delegado(a).
- El/la Director/a del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta CDFLLA o su delegado(a).
- El/la Director/a del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil o su delegado(a).

Parágrafo 1. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital, deberán incorporar dentro de la agenda del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud el seguimiento de los planes de eliminación específicos de eventos de su territorio.

Parágrafo 2. A petición de cualquiera de sus miembros o invitados permanentes, se podrá cursar invitación específica a otros funcionarios, contratistas o particulares que se estime conveniente, de conformidad con los temas que se traten en cada sesión.

18.2. Funciones del Comité Sectorial. El comité sectorial tendrá las siguientes funciones:

a. Analizar la información suministrada por las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social y los diferentes actores del sistema de salud, para verificar los avances en el cumplimiento del Plan Nacional de Eliminación y la toma de decisiones basada en la evidencia.

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



- b. Definir o decidir cambios estratégicos a las actividades e intervenciones interprogramáticas propuestas en el Plan Nacional de Eliminación y los planes específicos para superar barreras operativas que se identifiquen en los territorios.
- c. Establecer la necesidad de hacer modificaciones a las disposiciones legales vigentes que se relacionen con la promoción, prevención, control, eliminación y sostenimiento de la eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias.
- d. Generar recomendaciones para la incorporación, asignación y distribución de recursos técnicos y financieros para el desarrollo de actividades que permitan la implementación del Plan Nacional de Eliminación.
- e. Ser garantes del Plan Nacional de Eliminación al interior de sus dependencias u oficinas.
- f. Velar por la articulación del Plan Nacional de Eliminación en la agenda con cooperantes nacionales e internacionales.
- g. Recibir y deliberar las propuestas allegadas por el Comité Técnico Asesor del Plan Nacional de Eliminación.
- h. Expedir su propio reglamento.
- i. Las demás que le correspondan por su naturaleza y para dar cumplimiento al objeto para el que fue creado.

18.3. Operatividad del Comité Sectorial. El comité sectorial tendrá dos (2) sesiones regulares por año y tantas extraordinarias como se acuerde frente a una necesidad específica. Estas reuniones se llevarán a cabo en modalidad presencial, virtual o híbrida; contando con un mínimo del cincuenta por ciento (50%) de los miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple. Como resultado, se generarán informes del avance de metas y documentos técnicos según el desarrollo.

La Secretaría Técnica estará a cargo de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces. Esta se encargará de: convocar con anticipación a las reuniones, remitir los documentos importantes a tratar en las reuniones, sugerir el orden del día, coordinar la logística de la reunión, sistematizar la información de las reuniones para la elaboración de las actas y el listado de asistencia con sus



respectivas firmas, hacer seguimiento a los compromisos adquiridos; asimismo, administrar, archivar y custodiar la información sometida a consideración del Comité Sectorial.

ARTÍCULO 19. *Comités técnicos asesores.* Estos comités se constituyen como una instancia asesora a nivel nacional para el desarrollo de las acciones encaminadas a la eliminación, el sostenimiento de la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias en Colombia; por lo que el Plan Nacional de Eliminación deberá contar con un comité técnico asesor; así como, cada uno de los eventos priorizados o grupos de eventos y la estrategia para el Manejo Integrado de Vectores (MIV).

19.1. Conformación de los Comités Técnicos Asesores. Los miembros de los Comités Técnicos Asesores del Plan Nacional de Eliminación y, los planes específicos de evento o grupo de eventos en eliminación, serán designados por el Ministerio de Salud y Protección Social, estarán presididos por el responsable nacional del plan, el responsable nacional del evento o los responsables nacionales de los grupos de evento según corresponda, y deberán estar conformadas máximo por:

Participantes	Plan transversal	Grupo de eventos	Evento o estrategia específica
Representantes de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal.	4	3	2
Representantes expertos académicos de Instituciones de Educación Superior acreditadas y centros de investigación.	6	4	2
Representantes del sector científico-tecnológico como: sociedades científicas, asociaciones científicas	6	2	1
Representantes de organizaciones internacionales.	2	2	2
Representantes de la sociedad civil.	3	2	1
Representantes de asociaciones de usuarios	3	2	1

Con voz, pero sin voto:

a. Coordinadores de grupo de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación y la/el Subdirector/a de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, para el caso del plan transversal. Para los grupos de evento, evento específico o estrategia, adicionalmente asistirán los responsables de evento del nivel nacional.

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



b. Representantes de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social como el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta e Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil; según el evento o grupo de eventos.

19.2. Funciones de los Comités Técnicos Asesores. Los Comités Técnicos Asesores tendrán las siguientes funciones:

a. Revisar indicadores técnicos que den cuenta del avance del Plan Nacional de Eliminación y de los planes específicos de evento.

b. Proponer cambios y emitir recomendaciones estratégicas, tácticas y operativas a las actividades y subactividades propuestas en el plan nacional y los planes específicos para superar barreras operativas que se identifiquen en los territorios.

c. Recomendar modificaciones a las disposiciones legales vigentes que se relacionen con la promoción, prevención, control y eliminación de las enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias.

d. Proponer actualizaciones a los protocolos de vigilancia, lineamientos técnicos, los esquemas de tratamiento y el uso de nuevas tecnologías e innovaciones en salud con base en la evidencia y costo-efectividad.

e. Proponer agendas de investigación prioritarias en articulación con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, actores de la academia e investigadores.

f. Apoyar iniciativas de movilización social, concertación y articulación de acciones con los diferentes actores del sistema de salud y con otros sectores; así como, el desarrollo de alianzas público privadas.

g. Expedir su propio reglamento.

h. Las demás que le correspondan por su naturaleza y para dar cumplimiento al objeto para el que fue creado.

19.3. Operatividad de los Comités Técnicos Asesores. Los Comités Técnicos Asesores tendrán dos (2) sesiones regulares por año y tantas extraordinarias como se acuerde frente 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



una necesidad específica. Estas reuniones se llevarán a cabo en modalidad presencial, virtual o híbrida; contando con un mínimo del cincuenta por ciento (50%) de los miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple. Como resultado, se generarán informes del avance de metas y documentos técnicos según el desarrollo.

- La Secretaría Técnica en el caso del transversal estará a cargo del/la Subdirector/a de Enfermedades Transmisibles o su delegado.
- La Secretaría Técnica en el caso de grupos de eventos estará a cargo del/la Coordinador/a de grupo con mayor número de eventos relacionados.
- La Secretaría Técnica en el caso de evento específico o estrategia estará a cargo del/la responsable de evento nacional.

19.4. Responsabilidades de la Secretaría Técnica. Convocar con anticipación a las reuniones, remitir los documentos importantes a tratar en las reuniones, sugerir el orden del día, coordinar la logística de la reunión, sistematizar la información de las reuniones para la elaboración de las actas y el listado de asistencia con sus respectivas firmas, hacer seguimiento a los compromisos adquiridos; así mismo, administrar, archivar y custodiar la información sometida a consideración del Comité Técnico Asesor.

19.5. Vigencias y recursos de los Comités Técnicos Asesores. Las mesas técnicas asesoras tendrán una duración de 3 años, las cuales podrán ser prorrogadas según resultados.

Parágrafo 1. Los eventos que cuentan con la constitución de su Comité Técnico Asesor con acto normativo o administrativo, continúan con su funcionamiento regular, según lo establecido en la norma legal vigente.

Parágrafo 2. A petición de cualquiera de sus miembros o invitados permanentes, se podrá realizar invitación específica a otros funcionarios, contratistas o particulares que se estimen convenientes, de conformidad con los temas que se traten en cada sesión.

ARTÍCULO 20. Grupos funcionales por evento o grupos de eventos. Los eventos o grupos de eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación deberán contar con un grupo funcional nacional y territorial según la organización del programa, subprograma o estrategia implementada.



El grupo funcional nacional será la instancia técnica de coordinación y articulación táctico-operativo. Las funciones principales de este serán:

- La coordinación de la creación y actualización de documentos técnicos de evento.
- La coordinación de la creación y actualización de informes de evento.
- La articulación sectorial.
- El análisis de la evidencia científica.
- El monitoreo, seguimiento y actualización del plan específico de evento.
- El cierre de casos y brotes previo análisis de la información y evidencias consolidadas por las entidades territoriales del orden departamental y distrital.
- Apoyar en la implementación del plan de eliminación a los actores del sistema de salud y brindar asistencia técnica.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal de categoría especial 1, 2 y 3, establecerán en cada territorio la creación de un grupo funcional por evento o grupos de eventos a nivel territorial. Esta instancia será responsable de:

- Adoptar y adaptar los lineamientos nacionales a su contexto local.
- Planificar y coordinar la implementación de estrategias interprogramáticas y gestionar la articulación con los actores de las redes integrales e integradas de salud.
- Realiza el monitoreo, seguimiento y evaluación de las metas e indicadores de eliminación.
- Garantizar la comunicación fluida y permanente con el grupo funcional nacional para la correcta implementación de las actividades y subactividades del Plan Nacional de Eliminación y de los planes de eliminación específicos de evento.

Parágrafo 1. Para el caso de los grupos funcionales del orden nacional, la rectoría estará a cargo de la dependencia que lidera el programa, subprograma o estrategia en el Ministerio de Salud y Protección Social. El grupo se conformará por delegados de las diferentes

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



dependencias y oficinas de este Ministerio, referentes de las áreas técnicas de las entidades adscritas según el evento y demás convocados a necesidad.

Parágrafo 2. Para el caso de los grupos funcionales de las entidades territoriales del orden departamental y distrital, la rectoría de este grupo estará a cargo de la dependencia que lidera el programa, subprograma o estrategia en la entidad territorial. Dentro de la conformación permanente convocada a las sesiones de trabajo estarán: los referentes del evento desde el laboratorio de salud pública, el referente clínico y el epidemiólogo; los designados de las áreas de: prestación de servicios, calidad, aseguramiento, gestión, planeación, presupuesto, salud pública, inspección, vigilancia y control, promoción y prevención.

Se podrá realizar invitación específica a las sesiones del grupo funcional, al gobernador o el alcalde, otras áreas de la Secretaría de Salud, otras secretarías de la entidad territorial, corporaciones autónomas regionales, universidades y centros de investigación, empresas e instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidad Promotora de Salud - EPS que se estime conveniente, de conformidad con los temas que se traten en cada sesión del grupo funcional.

ARTÍCULO 21. Documentos técnicos de referencia. El Ministerio de Salud y Protección Social, desde las diferentes subdirecciones de la Dirección de Promoción y Prevención o quien haga sus veces, liderará la elaboración y actualización de los documentos técnicos necesarios para la gestión de los planes de eliminación, las atenciones individuales, las intervenciones colectivas y la documentación de los procesos de validación y verificación de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. Este proceso se realizará con el apoyo y en articulación con las entidades adscritas a este Ministerio. Para dar cumplimiento a este artículo, se deberán utilizar como marco de referencia los documentos técnicos emitidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; asimismo, se considerará la evidencia científica relacionada y la disponibilidad de tecnologías en salud en el país.

Parágrafo 1. Los documentos deberán ser socializados e implementados por las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS públicos, privados y mixtos o quien haga sus veces, los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los actores sociales y comunitarios que realicen acciones 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



Parágrafo 2. Los documentos técnicos relacionados con la atención clínica integral vigentes, en operación y los futuros que sean construidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o, las entidades adscritas a este Ministerio en el marco del Plan Nacional de Eliminación, deben ser incluidos en los procesos de los sistemas de gestión de calidad institucional y de salud.

ARTÍCULO 22. *Inspección, vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las obligaciones impartidas en esta resolución por parte de cada uno de los actores involucrados. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal podrán generar y comunicar a la Superintendencia Nacional de Salud, los incumplimientos identificados en su jurisdicción, derivados de las actuaciones de las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quién haga sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas, privadas y mixtas, que operan en sus territorios y que afecten el cumplimiento del Plan Nacional de Eliminación, para que se adopten las acciones pertinentes.

ARTÍCULO 23. *Procedimiento en caso de incumplimiento en el suministro de la información.* De presentarse inconsistencias o silencios, en la notificación y entrega de información relacionada con los indicadores establecidos en el Plan Nacional de Eliminación y en los planes específicos de eventos, el Ministerio de Salud y Protección Social hará el requerimiento de manera oficial, y ante la persistencia o no subsanación por parte de la institución responsable, será la Superintendencia Nacional de Salud quien adelantará las actuaciones correspondientes, previa notificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 24. *Seguimiento del plan.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención, y en coordinación con otras dependencias y oficinas de este Ministerio, así como con demás entidades adscritas, llevará a cabo la solicitud, consolidación y medición de los indicadores de seguimiento del Plan Nacional de Eliminación y de los planes de eliminación específicos de evento. Los resultados de este seguimiento serán analizados por el Comité Técnico Asesor y serán divulgados mediante un tablero de control público a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, y la Oficina de las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud- OTIC; en su conjunto, estos indicadores servirán como base para la toma de decisiones. para los ajustes y actualizaciones que requiera el Plan Nacional de Eliminación. Dicho tablero deberá permitir el acceso abierto a la información por parte de los actores del sistema de salud, otros sectores y la ciudadanía.

Parágrafo 1. El informe general de la implementación y avance del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles 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



Prioritarias, será entregado durante el primer trimestre del año siguiente al evaluado por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces. Este informe incorporará los hallazgos de la consulta con actores territoriales y comunitarios.

Parágrafo 2. A partir de los resultados obtenidos en el proceso periódico de seguimiento, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención, realizará en articulación con las entidades adscritas avanzadas de pre-verificación y pre-validación de eliminación de enfermedades transmisibles o condiciones prioritarias, a las entidades territoriales que cumplan con los indicadores establecidos desde el nivel nacional y, los requeridos por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de incentivar y estimular el alcance de las metas del Plan Nacional de Eliminación previo al proceso de verificación o validación internacional.

ARTÍCULO 25. Evaluación del plan. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención y, el apoyo metodológico del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, o quién haga sus veces, realizarán una evaluación a los dos (2) años de implementado y al finalizar el horizonte de tiempo del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, el cual se ha definido para el 2031. Estas evaluaciones se llevarán a cabo de acuerdo con el procedimiento de elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 26. Actualización del plan. El documento técnico del "Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias", podrá ser actualizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención. Esta actualización se realizará en concordancia con la evaluación periódica realizada a los dos (2) años de implementado el plan, con el fin de incluir la evidencia científica, los avances tecnológicos, la situación epidemiológica del país y los requerimientos exigidos por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para el otorgamiento de la verificación o validación de la eliminación de los diferentes eventos priorizados.

TÍTULO III

FORTALECIMIENTO E INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



ARTÍCULO 27. Implementación del diálogo de saberes con pueblos indígenas, comunidades negras y poblaciones campesinas. En los territorios en los que la microplanificación y el Análisis de la Situación en Salud - ASIS, de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación lo requiera, se deberán realizar concertaciones con líderes comunitarios, líderes indígenas y demás que sean necesarios, con el objetivo de implementar el diálogo de saberes que permita la identificación de los saberes locales, la creación de espacios de diálogo, la co-creación de estrategias o intervenciones de salud, el monitoreo y la evaluación participativa. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Promoción Social o quien haga sus veces, generará los lineamientos metodológicos para tal fin. Estos lineamientos se articularán con los establecidos para la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI - Decreto 480 de 2025) y los lineamientos para el enfoque diferencial étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (Resolución 1964 de 2024).

ARTÍCULO 28. Redes integrales e integradas de salud. Se deberá incorporar la implementación de las actividades clave y las estrategias interprogramáticas del Plan Nacional de Eliminación y los planes de eliminación específicos de evento, en los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública de los territorios estipulados en la normatividad vigente. Se hace énfasis en este articulado al cumplimiento del cuidado integral de la salud, entendido como el proceso ordenador que integra el aseguramiento, el acceso, la calidad de los servicios, la integralidad, la continuidad y la resolutivez de la respuesta, para garantizar el derecho a la salud de las personas, las familias y las comunidades; desde el sector salud, otros sectores, la sociedad y la comunidad, a través de las redes Integrales e Integradas de salud, de que trata la Ley 1438 de 2011, la Sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1955 de 2019.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás prestadores de servicios de salud del nivel primario, deberán garantizar de manera oportuna la prestación de servicios de salud requeridos para la atención integral e integrada de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. La planeación en la prestación de servicios deberá orientarse a eliminar barreras de acceso, principalmente para la población vulnerable y aquellos que viven en ruralidad y ruralidad dispersa, especialmente para la población indígena, comunidad afrocolombiana, palenquera, Rrom, campesina, población víctima de conflicto armado, adultos mayores, gestantes, niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, deberán fortalecer las redes de diagnóstico por laboratorio, con el fin de evitar el desplazamiento de pacientes debido a la centralización de servicios, garantizando así la generación, entrega 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



resultados y la notificación de casos a los sistemas de información de manera efectiva, eficiente y oportuna. En consecuencia, los laboratorios de salud pública deben reforzar las actividades de capacitación y de control de calidad en la red de laboratorios de su jurisdicción.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces, deberán integrar en sus sistemas de gestión de calidad los lineamientos, metas e indicadores del Plan Nacional de Eliminación y sus eventos priorizados. El objeto de esta integración será sujetar a verificación, mediante los procesos de auditoría interna, el cumplimiento de los protocolos, la notificación oportuna y la ejecución de las atenciones individuales e intervenciones colectivas.

ARTÍCULO 29. *Articulación de estrategias en las rutas integrales de atención en salud.* En el marco de la implementación del Plan Nacional de Eliminación, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces, deberán integrar y operar las acciones específicas de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación, dentro de la gestión de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, garantizando que estas incluyan:

- La identificación y búsqueda activa de casos en la comunidad.
- El tamizaje y el diagnóstico oportuno de casos, sus contactos o convivientes.
- La gestión del tratamiento, la profilaxis integral y supervisada.
- El seguimiento y la notificación de los casos y de sus contactos o convivientes.
- La prevención de la enfermedad, educación y promoción de la salud.
- Según el territorio, integrar la medicina tradicional en las atenciones individuales y las intervenciones colectivas.

Parágrafo 1. En los casos en que se requieran, deberán hacerse ajustes a los protocolos de atención y de manejo de la información con el objetivo de asegurar la trazabilidad y el registro de las actividades, permitiendo el monitoreo efectivo del avance de las metas de eliminación a nivel 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



Parágrafo 2. Se conformarán redes de expertos por evento priorizado, en articulación con las autoridades sanitarias, para brindar el apoyo técnico-científico requerido en el abordaje integral de pacientes con condiciones de alta complejidad.

Parágrafo 3. A las personas diagnosticadas con alguno de los eventos transmisibles priorizados en el actual plan, se les deberá garantizar el tamizaje para enfermedades crónicas según su edad y los riesgos identificados; en el marco del cuidado integral de la salud, con el objetivo de tratar comorbilidades y reducir el riesgo de desenlaces catastróficos.

ARTÍCULO 30. Equipos Básicos de Salud - Ebs. En el marco del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, y según la microplanificación realizada, los Equipos Básicos de Salud EBS o quien haga sus veces, incluirán dentro de las actividades programáticas de los Planes de Cuidado, la implementación de actividades clave de tamizaje, diagnóstico, canalización a las redes integrales e integradas de salud para el cuidado integral de la salud, administración de tratamiento, seguimiento a problemas relacionados con medicamentos, reporte de información al sistema de información y actividades comunitarias en concordancia con los eventos priorizados en su territorio de influencia.

Parágrafo 1. Conforme lo dispone el artículo 12 de la presente resolución, las Empresas Sociales del Estado ESE deberán garantizar el fortalecimiento de las capacidades, conocimientos y competencias del talento humano que integra los Equipos Básicos en Salud - EBS, en los eventos priorizados para el territorio de su influencia.

Parágrafo 2. Las Empresas Sociales del Estado ESE, deberán garantizar que los Equipos Básicos de Salud EBS dispongan de pruebas de diagnóstico rápido (PDR y POTC), equipos de rayos X CAD, otros dispositivos de diagnóstico, medicamentos, tecnologías e innovación en salud con suficiencia y oportunidad según la microterritorialización y microplanificación. Estos dispositivos deberán estar establecidos en las guías de práctica clínica, lineamientos, algoritmos o protocolos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para su uso según el evento priorizado a atender.

ARTÍCULO 31. Implementación de intervenciones colectivas. En el marco del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, se deberá propender a la implementación de intervenciones interprogramáticas articuladas según sea posible. Estas deben estar debidamente georreferenciadas, con actividades específicas, recursos y responsables definidos. Asimismo,

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



según su naturaleza, se ejecutarán de manera simultánea o secuencial en el tiempo y el espacio, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas, con el fin de garantizar la optimización de recursos y del talento humano. La ejecución de estas estrategias en los territorios deberá basarse en un enfoque integral e integrado, y adaptarse al contexto local, aprovechando las plataformas de servicios existentes.

Parágrafo 1. Las intervenciones de educación y comunicación en salud deberán adaptarse a las necesidades específicas del contexto étnico, geográfico, demográfico, cultural y social de la población objetivo.

Parágrafo 2. La implementación de las actividades correspondientes a intervenciones colectivas en el territorio podrá ser contratada en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC, o ejecutada directamente por las Secretarías de Salud de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, o quien haga su veces, según su categoría y competencia; por lo que se deberá considerar además el desempeño histórico de las Empresas Sociales del Estado E.S.E., en vigencias anteriores frente a la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC.

Parágrafo 3: Los Equipos Básicos de Salud, los(as) promotores(as) de salud, los(as) gestores(as) de salud, los(as) colaboradores(as) voluntarios y las organizaciones de base comunitaria podrán implementar intervenciones colectivas, de acuerdo con sus competencias y capacidades técnicas conforme a la normativa vigente.

TÍTULO IV

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS ESTRATÉGICOS DE INFORMACIÓN Y DE VIGILANCIA DE SALUD

ARTÍCULO 32. Fortalecimiento de la vigilancia e información en salud. Se deben fortalecer, ajustar y actualizar los mecanismos asociados a los componentes de vigilancia epidemiológica (pasiva, activa y reactiva), de base comunitaria, de laboratorio, entomológica, entomoviroológica y parasitológica, genómica, de resistencia a los antimicrobianos, animal y de hemovigilancia, así como los sistemas de seguimiento nominal de casos (humanos y animales), contactos o convivientes, y del binomio madre e hija(o) para los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. Este fortalecimiento tiene como fin garantizar una respuesta adecuada y oportuna a las necesidades locales y a los requerimientos internacionales.

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



32.1. Sistemas de Información. Los sistemas de información disponibles en el país deberán garantizar el reporte de información de todos los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación. Dichos sistemas serán actualizados oportunamente, bajo los principios de integralidad, integridad e interoperabilidad, a fin de responder a las necesidades del Plan Nacional de Eliminación y de los planes específicos por evento.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud - IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces, integrarán en su operación y gestión los sistemas de información oficiales, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, según la normatividad vigente.

32.2. Fuentes de datos. Como fuentes de datos se podrán considerar los sistemas actualmente utilizados, tales como el RIPS, SIVIGILA, SISPRO, Infocáncer, estadísticas vitales, historias clínicas, bases nominales de eventos y demás fuentes pertinentes que sean incorporadas oficialmente al sistema, garantizando en todos los casos el cumplimiento de las normas de confidencialidad. En consecuencia, se fortalecerán y se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar el acceso a estas fuentes, así como la calidad y la oportunidad de la información. En este proceso participarán, la Dirección de Epidemiología y Demografía, la Dirección de Promoción y Prevención y la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud INS, el Instituto Nacional de Cancerología y las entidades territoriales de los órdenes departamental, distrital y municipal.

32.3. Flujo de la información. Se debe garantizar un flujo de información eficiente entre los distintos actores del sistema de salud y sus diferentes niveles jerárquicos, con el fin de establecer una toma de decisiones basada en evidencia que sea tanto eficiente como oportuna. Este proceso de intercambio y utilización de la información por parte de los actores involucrados en el Plan Nacional de Eliminación contribuye al derecho a la salud de los individuos y las colectividades, y está directamente vinculado con la garantía de la protección de datos.

32.4. Análisis de la información. Considerando el escenario del Plan Nacional de Eliminación, se estandarizará el análisis y la presentación de la información considerando la incorporación de particularidades territoriales. Se deben realizar análisis avanzados de datos para:

- El cierre de casos y brotes estará a cargo de los grupos funcionales del nivel central según las evidencias disponibles consolidadas por los grupos funcionales de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal según su 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



- La implementación de respuestas reactivas en vigilancia considerando el escenario del Plan Nacional de Eliminación.
- El seguimiento nominal de casos desde la confirmación diagnóstica hasta el desenlace final, así como de sus contactos y/o convivientes según el evento.
- El seguimiento nominal del binomio madre e hija(o) y el cierre de la cohorte con la cuantificación de casos de transmisión materno infantil de VIH, sífilis congénita, hepatitis B y enfermedad de Chagas congénita. Para esta última, se debe determinar la tasa de curación posterior al tratamiento en la población infantil infectada.
- El análisis y correlación de la información disponible en las bases de datos nominales con intervenciones como tamizajes, vacunación, administración masiva de medicamentos, entre otros.
- Identificación de patrones y tendencias para desarrollar modelos predictivos a partir del análisis de la distribución geoespacial de casos, variables ambientales, circulación de vectores y reservorios, y otras variables útiles en la estrategia de Una Salud.
- Análisis de la correlación de variables ambientales y biológicas asociadas a vectores y reservorios para los eventos que apliquen.
- Medición del impacto de las intervenciones interprogramáticas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su correlación con los eventos priorizados.
- Medición de la reducción de brechas y barreras de acceso, con desagregación por género, curso de vida, población vulnerable, pertenencia étnica y territorio.

32.5. Promoción y disponibilidad de datos abiertos en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con sus entidades adscritas, deberá garantizar la disponibilidad, actualización periódica y difusión de conjuntos de datos abiertos en el marco del Plan Nacional de Eliminación. Estos conjuntos de datos deberán ser accesibles y comprensibles para la ciudadanía e incluir información sobre las metas de eliminación, los indicadores de los hitos establecidos, las condiciones de salud y los determinantes sociales y ambientales de la salud, con datos segregados desde el nivel nacional hasta el 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



Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, propenderá porque el Gobierno Nacional, a través de la Organización Panamericana de la Salud, propicie espacios de interlocución y trabajo binacional para articular esfuerzos en la implementación de estrategias y actividades en las zonas fronterizas, orientadas a la vigilancia y notificación cruzada, el intercambio de información y experiencias, la transferencia de tecnologías en salud y el tratamiento y seguimiento de casos de los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación.

Parágrafo 2. Se debe garantizar la calidad de los registros clínicos, con especial énfasis en el uso apropiado de los códigos CIE-10 de pian (A660-A669), ya que la precisión en la codificación es fundamental para la verificación de la eliminación de esta enfermedad. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS públicas, privadas y mixtas o quien haga sus veces deben verificar el uso correcto de estos códigos mediante la revisión inmediata de las historias clínicas. Asimismo, las secretarías de salud (UNM y UND), deben incluirlos en la búsqueda activa institucional y solicitar a la UPGD correspondiente la verificación inmediata en la historia clínica.

ARTÍCULO 33. Implementación de la vigilancia reactiva. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía y del Instituto Nacional de Salud, implementará los mecanismos de vigilancia reactiva para la pronta detección, investigación y control de casos y brotes de las enfermedades priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación. La Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los protocolos técnicos, flujos de información y los indicadores de evaluación para la vigilancia reactiva, los cuales serán actualizados según la evidencia científica y el comportamiento epidemiológico nacional; mientras que, el Instituto Nacional de Salud INS coordinará con las entidades territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud - IPS públicas, privadas o mixtas o quien haga sus veces, y las autoridades ambientales competentes en la ejecución de las acciones de vigilancia reactiva, garantizando la articulación intersectorial requerida para el control efectivo de los eventos contingenciales. La vigilancia reactiva incluirá como mínimo:

- Notificación inmediata obligatoria de casos confirmados y brotes a través de los sistemas de vigilancia establecidos.
- Investigación epidemiológica de campo dentro de las primeras 24 horas posteriores a la notificación.
- Toma y procesamiento de muestras de laboratorio bajo protocolos estandarizados.

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



- Implementación de medidas de control específicas según el perfil epidemiológico del evento.
- Monitoreo y verificación del cierre adecuado de cada evento en el marco del grupo funcional del evento.

ARTÍCULO 34. Observatorios de salud. Los Observatorios de Salud de los ámbitos nacional, departamental y distrital incluirán dentro de sus prioridades, el estudio y análisis de las enfermedades contempladas en el Plan Nacional de Eliminación y de los determinantes sociales y ambientales asociados, fortaleciendo la medición de brechas y barreras, así como el análisis y reporte de la información correspondiente.

TÍTULO V

ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALUD

ARTÍCULO 35. Coordinación intersectorial. La coordinación intersectorial será establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de mecanismos como la Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP, instancia de alto nivel responsable de la coordinación y articulación de acciones estratégicas concertadas con otros ministerios, con el fin de impactar la eliminación y sostenimiento de la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias. Adicionalmente, podrán concertarse otros mecanismos y acciones intersectoriales en los niveles nacional y local, para implementar intervenciones que impacten positivamente los determinantes sociales y ambientales de la salud, tales como el Consejo Territorial de Salud Ambiental COTSA, el Consejo Nacional de Zoonosis y demás disponibles a nivel nacional, departamental y municipal.

ARTÍCULO 36. Participación comunitaria. Los comités de participación comunitaria en salud, las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas en salud, los comités de ética hospitalaria, las juntas asesoras comunitarias en salud, las juntas de acción comunal, las asociaciones de usuarios campesinos, las mesas de participación efectiva de víctimas del conflicto armado interno, las instancias de participación étnica y demás mecanismos de participación ciudadana presentes en los territorios, podrán participar activamente en la adopción, implementación, seguimiento, evaluación y control social del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias.



Por su parte, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, como órganos consultivos y deliberativos establecidos a nivel departamental, distrital y municipal, integrarán en su agenda y su plan de trabajo la formulación de recomendaciones, para orientar a las autoridades sanitarias de su jurisdicción en la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Eliminación. Estas recomendaciones considerarán las características étnicas, sociales y culturales del territorio. Asimismo, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud incluirán en sus informes anuales un capítulo específico sobre el seguimiento de la implementación del Plan Nacional de Eliminación en su respectiva jurisdicción.

Parágrafo. Para las actividades desarrolladas en el marco del Plan Nacional de Eliminación que involucren la participación de ciudadanos, colaboradores voluntarios, Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) o cualquier otro agente comunitario; los participantes deberán recibir capacitación para poder implementar las actividades según el marco de competencias por norma legal vigente. Asimismo, estos deben cumplir con la norma para el tratamiento de datos personales y en especial de datos sensibles de salud; para lo cual, se sujetarán estrictamente a lo dispuesto en la norma legal vigente para la garantía de la protección de la confidencialidad de la información de datos personales.

ARTÍCULO 37. *Necesidades de gestión de conocimiento, investigación e innovación.* El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con sus entidades adscritas y mediante la convocatoria a actores académicos e investigadores, definirá la agenda prioritaria de investigación y las necesidades nacionales en Investigación, Desarrollo e Innovación - ID+I del Plan Nacional de Eliminación, considerando el contexto ecoepidemiológico y el avance de las metas de eliminación establecidas en el país.

ARTÍCULO 38. *Redes de gestión de conocimiento, investigación e innovación.* Para la implementación del ecosistema de Investigación, Desarrollo e Innovación - ID+I del Plan Nacional de Eliminación, se podrán establecer alianzas estratégicas mediante convenios e instrumentos jurídicos específicos con:

- a. Organismos y entidades públicas de los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal;
- b. Organizaciones internacionales de cooperación técnica, científica o financiera
- c. Entidades privadas sin ánimo de lucro;
- d. Organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales;



- e. Instituciones de educación superior debidamente reconocidas;
- f. Actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; y
- g. Centros de investigación y desarrollo tecnológico.

El objeto de estas alianzas será fortalecer el ecosistema de Investigación, Desarrollo e Innovación - ID+I para la gestión del conocimiento, la generación de evidencia científica, el desarrollo de innovaciones y la transferencia de tecnología aplicable al Plan Nacional de Eliminación.

La financiación de las actividades de ID+I derivadas del presente artículo podrá apoyarse en: el Fondo de Investigaciones en Salud, los recursos del Sistema General de Regalías destinados a ciencia, tecnología e innovación, la cooperación internacional y otras fuentes de financiación pública o privada que se destinen para tal fin.

Parágrafo. Las fuentes de financiación señaladas en el presente artículo priorizarán, en la asignación de recursos, las necesidades del ecosistema de ID+I definidas para el Plan Nacional de Eliminación, de conformidad con el artículo 36 del presente acto administrativo, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

ARTÍCULO 39. Apropiación social del conocimiento. Las instituciones partícipes de las redes de gestión de conocimiento, investigación e innovación garantizarán la publicación oportuna y legítima de la información obtenida en estudios, tamizajes, investigaciones básicas y aplicadas, asegurando que la información de interés en salud pública relacionada con los eventos priorizados en el Plan Nacional de Eliminación, esté disponible para los tomadores de decisiones y para la sociedad en general. Asimismo, en el marco del proceso de apropiación social, deberán socializarse los resultados obtenidos con las comunidades involucradas mediante formatos y lenguajes accesibles, culturalmente pertinentes y apropiados, de manera que puedan ser usados por la población en el contexto de la promoción y prevención.

ARTÍCULO 40. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



2.3 CIRCULARES



2.3.1 Circular 0001 de 2026

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA APLICACIÓN DE DOSIS DE REFUERZO DE VACUNA FIEBRE AMARILLA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL POR EL BROTE CAUSADO POR EL VIRUS DE LA FIEBRE AMARILLA Y SE ADOPTAN MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL.

FECHA: 26 ENE 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 el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto Ley 4107 de 2011, considera necesario expedir la presente Circular Externa e impartir las siguientes directrices de obligatorio cumplimiento por parte de los destinatarios, con el fin de brindar protección a la población gestante que resida o transite en áreas de muy alta circulación viral y brote activo con casos humanos o epizootias de fiebre amarilla.

DISPOSICIONES PRELIMINARES.

El virus de la Fiebre Amarilla (en adelante FA) es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, relacionados con transmisión selvática, y *Aedes* relacionado con transmisión urbana, de alto poder epidémico, con una letalidad de hasta el 75% en brotes, siendo una de las más altas entre las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación. Dada la alta capacidad de propagación epidémica y alta letalidad,

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



sin cura, ni tratamiento específico, la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaces y costo-efectivas para su prevención, además, se clasifica como evento de Interés en Salud Pública Internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI de 2005.^[1]

El 23 de mayo de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió la evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionada con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, concluyendo que el riesgo general relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

El 31 de mayo de 2025 la OPS, emitió la «Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas», considerando el aumento de casos humanos, siendo confirmados al 25 de mayo, 235 casos en la región, incluyendo 96 defunciones, en Bolivia, Brasil, Perú, Colombia y Ecuador; haciendo un llamado a los Estados miembros a continuar fortaleciendo la vigilancia en zonas enzoóticas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirijan a zonas donde se indica la vacunación, estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla.^[2]

En Colombia, en el contexto de la Emergencia en Salud Pública por brote de fiebre amarilla, entre enero de 2024 y en lo corrido de 2026 se han confirmado 155 casos de fiebre amarilla, los cuales se distribuyen en 10 departamentos de procedencia, a saber: Tolima con 12 municipios afectados: Ataco (27), Villarrica (22), Cunday (26), Prado (20), Chaparral (14), Rioblanco (9), Purificación (8), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1). También se han confirmado casos en Putumayo (Orito 4, Villagarzón 2, San Miguel 1, Valle del Guamuez 1), Meta (San Martín 1, Granada 1, La Macarena 1), Caquetá (Cartagena del Chairá 1, El Doncello 1), Nariño (Ipiales 2), Vaupés (Mitú 1), Caldas (Neira 1), Cauca (Piamonte 1), Huila (Campoalegre 1) y Guaviare (San José del Guaviare 1); Asimismo, se han confirmado tres (3) casos de procedencia exterior correspondientes a Venezuela: Estado de Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso).

En cuanto a la mortalidad acumulada durante 2024, 2025 y lo corrido de 2026, se han registrado 68 fallecimientos, (59 confirmados, cinco casos excluidos de la letalidad y cuatro casos en estudio) lo que representa una letalidad acumulada del 38% (59/155). Los fallecimientos confirmados por FA, se distribuyen en nueve (9) departamentos: Tolima (44), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

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 respecto a la identificación de epizootias de fiebre amarilla en el país, desde 2025 hasta el 20 de enero de 2026 se han confirmado 78 casos de fiebre amarilla en primates no humanos distribuidos así: 61 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (19), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (3) ocho casos procedentes del Departamento del Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

Para atender la situación de emergencia por fiebre amarilla, el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MSPS) mediante la Circular 18 de 2024 expidió directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla.

Posteriormente, mediante las Circulares No. 002 de 2025 y No. 005 de 2025 determinó la vacunación de la población a partir de los 9 meses, incluyendo mayores de 59 años, en los municipios del corredor endémico del departamento del Tolima, así como la Circular 029 del 27 de agosto de 2025 *"Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana 12 de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/beneficio."*

Debido a la evolución de la situación del brote, se expidió la Circular No. 012 de 2025 que organizó y actualizó las directrices para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el territorio nacional por fiebre amarilla y derogó las Circulares anteriores. A su vez, con la Circular No. 14 de 2025 se impartieron las instrucciones para mitigar los riesgos en temporada de Semana Santa y, por su parte, a través de la Circular No. 025 de junio de 2025, este Ministerio generó instrucciones para vacaciones, ferias y fiestas. Asimismo, el 30 de diciembre de 2025, se expidió la Circular 45 de 2025, mediante la cual se imparten instrucciones para la intensificación de las medidas de control y vacunación contra la fiebre amarilla.

Mediante la Resolución No. 691 de 2025 se declaró la Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional por el brote causado por el virus de la fiebre amarilla y se adoptaron medidas para su prevención y control que complementan y ajustan las disposiciones emitidas mediante las Circulares Externas No. 012 y 014 de 2025, expedidas por el MSPS.

De conformidad con la Resolución No. 691 de 2025, los municipios fueron clasificados según su riesgo, su situación dinámica y las condiciones, ecoepidemiológicas. En los municipios denominados de muy alto riesgo (148) municipios) y alto riesgo (254 municipios), la resolución

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



impartió la instrucción de vacunar a toda la población a partir de los 9 meses de edad en adelante. Por su parte, en los municipios clasificados en bajo riesgo (720 municipios) la población objeto de vacunación corresponde a quienes tengan un rango etario entre los 9 meses y los 19 años de edad que no hayan recibido la vacuna previamente. Adicionalmente, la resolución establece que se debe vacunar a aquellos viajeros que se desplacen a municipios de muy alto y alto riesgo.

En el país, desde el 1 de septiembre de 2024 al 19 de enero de 2026, se han vacunado contra la fiebre amarilla 4.972.053 personas, principalmente en los 152 municipios caracterizados de Muy Alto Riesgo, clasificados así por tener circulación activa del virus y presencia de casos humanos o epizootias, incluidos, municipios aledaños y corredores eco-epidemiológicos.

Estudios más recientes, diseñados para evaluar la persistencia de la inmunidad en poblaciones específicas, han arrojado resultados que evidencian la necesidad de dosis de refuerzo en poblaciones específicas. Un estudio realizado por de Noronha et al. (2019) evaluó a niños en Brasil que habían sido vacunados durante sus primeros dos años de vida, edad recomendada para la vacunación de rutina en áreas endémicas. Los resultados mostraron una caída progresiva tanto en la proporción de niños con anticuerpos protectores (seropositividad) como en la magnitud de la respuesta (títulos geométricos medios, GMT).

Al igual, Schnyder et al. (2024) evidenciaron diferencias en la durabilidad de la inmunidad en adultos, dependiendo de su lugar de residencia. Al comparar las tasas de seroprotección a largo plazo (≥ 10 años) en diferentes poblaciones adultas, encontraron que: i) adultos sanos en entornos no endémicos (principalmente viajeros): la tasa de seroprotección agrupada fue del 94% (IC 95% 86-99) y adultos sanos en entornos endémicos (estudios brasileños): la tasa de seroprotección agrupada fue notablemente menor, del 76% (IC 95% 65-85).

De acuerdo con el Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) for Use of Yellow Fever Vaccine Booster Doses publicado por los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, por sus siglas en inglés) recomiendan dosis adicionales de la vacuna contra la fiebre amarilla para ciertos viajeros, entre ellas: i) las mujeres que estaban embarazadas cuando recibieron su dosis inicial de la vacuna contra la fiebre amarilla deben recibir una dosis adicional de la vacuna antes de su próximo viaje que las exponga al riesgo de infección por el virus de la fiebre amarilla, ii) las personas que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas después de recibir una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla y que tienen la inmunocompetencia suficiente para vacunarse de forma segura deben revacunarse antes de su próximo viaje que las exponga al riesgo de infección por el virus de la fiebre amarilla, iii) las personas infectadas por el VIH al recibir su última dosis 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 vacuna contra la fiebre amarilla, deben recibir una dosis cada 10 años si continúan en riesgo de contraer la infección por el virus de la fiebre amarilla, iv) dosis de refuerzo para los viajeros que recibieron su última dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla al menos 10 años antes y que se encuentren en un entorno de mayor riesgo según la temporada, la ubicación, las actividades y la duración de su viaje.

Asimismo, este Ministerio convocó al Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) el 21 de enero de 2026, para la emisión de recomendaciones con respecto a la vacunación con una dosis de refuerzo en municipios con circulación viral activa, dirigida a grupos poblacionales de riesgo en el marco de la emergencia sanitaria por el brote causado por el virus de la fiebre amarilla, lo cuales se detallan a continuación:

INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DOSIS DE REFUERZO DE LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Se deberá administrar una dosis de refuerzo a:

1. Personas que hayan sido vacunadas hace más de 10 años y que sean residentes o que se desplacen a los siguientes municipios del departamento del Tolima: Cunday, Villarrica, Icononzo, Purificación, Prado, Dolores, Chaparral, Ataco, Planadas, Rioblanco y los que defina, adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el comportamiento epidemiológico en el marco de la emergencia por fiebre amarilla.
2. Mujeres que recibieron la vacuna de fiebre amarilla durante la gestación y que sean residentes o que se desplacen a los municipios descritos en el numeral 1, la dosis de refuerzo se aplicará 6 meses después de terminar embarazo.
3. Personas vacunadas con dosis fraccionada de la vacuna contra la fiebre amarilla en otros países que sean residentes o que se desplacen a los municipios descritos en el numeral 1.
4. Personas que viven con VIH, y aquellas personas que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas después de recibir una dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla y que presenten la inmunocompetencia suficiente para vacunarse de forma segura, previa valoración médica riesgo/beneficio, que sean residentes o que se desplacen a los municipios con circulación activa descritos en el numeral 1 y que hayan sido vacunadas hace más de 10 años. Las personas que viven con VIH deben tener conteo de CD4 mayor de 200 células/ mm³, y previa valoración médica riesgo/beneficio, deberán diligenciar el respectivo consentimiento informado.

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. Trabajadores de laboratorio que manipulan virus salvaje de fiebre amarilla y que tengan más de 10 años de vacunación previa.

Se requiere fortalecer las medidas de vigilancia activa de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV, implementando un monitoreo sistemático, ya sea de forma inadvertida o como parte de la estrategia de vacunación en zonas de riesgo epidemiológico.

La vigilancia farmacológica estará a cargo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, según lo normado en el "*Lineamiento general para la gestión de eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV)*", asegurando el cumplimiento de la notificación, la investigación de campo, la investigación farmacológica, la investigación de punto de vacunación, entre otros, así como el análisis y validación por parte del comité de expertos territorial de EAPV.^[3]

El INS continuará la vigilancia rutinaria de los casos de fiebre amarilla y orientará junto con el INVIMA de manera prioritaria a las entidades territoriales en la revisión de los procedimientos estandarizados de situaciones relacionadas con posibles eventos adversos graves posterior a la vacunación y a sus respectivos equipos de vigilancia en salud pública de su participación en la investigación de los casos de EAPV, con el propósito de identificar patrones epidemiológicos, factores de riesgo ambientales y posibles brotes en la comunidad que puedan haber causado el caso de EAPV, diferenciándolo de otros eventos de salud pública.

El Ministerio actualizará de manera permanente la información de los municipios objeto de esta circular en el sitio web:

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/fiebre-amarilla.aspx?utm_source=minsalud&utm_medium=banner&utm_campaign=Fiebre+Amarilla

1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud o entidad que haga sus veces (departamentales, distritales y municipales).

1.1. Elaborar e implementar el plan de acción territorializado para la vacunación, liderado por la Entidad Territorial de Salud (departamental, distrital y municipal), en articulación con los equipos territoriales del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Vigilancia Epidemiológica, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Equipo de Farmacovigilancia, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas (ESE/IPS) y demás actores 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



Este plan debe priorizar la administración de una dosis de refuerzo a la población objeto definida en esta circular.

1.2 Participar en la elaboración de la microplanificación del territorio, en conjunto con las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, y con el sector educación, incluyendo la georreferenciación y programación, estableciendo las estrategias y tácticas necesarias, así como el talento humano que garantice la administración de la dosis de refuerzo.

1.3 Vigilar que las EAPB las ESE e IPS garanticen la atención, vacunación y seguimiento respectivo, sin generar barreras de acceso a la población vacunada contra la fiebre amarilla, de acuerdo con las indicaciones descritas en la presente circular, dando cumplimiento a lo ordenado mediante la Ley 2406 de 2024 *"Por medio de la cual se ordena la Modernización y Actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI (...)".*

1.4 Los departamentos y distritos con circulación activa del virus de la fiebre amarilla, deben remitir informe que contenga el monitoreo de los indicadores establecidos en la presente circular y el desarrollo cuantificado de las actividades establecidas en el Plan de Acción de vacunación de la población susceptible de recibir una dosis de refuerzo, a las siguientes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS: 1) Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades Transmisibles, Grupo Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles, en los primeros diez (10) días hábiles de cada mes.

1.5 Fortalecer la vigilancia en salud pública en la red de prestación de servicios de salud para garantizar la captación y notificación inmediata al SIVIGILA de cualquier caso grave probable o confirmado de FA en la población a la que se le administre la dosis de refuerzo, incluyendo muertes, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.

1.6 Ante la sospecha de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV -graves por la vacuna contra la fiebre amarilla incluyendo muerte, en la población a la que se le administre la dosis de refuerzo, se notificarán al SIVIGILA y al VIGIFLOW dando cumplimiento a todas las instrucciones señaladas en los protocolos de vigilancia para FA del INS y de EAPV del INVIMA en lo concerniente a las acciones de investigación de EAPV graves y análisis de causalidad de dichos eventos.

1.7 Se debe garantizar la disponibilidad de los referentes de Farmacovigilancia en la entidad territorial, y la participación y coordinación con los responsables del área de inmunizaciones y de vigilancia epidemiológica para el despliegue de las investigaciones principalmente de eventos graves. Las entidades territoriales deben contar con un comité departamental 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



expertos, entrenados en la metodología de la OMS, para la evaluación de causalidad de los eventos graves que ocurran en su jurisdicción.

1.8 Hacer seguimiento activo de las dosis de refuerzo aplicadas contra la FA por parte de los prestadores de servicios de salud y realizar el reporte diario administrativo por PAIWEB.

1.9 Realizar seguimiento al cumplimiento del registro obligatorio y oportuno de dosis aplicadas, así como el registro de las observaciones pertinentes, por parte de los prestadores, en el sistema de información nominal de vacunación PAIWEB diariamente, verificando y asegurando la calidad del dato de las dosis registradas.

1.10 Realizar capacitaciones al talento humano de las IPS y Equipos Básicos de Salud sobre la administración de una dosis de refuerzo en la población susceptible de recibirla.

1.11 Verificar que las EAPB garanticen la suficiencia e idoneidad del talento humano en salud, de su red de prestación de servicios organizada y legalizada, para realizar el seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población a la que aplique según la condición de salud, para identificar signos y síntomas sospechosos de EAPV, y generen la atención hospitalaria o domiciliaria pertinente y oportuna, así como las respectivas notificaciones inmediatas a la ET, SIVIGILA, VIGIFLOW y CNE del MSPS.

1.12 Difundir el formato de "*CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO, ENCUESTA PREVIA*", la encuesta previa a la vacunación. Este anexo corresponde al emitido en las circulares previas por parte del MSPS a las Entidades Territoriales departamentales y distritales, municipales quienes serán responsables de su socialización y capacitación.

1.13 Verificar que las EAPB garanticen la suficiencia e idoneidad del talento humano en salud, de su red de prestación de servicios organizada y legalizada, para la demanda inducida, búsqueda y captación de la población susceptible, así como para la vacunación, registro y seguimiento de la población objeto de la presente circular.

1.14 Diseñar e implementar las estrategias de información y comunicación en salud para promocionar la dosis de refuerzo de la vacuna contra la FA de la población expuesta en zonas con muy alta circulación y transmisión del virus, para fortalecer la búsqueda de esta población susceptible.

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



1.15 Elaborar, implementar y evaluar un plan de comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud que incluya los mensajes referentes a la administración de la dosis de refuerzo de la vacuna, así como el plan de crisis, ante alguna eventualidad.

1.16 Consolidar y enviar al MSPS 1) Reporte inmediato de EAPV graves. 2) Informe de EAPV leves y graves y reporte de indicadores con periodicidad mensual.

1.17 Dar cumplimiento a los siguientes Indicadores:

Tabla 1. Indicadores de seguimiento a las acciones de vigilancia en salud pública.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Tasa de Eventos Adversos Posteriores a la vacunación – EAPV Graves contra la Vacuna de la FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla	(N° de EAPV graves contra la Vacuna de la FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla notificados / Total de población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla vacunada) * 100.000	Secretaría de Salud / Prestadores de Servicios de Salud	Mensual
Porcentaje de Eventos Adversos Posteriores a la vacunación – EAPV Graves por fiebre amarilla con evaluación de causalidad	(N° de EAPV graves en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla que tienen análisis de causalidad / Total de EAPV graves notificados) * 100	Secretaría de Salud / Prestadores de Servicios de Salud	Mensual
Porcentaje de Eventos Adversos Posteriores a la vacunación – EAPV Graves contra la Vacuna de la FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla CONFIRMADOS	(N° de EAPV graves por la Vacuna de la FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla Confirmados / Total de población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna	Secretaría de Salud / Prestadores de Servicios de Salud	Mensual

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



Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
	contra la fiebre amarilla vacunada) * 100		
Coberturas de vacunación para FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipio descritos en la presente circular y los que defina el Ministerio	N° dosis aplicadas de población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla registradas en PAIWEB /Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo *100	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual

2. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción.

2.1. Participar en la elaboración de la microplanificación del territorio, en conjunto con la ET departamental y municipales, junto con la red prestadora de servicios de salud, para garantizar la capacidad instalada para el desarrollo de las acciones de vacunación a través de estrategias (extramural e intramural) y tácticas de impacto acordes al territorio, incluido el barrido documentado, para asegurar coberturas de vacunación contra la FA del 95% en la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna.

2.2. Garantizar la vacunación sin barreras, atención en salud y seguimiento respectivo de la población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla de acuerdo con las indicaciones dadas en la presente circular, dando cumplimiento a la Ley 2406 de 2024 "*Por medio de la cual se ordena la Modernización y Actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI (...)*".

2.3. Garantizar, a través de las IPS la disposición de copias físicas para el diligenciamiento del formato "*CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO, ENCUESTA PREVIA*", como requisito previo a la vacunación.

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



2.4. Asegurar la atención en salud y las notificaciones a la ET, CNE del MSPS, SIVIGILA y al VIGIFLOW por parte de los Prestadores de Servicios de Salud en caso de presentarse un EAPV grave por vacuna contra la fiebre amarilla, incluida la muerte en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla, dando cumplimiento a todas las instrucciones dadas en los protocolos de Vigilancia para FA del INS y de EAPV del INVIMA.

2.5. Hacer seguimiento al reporte diario por parte de los prestadores de servicios de salud de las dosis aplicadas contra la FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla a través del reporte administrativo por PAIWEB.

2.6. Informar, difundir, motivar y orientar sobre el riesgo existente a la población y realizar demanda inducida para asegurar la vacunación de la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla.

2.7. Garantizar la suficiencia de talento humano en la red prestadora para el proceso de vacunación.

2.8. Realizar seguimiento activo al avance de la vacunación a la población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en el marco y en cumplimiento del Plan de Acción Territorializado y verificar el registro diario de dosis y observaciones pertinentes, en el sistema de información nominal de vacunación PAIWEB por parte de sus prestadores garantizando el registro del 100% de las dosis aplicadas.

2.9. Informar, difundir, motivar y orientar sobre el riesgo existente a la población que se desplace a zonas de riesgo y realizar demanda inducida, registrando en el Sistema de Información Nominal PAIWEB para asegurar la vacunación de la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla.

2.10. Dar cumplimiento a los siguientes Indicadores:

Tabla 3. Indicadores seguimiento de vacunación

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Coberturas de vacunación para FA	(N° dosis aplicadas de población que recibió la dosis de refuerzo de	Secretarías de salud del nivel departamental,	Mensual

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



Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo	la vacuna contra la fiebre amarilla registradas en PAIWEB por EAPB / Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo) * 100	distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	
Coberturas de vacunación para FA de población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en veredas con brote activo	N° dosis aplicadas en población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla por EAPB / Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla * 100	Secretarías de salud del nivel departamental distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual

3. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas.

3.1. Realizar la búsqueda de la población objeto de la circular y ofrecer la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla objeto de esta circular.

3.2. Realizar la microplanificación, estableciendo las estrategias y tácticas necesarias para garantizar coberturas de vacunación de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla del 95% (vacunación en instituciones educativas, barrido documentado, concentración, casa a casa, entre otras) de acuerdo con las características del territorio.

3.3. Generar la estandarización de procesos y procedimientos que permitan la articulación con las actividades y acciones de los Equipos Básicos de Salud del territorio en la atención de la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla.

3.4. Se debe reorganizar la planificación de los equipos básicos para responder a las necesidades que surjan durante los brotes de fiebre amarilla, incluyendo la valoración médica individualizada riesgo/beneficio y la vacunación en los casos que aplique.

3.5. Realizar la atención en salud y las notificaciones a la ET, CNE de MSPS, SIVIGILA y al VIGIFLOW en caso de presentarse un EAPV grave por vacuna contra la fiebre amarilla,

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



incluyendo muerte, en población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla dando cumplimiento a todas las instrucciones dadas en los protocolos de Vigilancia para FA del INS y de EAPV del INVIMA, disponibles en:

Protocolo de Vigilancia de FA del INS, disponible

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/310_F_Amarilla_2024.pdf

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Fiebre%20amarilla%202024.pdf

Lineamiento de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación EAPV del INVIMA, disponible en:

https://www.invima.gov.co/invima_website/static/attachments/medicamentos_vigilancia_sgb/Lineamientos_20vacunacio_CC_81n_20EAPV.pdf

3.6. Generar la atención intramural y extramural pertinente y oportuna según corresponda en caso de EAPV, así como la respectiva notificación inmediata en SIVIGILA del INS como un caso probable de fiebre amarilla; si corresponde a un evento grave, y simultáneamente en la plataforma VIGIFLOW del INVIMA, además de comunicar de manera inmediata a la Dirección Local de Salud y al CNE del MSPS.

3.7. El INVIMA acompañará y apoyará a las instituciones prestadoras de servicios de salud diseñando, los mecanismos, procedimientos y protocolos para desarrollar la Farmacovigilancia Activa en seguimiento a las posibles EAPV que pueda presentar la población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla.

3.8. Reportar diariamente a las ET correspondientes, las dosis aplicadas de vacuna contra la FA en la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla a través del reporte administrativo por PAIWEB.

3.9. Registrar de manera obligatoria y oportuna las dosis aplicadas de vacuna contra la FA en la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo en el sistema de información nominal nacional PAIWEB, garantizando la calidad del dato y completitud del diligenciamiento del total de variables, haciendo énfasis en la actualización de los datos de residencia de la usuaria (departamento, municipio, comuna, área: urbana, rural, rural dispersa).

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



3.10. Verificar antecedente de vacunación contra la FA a través del carné de vacunación en físico, registros del archivo institucional o a través de sistemas de información y actualizar por registro histórico en PAIWEB. Si no se evidencia el antecedente vacunal en la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla, se indica la aplicación del biológico de no haber contraindicación, luego de la evaluación médica riesgo beneficio y el consentimiento.

3.11. Las IPS deberán disponer copias físicas del formato de "CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO, ENCUESTA PREVIA Y SEGUIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA", anexo en circulares previas para garantizar el diligenciamiento previo a la vacunación.

3.12. Salvaguardar la información de la población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla, los soportes previos a la vacunación y los soportes de seguimiento, así como la información de EAPV no graves y graves notificados.

3.13. Para el cálculo de los indicadores, es obligatorio realizar el registro en PAIWEB de las dosis de refuerzo aplicadas, así como, los motivos de no vacunación y los seguimientos post vacunación.

3.14. Dar cumplimiento a los siguientes Indicadores:

Tabla 4. Indicadores seguimiento de vacunación.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Coberturas de vacunación para FA en población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo	(N° dosis aplicadas de población que recibió la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla registradas en PAIWEB por EAPB / Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo) * 100	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual
Coberturas de vacunación para FA en población	(N° dosis aplicadas a la población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o	Mensual

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



Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo	fiebre amarilla registradas en PAIWEB por EAPB / Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en municipios con brote activo) * 100	quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	
Coberturas de vacunación para FA en población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla en veredas con brote activo	(N° dosis aplicadas en población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla registradas en PAIWEB por EAPB / Total de población susceptible de recibir la dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla con brote activo) * 100	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual

4. Salud. Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas por la Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1949 de 2019 y demás disposiciones concordantes, adelantará las actuaciones administrativas necesarias para verificar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular.

El incumplimiento de las directrices aquí impartidas relativas a la aplicación de dosis de refuerzo contra la fiebre amarilla, el registro nominal en el PAIWEB, la farmacovigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV), la notificación al SIVIGILA y demás obligaciones técnicas, administrativas y sanitarias, así como de las contenidas en los lineamientos técnicos que la desarrollan, podrá dar lugar, por parte de las autoridades competentes, a la imposición de las medidas administrativas y sanciones previstas en el régimen sancionatorio vigente, incluidas las previstas en la Ley 1949 de 2019.

PUBLIQUESE 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



3. CONCEPTOS



3.1. Asunto: Consulta relacionada con la remisión y continuidad del tratamiento de pacientes ambulatorios cubiertos por el SOAT. Radicado No. 2025423003216142 – ID 1193553

Respetada señora:

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud, hemos recibido la comunicación por la cual la IPS TRAUMACENTRO S.A.S. formula varios interrogantes relacionados con la competencia institucional y la ruta de atención para la remisión y continuidad del tratamiento de pacientes ambulatorios cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, particularmente en aquellos eventos en los que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de mayor complejidad se niegan a recibirlos. Sobre el particular, este Ministerio se permite emitir el presente pronunciamiento en el marco exclusivo de sus competencias legales.

• **ANTECEDENTES DE LA CONSULTA**

La consulta que se resuelve mediante el presente concepto se plantea de la siguiente manera:

“(…)

HECHOS RELEVANTES

En múltiples ocasiones hemos brindado atención inicial a pacientes lesionados en accidentes de tránsito (SOAT), pese a que nuestra IPS no cuenta con habilitación para ciertos servicios de mediana o alta complejidad ni con el nivel técnico requerido para los procedimientos quirúrgicos posteriores.

Cuando se requiere remisión a una IPS de mayor complejidad (segundo o tercer nivel), encontramos barreras sistemáticas, pues:

- Las IPS receptoras manifiestan no disponer de cama o cupo.*
- O bien rechazan al paciente por tratarse de evento SOAT, alegando retrasos o falta de pago del asegurador o de ADRES.*

Esta negativa generalizada persiste incluso cuando existe orden judicial (fallo de tutela) que ordena garantizar la continuidad del tratamiento quirúrgico especializado.

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 | 281



El CRUE únicamente gestiona remisiones de pacientes hospitalizados en urgencias vitales, pero no de pacientes en condición ambulatoria.

El resultado es que pacientes ambulatorios con diagnóstico quirúrgico terminan sin acceso real al servicio, pese a fallo judicial vigente, desde semanas o incluso meses, y la responsabilidad recae injustamente en la IPS que brindó la atención inicial, que no tiene la capacidad ni la habilitación.

Hemos gestionado reiteradamente la remisión del paciente sin obtener aceptación por parte de las instituciones de mayor complejidad, a pesar de existir disponibilidad presupuestal en la póliza SOAT y de contar con un fallo de tutela vigente que ordena su ubicación. No obstante, el CRUE ha manifestado no tener competencia en el caso, por tratarse de un paciente en condición ambulatoria.”

• RESPUESTA A LOS INTERROGANTES PLANTEADOS

En primer lugar, es preciso indicar que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Ley 4107 de 2011¹, modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012² y 1432 de 2016³, al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la formulación, adopción y orientación de la política pública en materia de salud y protección social. En desarrollo de dicha función, este Ministerio no cuenta con atribuciones para la resolución de casos concretos de prestación de servicios de salud, la gestión operativa de procesos de referencia y contrarreferencia, la ubicación de pacientes ni la definición del cumplimiento de fallos judiciales, competencias que han sido asignadas por la ley a otras autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

No obstante lo anterior, y con fines exclusivamente orientadores, este pronunciamiento aborda de manera general los interrogantes formulados previa transcripción de los mismos, con fundamento en el marco normativo vigente.

- 1. ¿Cuál es la entidad competente (del orden departamental o nacional) para gestionar o exigir la ubicación de un paciente ambulatorio cubierto por SOAT cuando las IPS receptoras se niegan sistemáticamente a aceptarlo?**

1. 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.

2. por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

3. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no se ha previsto una entidad que a nivel nacional, departamental o municipal gestione la ubicación de pacientes ambulatorios cubiertos por el Soat, cuando las IPS receptoras no aceptan la remisión.

La Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en los artículos **36⁴** y **37⁵** de la **Ley 1122 de 2007⁶**, y el artículo 121⁷ de la Ley 1438 de 2011 “*Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, es la autoridad competente para ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo la adopción de medidas administrativas, correctivas y sancionatorias frente a negativas injustificadas de atención, remisión o continuidad del tratamiento de pacientes cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.

⁴ **ARTÍCULO 36.** Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

⁵ **ARTÍCULO 37.** Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

(...)

4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

(...)

⁶ por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁷ **Artículo 121.** Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

(...)

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

(...)

121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos

(...)

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



Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5⁸, 6⁹ literal c¹⁰), 10¹¹ y 14¹² de la Ley Estatutaria 1751 de 2015¹³, las controversias administrativas, contractuales o financieras entre los actores del sistema no pueden constituir barreras para el acceso efectivo a los servicios

⁸ Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- 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;
- (...)
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- (...)
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- (...)

⁹ Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

¹⁰ c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

¹¹ Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- (...)
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- (...)
- p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- (...)
- q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.
- (...).

¹² Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

¹³ por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



de salud, ni dar lugar a la interrupción o negación de la atención requerida, la cual debe garantizarse de manera oportuna y continua, sin perjuicio de los mecanismos posteriores de recobro, compensación o repetición a que haya lugar.

2. ¿Cuál es la ruta institucional a seguir a fin de garantizar el cumplimiento efectivo del fallo de tutela que ordena la continuidad del tratamiento quirúrgico, cuando no hay IPS que acepte la remisión?

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no se han emitido rutas institucionales que garanticen el cumplimiento de fallos de tutela. En los eventos en que exista un fallo de tutela que ordene la continuidad del tratamiento quirúrgico, la autoridad judicial que profirió la decisión es la competente para garantizar su cumplimiento efectivo, de conformidad con lo dispuesto en

el artículo 86¹⁴ de la Constitución Política, así como en los artículos 27¹⁵ (incidente de desacato) y 28¹⁶ del Decreto 2591 de 1991¹⁷.

De acuerdo con dichas disposiciones, la autoridad responsable debe cumplir la orden judicial sin demora, manteniendo el juez constitucional competencia permanente para adoptar todas las medidas necesarias hasta el restablecimiento efectivo del derecho fundamental a la salud. Para tal efecto, el juez podrá imponer sanciones por desacato, ordenar la apertura de los correspondientes procesos disciplinarios y adoptar directamente las medidas conducentes al cumplimiento integral del fallo.

¹⁴ Artículo 86. Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución. La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.

¹⁵ Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirla sin demora. Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.

Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.

En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.

¹⁶ Artículo 28. Alcances del fallo. El cumplimiento del fallo de tutela no impedirá que se proceda contra la autoridad pública, si las acciones u omisiones en que incurrió generaren responsabilidad.

La denegación de la tutela no puede invocarse para excusar las responsabilidades en que haya podido incurrir el autor del agravio.

¹⁷ por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política.

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. ¿Qué entidad puede exigir el cumplimiento del SOAT frente a las IPS receptoras o intervenir cuando el rechazo se fundamenta en supuestos asuntos financieros o falta de pago?

El cumplimiento de las obligaciones derivadas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT se encuentra sujeto a un régimen de supervisión concurrente, de acuerdo con las competencias asignadas a las autoridades de inspección y vigilancia.

En lo relacionado con las obligaciones financieras derivadas del aseguramiento obligatorio, la Superintendencia Financiera de Colombia ejerce inspección y vigilancia sobre las entidades aseguradoras, de conformidad con lo previsto en el Decreto 2555 de 2010¹⁸, particularmente en el artículo 1.1.1.1.1¹⁹, que define a las compañías y cooperativas de seguros y de reaseguros como entidades aseguradoras, y en las disposiciones del Libro 35 del mismo decreto, relativas a las entidades sujetas a su supervisión.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), respecto de la prestación efectiva, oportuna y continua de los servicios de salud, conforma las disposiciones ya señaladas en el presente concepto.

En concordancia con el marco normativo vigente, las controversias económicas, contractuales o administrativas entre los actores del sistema no constituyen causal válida para negar, suspender o condicionar la atención en salud, quedando a salvo los mecanismos legales de recobro que correspondan.

¹⁸ Por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero, asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones.

¹⁹ ARTÍCULO 1.1.1.1.1 Definiciones. Para los efectos del presente decreto, las siguientes expresiones tendrán el significado que para cada una de ellas se indica:

Emisores de Valores: las entidades que tengan valores inscritos en el Registro Nacional de Valores y Emisores -RNVE.

Entidades aseguradoras: las compañías y cooperativas de seguros y las de reaseguros.

Establecimientos de crédito: Los establecimientos bancarios, las corporaciones financieras, las compañías de financiamiento y las cooperativas financieras."

(Inciso 4, modificado por el Art. 1 del Decreto 1745 de 2020)

Intermediarios de seguros: los corredores, las agencias y los agentes de seguros.

Intermediarios de reaseguros: los corredores de reaseguros.

Sociedades de capitalización: las instituciones financieras cuyo objeto consista en estimular el ahorro mediante la constitución, en cualquier forma, de capitales determinados, a cambio de desembolsos únicos o periódicos, con posibilidad o sin ella de reembolsos anticipados por medio de sorteos.

Sociedades de servicios financieros: las sociedades fiduciarias, los almacenes generales de depósito, las sociedades administradoras de fondos de pensiones y de cesantía y las sociedades de intermediación cambiaria y de servicios financieros especiales.



4. ¿Existe un mecanismo sancionatorio o correctivo frente a estas IPS que niegan la atención a pacientes SOAT pese a contar con la complejidad requerida?

El ordenamiento jurídico colombiano prevé mecanismos administrativos correctivos y sancionatorios frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que, contando con la capacidad y complejidad requerida, niegan injustificadamente la atención a pacientes cubiertos por el SOAT.

En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones previstas en los artículos 36 y 37 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, se encuentra facultada para adoptar medidas administrativas, correctivas y sancionatorias frente a negativas injustificadas de atención, remisión o continuidad del tratamiento. Al punto, será esa entidad la que definirá la sanción que sea procedente en el marco de lo previsto en el artículo 131²⁰ de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019²¹.

De igual manera, la Superintendencia Financiera de Colombia, conforme al Decreto 2555 de 2010, ejerce la inspección y vigilancia sobre las entidades aseguradoras que administran el SOAT, en lo relacionado con el cumplimiento de las obligaciones financieras derivadas del aseguramiento obligatorio, razón por la que será esa entidad la que determinará la sanción aplicable.

²⁰ **Artículo 131. Tipos de sanciones administrativas.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

1. Amonestación escrita.
2. Multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre (50) y hasta (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales.
3. Multas sucesivas, para las personas jurídicas de hasta tres mil (3.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, y para el caso de las personas naturales de hasta trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes, cuando en un acto administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud se imponga una obligación no dineraria y no se cumpla en el término concedido.
4. Revocatoria total o parcial de la autorización de funcionamiento, suspensión del certificado de autorización y/o el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios, en los eventos en que resulte procedente.
5. Remoción de representantes legales y/o revisores fiscales en los eventos en que se compruebe que autorizó, ejecutó o toleró con dolo o culpa grave conductas violatorias de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud.

²¹ por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, 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



Por su parte, la autoridad judicial, particularmente el juez de tutela, es competente para conocer y garantizar el cumplimiento de las órdenes judiciales impartidas en protección del derecho fundamental a la salud, conforme lo ya señalado.

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,

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



3.2. Asunto: Concepto jurídico - Obligatoriedad de los Comités de Ética Hospitalaria frente a la remisión de actas de reunión. Radicado: 2025423004704442 – ID 1497120

Respetada señora:

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud, se ha recibido en este Ministerio su comunicación, en la cual solicita concepto jurídico relacionado con la periodicidad y destinatario de las actas de reunión de los Comités de Ética Hospitalaria, frente a lo cual me permito manifestarle lo siguiente:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta elevada por usted y que genera la emisión del presente concepto, se plantea en los siguientes términos:

"(...)

Agradezco en gran manera su direccionamiento en cuanto a la obligatoriedad de los comités de ética hospitalaria de:

"DECRETO 1757 DE 1994 Remitir las actas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud"

RESOLUCION 13437 DE 1991: "ARTICULO 4o. Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

PARAGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

Pertenezco al comité de ética hospitalaria de la Clínica Azul CIMA, es privada, me desempeño como secretaria del comité y no quisiéramos incurrir en faltas, quedamos muy atentos a su direccionamiento.

XXXXXX

Líder Servicio de Terapias y Nutrición

(...)"

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



PROBLEMA JURÍDICO

Se requiere determinar a la luz de la normativa vigente, la periodicidad y destinatario de las actas de reunión de los Comités de Ética Hospitalaria.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Para los efectos del presente pronunciamiento, se tendrán como sustento las siguientes disposiciones normativas y jurisprudenciales:

Artículo 28^[1] de la Ley 1437 de 2011^[2].

Artículo 1^[3] de la Ley 1755 de 2015^[4].

Numeral 16^[5] artículo 7^[6] del Decreto Ley 4107 de 2011^[7] modificado parcialmente por los Decretos 2562 de 2012^[8] y 1432 de 2016^[9].

Parágrafo del artículo 4 de la Resolución 13437 de 1991^[10].

Artículos 15^[11], 16^[12] y 25^[13] del Decreto 1757 de 1994^[14].

Artículo 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016^[15].

Sentencia C-439 de 2016 de la Corte Constitucional^[16].

ANÁLISIS JURÍDICO

Inicialmente, y con el fin de propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, mediante la Resolución 13437 de 1991 del entonces Ministerio de Salud, se dispuso la conformación de los Comités de Ética Hospitalaria. Su función de levantar y remitir las actas bimensualmente a este Ministerio de cada una de sus sesiones, fue establecida en su artículo 4 parágrafo, en el cual se planteó lo siguiente:

“ARTICULO 4o. Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

PARAGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.”

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



Posteriormente, el Decreto 1757 de 1994, adicional a la derogatoria contemplada en el artículo 25 de todas las disposiciones que al momento de su entrada en vigencia le fueran contrarias, reguló la integración y las funciones de los Comités de Ética Hospitalaria, específicamente en sus artículos 15 y 16, actualmente compilados en el Decreto 780 de 2016. En particular, las funciones de dichos comités se encuentran previstas en el artículo 2.10.1.1.15 del citado decreto único reglamentario de la siguiente manera:

“Artículo 2.10.1.1.15 Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

- 1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.*
- 2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.*
- 3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.*
- 4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.*
- 5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.*
- 6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.*
- 7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.*
- 8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.” (subrayas fuera de texto)*

De acuerdo con lo expuesto, y teniendo en cuenta la derogatoria y la compilación de normas realizada por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, la aplicación de la normativa a los Comités de Ética Hospitalaria, en lo relacionado con su conformación y funciones, debe ser la dispuesta en el Decreto 780 de 2016 que compiló lo previsto sobre el particular en el Decreto 1757 de 1994. Lo anterior, conforme a los criterios de interpretación del ordenamiento jurídico colombiano desarrollados por la Corte Constitucional, entre otras, en la Sentencia C-439 de 2016, en la cual se precisó lo siguiente:

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 derogatoria, por el contrario, es la cesación de la vigencia de una disposición como efecto de una norma posterior[34], es decir, la remoción de una norma del ordenamiento jurídico por voluntad de su creador. Cabe recordar que, como se expresó en el apartado anterior, de acuerdo con las reglas generales de interpretación de las leyes, la derogación puede ser expresa, cuando la nueva ley suprime específica y formalmente la anterior; tácita, cuando la nueva normatividad contiene disposiciones incompatibles o contrarias a las de la antigua; y orgánica, cuando una ley reglamenta integralmente la materia, aunque no exista incompatibilidad con las normas precedentes.”

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO

Conforme lo establecido en el numeral 16 del artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011 modificado parcialmente por los Decretos 2562 de 2012 y 1432 de 2016, esta Dirección procede a pronunciarse de la siguiente manera:

De la normativa que regula a los Comités de Ética Hospitalaria, previamente relacionada, se tiene que inicialmente la Resolución 13437 de 1991 en el parágrafo de su artículo 4, estableció una periodicidad bimensual para la remisión de las actas de reunión de los referidos comités, las cuales debían enviarse a la Subdirección de Desarrollo Institucional del entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, atendiendo la evolución normativa de la materia y conforme a los criterios de interpretación del ordenamiento jurídico fijados por la Corte Constitucional, entre otros, en la Sentencia C-439 de 2016, la regulación actualmente aplicable para el tema objeto de consulta es la prevista en el artículo 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016, en virtud de la cual la remisión de las actas de reunión de los Comités de Ética Hospitalaria debe efectuarse de manera trimestral y dirigirse a las Direcciones Municipales y Departamentales de Salud.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – Ley 1437 de 2011, sustituido en su Título II, por el artículo 1^l de la Ley 1755 de 2015^l, 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,

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 | 292



3.3. Asunto: Concepto sobre el proceso de transcripción y pago de Incapacidades

Radicado MSPS 2025423004870682 ID 1535674

Radicado Ministerio de Trabajo 11EE2025725000100005623 de 2025

Respetado señor:

Procedente del Ministerio del Trabajo, hemos recibido su comunicación, en la cual se plantean una serie de interrogantes relacionados con la transcripción de incapacidades emitidas a través de convenios de Plan Complementario de Salud. 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:

“La presente tiene como finalidad elevar una consulta formal en relación con el procedimiento y responsabilidades derivadas de las incapacidades médicas emitidas por entidades que prestan servicios a través de un convenio de plan complementario de salud, sin ser EPS del régimen contributivo.

En el desarrollo de las relaciones laborales de nuestra organización, se han presentado diversas situaciones con incapacidades generadas por dicha entidad, las cuales requieren ser transcritas por la EPS correspondiente para que puedan ser reconocidas y pagadas conforme a lo establecido en la normatividad vigente. En razón a ello, nos permitimos formular las siguientes inquietudes: (...)

- **De la transcripción y reconocimiento de incapacidades**

El Decreto 780 de 2016²² establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.

²² Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico u odontólogo tratante es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS, también los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los cuales deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente epicrisis e historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 ibidem, indica lo siguiente:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

1. *Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.*
2. *Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.*
3. *Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.*

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (...)”
(subraya fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o

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



perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

Ahora bien, las características mínimas que debe contener un certificado de incapacidad, se encuentran descritas en el artículo 2.2.3.3.2 Ibidem, así:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
 - 01 Consulta externa
 - 02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
 - 03 Internación
 - 04 Quirúrgico
 - 05 Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
 - 01: Intramural
 - 02: Extramural unidad móvil
 - 03: Extramural domiciliaria
 - 04: Extramural jornada de salud
 - 06: Telemedicina interactiva
 - 07: Telemedicina no interactiva
 - 08: Telemedicina teleexperticia
 - 09: Telemedicina telemonitoreo
9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral
13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;

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



14. Prorroga: Si o No
15. Incapacidad retroactiva:
 - 01 Urgencias o internación del paciente
 - 02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
 - 03 Evento catastrófico y terrorista.
16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.

*El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.
(...).*

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que aplica frente a la expedición de una incapacidad por parte de médicos u odontólogos que no se encuentran adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, indica:

“Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.



Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto. (subraya y negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS o Entidad Adaptada tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos u odontólogos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad. Este proceso de validación es el que comúnmente se conoce como transcripción.

- **Obligación del empleador frente al trámite de incapacidades**

Respecto del trámite de la incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012²³, en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia. (Subrayado fuera de texto)

La Ley 1438 de 2011²⁴, dispone frente a la prescripción del derecho que le asiste al empleador para solicitar el reembolso de las prestaciones económicas, lo siguiente:

“ARTÍCULO 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.”

²³ “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”

²⁴ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.



(Subrayado fuera de texto)

Así las cosas, las anteriores normas, disponen que será el empleador quien adelantará de manera directa ante las Empresas Promotoras de Salud o Entidad Adaptada, los trámites para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad o licencia.

RESPUESTA A LO CONSULTADO

Conforme lo expuesto anteriormente, se da respuesta a la consulta formulada atendiendo cada una de las inquietudes planteadas previa transcripción de las mismas, así:

- 1. ¿Cuál es el procedimiento normativo que se debe seguir para la transcripción de incapacidades emitidas por un plan complementario ante la EPS correspondiente? Agradecemos se precise qué documentos se requieren, plazos y responsables del trámite.***

El procedimiento normativo para la transcripción o validación de incapacidades emitidas por un Plan Complementario de Salud ante la EPS o Entidad Adaptada correspondiente, es el establecido en el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, conforme al cual la incapacidad por accidente o enfermedad de origen común, expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red de la EPS o Entidad Adaptada, pero debidamente inscrito en el ReTHUS o que se encuentre prestando el servicio social obligatorio, debe ser presentada ante la EPS o Entidad Adaptada a la cual se encuentre afiliado el cotizante dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, acompañando con la solicitud la epicrisis cuando se trate de internación o el resumen de la atención en casos de consulta externa o atención ambulatoria, correspondiendo a la EPS o Entidad Adaptada su validación y el reconocimiento, liquidación y pago de la prestación económica, pudiendo someter al afiliado a evaluación médica por un profesional par en caso de duda y, de no hacerlo dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes, estará obligada a reconocer y pagar la incapacidad dentro de los plazos legales previstos en dicha norma.

- 2. De acuerdo con lo establecido en la normativa actual, entendemos que la responsabilidad inicial de la transcripción recae en el empleador. No obstante, cuando la empresa ha agotado los mecanismos y el trámite no resulta efectivo, ¿es jurídicamente procedente solicitar al trabajador que realice directamente la gestión de transcripción ante su EPS? En caso afirmativo, ¿cuál es el alcance de esa obligación por parte del trabajador?***

El artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012 es claro al establecer que el trámite para 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



reconocimiento de incapacidades, lo cual incluye la solicitud de transcripción cuando aplique, debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas, razón por la cual y bajo ninguna circunstancia, ese trámite puede ser trasladado al trabajador. De acuerdo con la norma en comento, la única obligación exigible al trabajador es informar oportunamente a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad.

- 3. En aquellos casos en los que el trabajador se niegue a adelantar la transcripción de la incapacidad, y no se cuenta con colaboración efectiva por parte de la EPS ni del mismo trabajador, ¿existe algún recurso, facultad o procedimiento del que pueda hacer uso el empleador para garantizar el reconocimiento y pago de la incapacidad, o en su defecto, proteger su derecho al reembolso?**
- 4. Cuando la incapacidad cumple con todos los requisitos exigidos por la normativa vigente, pero la EPS insiste en negarla sin justificación objetiva, ¿es precedente iniciar un proceso de apelación o reclamación formal ante dicha EPS? De ser así, ¿Cuál es el procedimiento y plazos para hacerlo de manera efectiva?**

Con relación a los interrogantes planteados y en la medida en que estos tienen unidad de materia, se procede a emitir una sola respuesta, así:

El artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 “*Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, prevé lo siguiente:

“(…)

Artículo 121. *Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:*

(…)

121.1 *Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.*
(…)

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



121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

(...)”

La Ley 1438 de 2011, en sus artículos 130 y 130A, han previsto algunas conductas que se consideran infracciones contra el Sistema General de Seguridad Social en Salud y ha dotado a la Superintendencia Nacional de Salud de la competencia para investigar e imponer sanciones a quienes incurran en estas, así:

“Artículo 130. Infracciones administrativas. *La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:*

(...)

6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

(...)

8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(...)

13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(...)”

Artículo 130A. Sujetos de sanciones administrativas. *Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, serán sujetos de las sanciones administrativas que imponga la Superintendencia Nacional de Salud entre otros los siguientes: Las personas jurídicas sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.*

Los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. “

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Acorde con lo expuesto, en el caso de que el aportante – empleador o el trabajador mismo presente dificultades en el recobro y pago de las incapacidades, podrá poner en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud tal situación, entidad que en el marco de lo previsto en los artículos 121 y 130 A de la Ley 1438 de 2011, de ser el caso, efectuará las investigaciones y aplicará las sanciones a que hubiere lugar a la EPS o Entidad Adaptada.

Adicionalmente se informa que cuando surge una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre la entidad responsable del pago y el aportante o empleador, esta podrá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria en virtud de lo dispuesto en el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012 “*Por medio del cual se expide el Código General del Proceso*”, que conoce en sus especialidades laboral y de seguridad social, de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

- 5. Finalmente, observamos que, en la mayoría de los casos, la entidad prestadora de servicios complementarios emite incapacidades sin adjuntar historia clínica. Aunque entendemos que, de conformidad con la reglamentación aplicable, las EPS no deberían condicionar el reconocimiento de una incapacidad a la presentación de dicha historia clínica, en la práctica, la omisión de este documento ha sido utilizada por las EPS como causal indirecta de rechazo. En este sentido, ¿cómo debe proceder el empleador para lograr el reconocimiento de la incapacidad cuando la historia clínica no ha sido entregada por la entidad emisora?**

Cuando se trata de una incapacidad expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la EPS o Entidad Adaptada, se ha previsto su validación o transcripción por parte de las referidas entidades, caso en el cual el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016 ha contemplado que ese certificado de incapacidad para su validación debe presentarse ante la entidad dentro de los 15 días siguientes a su expedición, acompañando la solicitud con la epicrisis en caso de internación, o con el resumen de atención cuando se trate de consulta externa o atención ambulatoria. Al punto, nótese que ninguna disposición normativa ha establecido que para la validación del certificado emitido en las condiciones señaladas anteriormente, debe ir acompañado por la historia clínica del paciente.

Al punto y aclarado lo anterior, si la entidad que garantiza el Plan Complementario de Salud no entrega la epicrisis o el resumen de atención frente a los casos descritos en el párrafo anterior, esto para el trámite de las respectivas incapacidades, ello podrá ser objeto de investigación y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que se está ante una

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



infracción administrativa de las cuales trata el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011. Lo anteriormente indicado también aplica respecto de la EPS o Entidad Adaptada que en el trámite de incapacidades solicite documentos que la norma no ha previsto, como lo sería la historia clínica propiamente dicha. En los anteriores casos, el empleador o trabajador puede formular la queja formal ante dicha superintendencia.

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,

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 | 302



3.4. Asunto: Consulta sobre la designación del segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado – E.S.E del orden Departamental, en ausencia de asociaciones científicas en el territorio. Radicado No. 2026423000028002 – ID 1558348

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual solicita la emisión de un concepto relacionado con la procedencia de emplear ternas presentadas por Universidades con programas académicos del área de la salud, para la designación del segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del orden Departamental, es decir del II o III nivel de atención. Sobre el particular, y con fundamento en la normativa vigente, nos permitimos señalar lo siguiente.

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se plantea en los siguientes términos:

“(…)

(…), el Decreto 1876 de 1994 establece en su artículo 7° que las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado estarán conformadas por el estamento político administrativo, el sector científico de la salud y representantes de la comunidad, específicamente para el sector científico menciona que:

- “Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado ente los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia de la Empresa Social del Estado. Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.”

Para el caso concreto del Departamento del Quindío, no contamos con asociaciones científicas en nuestro territorio y lo relacionado a la academia y la investigación se encuentra liderado por 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

Página | 303



Universidades que tienen en su oferta programas académicos del sector salud, teniendo en cuenta esto, solicito de manera respetuosa lo siguiente:

Se emita concepto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la posibilidad de elegir el representante de las asociaciones científicas con base en terna presentadas por las Universidades que cuentan con programas académicos del sector salud en el territorio del Departamento del Quindío.

De no ser viable, se conceptúe frente a las acciones a realizar por parte del ente territorial para garantizar de acuerdo a las normas vigente la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del orden Departamental.

(...).

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a determinar si, ante la inexistencia de asociaciones científicas en el área de influencia de las Empresas Sociales del Estado del orden Departamental, es decir del II o III nivel de atención, resulta jurídicamente procedente que las Universidades con programas académicos en el área de la salud presenten terna de candidatos para la designación del segundo representante del sector científico de la salud ante el mencionado organismo directivo, en sustitución del mecanismo previsto normativamente para estos casos.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS

Artículo 194 de la Ley 100 de 1993²⁵
Artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016²⁶

ANÁLISIS JURÍDICO

Para resolver la consulta formulada por la Secretaría de Salud del Departamento del Quindío, se analiza el marco normativo que regula la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención, es decir del orden Departamental y,

²⁵ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

²⁶ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



en particular, el procedimiento para la designación del segundo representante del sector científico de la salud cuando no existan asociaciones científicas en el área de influencia de la ESE.

- **Naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado**

Las Empresas Sociales del Estado –ESE–, de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, constituyen *“una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso”*.

- **Conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II y III nivel de atención y participación del estamento científico de la salud ante dicho organismo directivo**

La integración de la Junta Directiva de las ESE del II o III nivel de atención se encuentra reglada en el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016. Dicha disposición en su numeral 2 y en el párrafo 1, regula de forma puntual como participa el estamento científico de la salud ante dicho organismo directivo, así:

“ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.3. *Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:*

1. El estamento político-administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

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. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de esta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando estos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

PARÁGRAFO 1. En aquellos sitios donde no existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

PARÁGRAFO 2. Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismo de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en el presente artículo y en el 195 de la Ley 100 de 1993.”

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

El numeral 2 y el párrafo 1 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, regulan de manera específica la forma como el estamento científico de la salud participa o integra la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención. Sobre el particular, el referido numeral señala que el primer representante del mencionado estamento será designado mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera sea su disciplina. En cuanto al segundo representante de dicho estamento, el citado numeral indica que éste será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la ESE, caso en el cual cada asociación presentará la terna correspondiente al Director Departamental o Distrital de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

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 no existir asociaciones científicas en el área geográfica de la Empresa Social el Estado, el parágrafo 1 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, ha previsto un mecanismo supletorio que garantiza la participación del segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de una ESE del II o III nivel de atención, consistente en que ese segundo representante puede ser seleccionado de terna del personal profesional de la salud existente en el área de influencia de la institución, evento en el que la norma en cuestión prevé que el gerente de la ESE debe convocar a una reunión del personal de la salud que ejerce en la localidad, con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

Al punto, nótese que las disposiciones normativas señaladas en el presente concepto, no contemplan la posibilidad de que en ausencia de asociaciones científicas en el área geográfica de la Empresa Social del Estado, el segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de una ESE del II o III nivel de atención, pueda ser designado con fundamento en ternas presentadas por Universidades que tengan en su oferta programas académicos del sector salud.

Conforme lo señalado anteriormente, desde el punto de vista jurídico no se considera procedente que el segundo representante del sector científico de la salud ante la Junta Directiva de una ESE del II o III nivel de atención pueda ser designado de ternas que presenten las Universidades con programas académicos de la salud, toda vez que esa posibilidad en primera instancia está dada sólo para las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionan en el área de influencia geográfica de la ESE.

Ahora, en caso de que no existan asociaciones científicas en el área de influencia geográfica de la ESE del II o III nivel de atención, ninguna disposición normativa ha contemplado que frente a esta situación, el segundo representante del sector científico de la salud pueda ser designado de ternas que presenten Universidades con programas académicos de la salud. Frente a la situación descrita anteriormente, lo que hay lugar es a la aplicación de lo reglado en el parágrafo 1 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, en el sentido de que el referido representante debe ser designado de terna del personal profesional de la salud existente en el área de influencia de la ESE, tal y como ya se ha explicado.

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

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 Ley 1755 de 2015²⁷, 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,

²⁷ Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

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