



BOLETIN JURIDICO No. 04 ABRIL 2026



BOLETIN JURIDICO N° 04 DE ABRIL DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA	4
1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1. Sentencia T-095/2026 – Corte Constitucional	6
2. NORMATIVA	40
2.1. DECRETOS	41
2.1.1. Decreto 379 de 2026	42
2.1.2. Decreto 380 de 2026	46
2.2. RESOLUCIONES	63
2.2.1. Resolución 592 de 2026	64
2.2.2. Resolución 610 de 2026	66
2.2.3. Resolución 611 de 2026	76
2.2.4. Resolución 793 de 2026	87
2.2.5. Resolución 812 de 2026	98
2.2.6. Resolución 813 de 2026	113
2.3. CIRCULARES	173
2.3.1. Circular Externa 12 de 2026	174
2.3.2. Circular Externa 13 de 2026	187
2.3.3. Circular Externa 14 de 2026	192
3. CONCEPTOS	196
3.1. ASUNTO: Concepto jurídico sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.).	
Radicado: 202642401174832 Id: 1820336	197
3.2. ASUNTO: Solicitud de concepto jurídico sobre la realización de trámites previos ante el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la liquidación de la Fundación SOMA quien presta servicios de salud.	



Radicado No 2026423000563122 ID 1666834	204
3.3. ASUNTO: Suministro de historia clínica a la Fuerza Pública en escenarios de flagrancia y actos urgentes.	
Radicado: 202642300835632 Id: 1742697	216



1.JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



1.1.1. Sentencia T-095/2026 – Corte Constitucional

Referencia: expediente T-11.573.793

Asunto: acción de tutela presentada por *Octavio*, en representación de su hija *Victoria*, contra Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada y la EPS Sanitas S.A.S.

Tema: negativa de afiliación de menor de edad a un plan de medicina prepagada

Magistrado Ponente: Juan Carlos Cortés González

Bogotá, D.C., veintiuno (21) de abril de dos mil veintiséis (2026).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez y los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Juan Carlos Cortés González, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la presente.

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela dictados, en primera instancia, por el Juzgado 014 Civil Municipal de Bogotá, el 24 de julio de 2025 y, en segunda instancia, por el Juzgado 040 Civil del Circuito de Bogotá, el 29 de agosto de 2025, con ocasión de la solicitud de amparo promovida por *Octavio* en representación de su hija *Victoria*, en contra de Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada y la EPS Sanitas S.A.S.

Aclaración previa^[1]

El 28 de noviembre de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Once ordenó la anonimización de las partes y de cualquier otro dato que permita su identificación. En consecuencia, la presente providencia se registrará en dos versiones. La primera, con los nombres reales de la parte accionante, en especial de la menor de edad representada, y la segunda, con nombres ficticios en la que se hará referencia a la parte accionante en calidad de representante legal con el nombre de *Octavio* y a la niña con el nombre de *Victoria*.

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



¿Qué estudió la Corte?	La Sala Cuarta de Revisión estudió una acción de tutela interpuesta por un padre actuando en representación de su hija menor de edad, diagnosticada con cáncer cerebral y otras patologías, en contra de Colsanitas por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la salud, así como el principio del interés superior del niño, esto tras la cancelación unilateral del contrato de medicina prepagada de la menor de edad debido a una mora transitoria en los pagos y la posterior negativa de la empresa de suscribir el contrato de medicina prepagada, argumentando el ejercicio de la autonomía de su voluntad privada.
¿Qué consideró la Corte?	La Corte Constitucional constató que (i) la EPS Sanitas no vulneró los derechos fundamentales de la menor de edad porque garantizó de manera continua la atención médica requerida. Sin embargo, debido a que, en una primera oportunidad la entidad negó una autorización para la intervención quirúrgica, la Sala consideró que se generó una barrera administrativa que pudo afectar el ejercicio efectivo de los derechos de la menor de edad. Respecto al actuar de Colsanitas, la Sala determinó (ii) con la cancelación del contrato de medicina prepagada, no hubo una vulneración de los derechos a la salud, vida digna ni del principio de continuidad de la menor de edad, ya que la terminación del vínculo obedeció a las condiciones pactadas ante la mora comprobada. Además, la menor no recibía tratamientos a cargo de la entidad de medicina prepagada al momento de la cancelación del contrato y su atención en salud fue garantizada por la EPS Sanitas. Por otra parte, respecto a la negativa de Colsanitas de volver a afiliar la menor de edad al plan de medicina prepagada, la Sala consideró que, (iii) aunque la empresa cuenta con el ejercicio de la autonomía de la voluntad privada, este no es absoluto pues debe respetar los derechos y principios constitucionales. En concreto, la Sala concluyó que en este caso la negativa estuvo fundada en un acto discriminatorio sustentado en un criterio sospechoso de discriminación como el estado de salud de la menor de edad, lo que impuso una barrera al acceso al portafolio de servicios de salud derivados del contrato. En consecuencia, la Corte concluyó que Colsanitas vulneró los derechos a la salud, en su dimensión de accesibilidad, así como de los derechos a la igualdad y no discriminación de la niña.



Qué decidió la Corte?	En consecuencia, la Sala Cuarta de Revisión revocó la sentencia de segunda instancia proferida por el Juzgado 040 Civil del Circuito de Bogotá y en su lugar negó el amparo de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad, a la salud -principio de continuidad- de la menor de edad. Por otro lado, amparó el derecho fundamental a la salud – en su dimensión de accesibilidad, así como los derechos a la igualdad y a la no discriminación de la menor de edad como sujeto de especial protección constitucional y, en consecuencia, ordenó a Colsanitas que revise nuevamente la solicitud de afiliación al plan de medicina prepagada y adopte una decisión motivada bajo criterios razonables y no discriminatorios, teniendo en cuenta que tal pedimento se realiza en favor de una menor de edad, sujeto de especial protección constitucional. Finalmente, la Sala conminó a la EPS Sanitas para que en el futuro no incurra en conductas que puedan afectar los derechos fundamentales de la niña.
------------------------------	--

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1. De acuerdo con la acción de tutela, *Octavio*^[2] afilió a su hija, *Victoria*, a un plan de medicina prepagada con Colsanitas S.A. (en adelante Colsanitas) en agosto de 2015, sin que para dicha fecha existiera algún diagnóstico o antecedente clínico que impidiera la suscripción del contrato.
2. En septiembre de 2015, a *Victoria* se le diagnosticó cáncer cerebral (meduloblastoma) con metástasis en la columna vertebral, lo que dio lugar a la realización de intervenciones neuroquirúrgicas, quimioterapia y seguimiento médico especializado. Aunque el diagnóstico se realizó después de la afiliación, Colsanitas lo consideró como una preexistencia y restringió parte de la cobertura, limitando algunos servicios. Los servicios excluidos los asumió la EPS Sanitas.
3. Según el actor, durante más de 9 años Colsanitas prestó una atención médica integral y continua a su hija a través de su equipo médico pediátrico y neurológico. Afirmó que se “consolidó un vínculo terapéutico esencial para el bienestar físico, emocional y neurológico de la [niña]”^[3]. Sin embargo, en febrero de 2025, Colsanitas canceló unilateralmente el contrato de medicina prepagada debido a la mora en el pago de dos mensualidades (enero y febrero). El representante alegó que no puede cancelar las cuotas como consecuencia de dificultades económicas transitorias.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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. El 28 mayo de 2025^[4], una vez superado el impase económico, el representante de la menor de edad solicitó la afiliación de la niña. No obstante, el 8 de junio de 2025^[5], Colsanitas rechazó su solicitud con fundamento en la autonomía de su voluntad y su naturaleza privada. El 12 de junio de 2025^[6], el representante de la menor presentó una solicitud de reconsideración ante Colsanitas y una petición ante la Superintendencia Nacional de Salud^[7] y requirió la intervención de esta entidad frente a la negativa de afiliación.

5. El 13 de junio de 2025^[8], la Superintendencia Nacional de Salud requirió a Colsanitas y lo conminó a “garantizar el derecho dando cumplimiento a la orden médica y/o servicios requeridos por el usuario y/o relacionada con el RECLAMO número 0000 y expedida a favor del usuario *Victoria*”. En la misma fecha Colsanitas respondió de forma negativa a la solicitud de reconsideración, con fundamento en los mismos argumentos del rechazo (§4)^[9].

6. De acuerdo con el representante de la niña, *Victoria* presenta otros diagnósticos médicos: “epilepsia secundaria, hemiparesia derecha, parálisis cerebral infantil, hidrocefalia, neumopatía crónica exacerbada y episodios recurrentes de falla respiratoria aguda”^[10]. Además, explicó que los médicos implantaron en su cráneo una válvula de Hakim que se encuentra expuesta, lo que genera un riesgo de infección intracraneal y de complicaciones neurológicas.

2. Fundamentos de la acción de tutela

7. *Acción de tutela*. El 17 de julio de 2025^[11], *Octavio*, como representante legal de su hija *Victoria* de 16 años^[12], diagnosticada con cáncer cerebral y otras patologías, interpuso acción de tutela en contra de Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada y la EPS Sanitas. Esto por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la salud, la vida digna y el desarrollo integral e interés superior de su hija, como consecuencia de la cancelación y posterior negativa de afiliación a un plan de medicina prepagada.

8. *Pretensiones*. El actor solicitó: (i) la afiliación inmediata al plan de medicina prepagada sin exclusiones, restricciones, ni periodos de carencia por preexistencias. Asimismo, que se decrete como medida provisional urgente: (ii) una valoración médica integral e interdisciplinaria a la niña en la Clínica Pediátrica de Colsanitas, con el fin de establecer la necesidad de una eventual intervención neuroquirúrgica, dada la exposición de la válvula de Hakim; (iii) si los especialistas de Colsanitas deciden no realizar la cirugía, se autorice una segunda opinión médica en la Fundación Santa Fe de Bogotá para determinar la procedencia de la intervención neuroquirúrgica; (iv) si la Fundación Santa Fe emite un concepto favorable sobre la cirugía, se ordene a la EPS Sanitas autorizar y asumir los costos de la intervención quirúrgica en dicha institución; y (v) que tanto la valoración como la intervención quirúrgica no generen ningún costo para los representantes legales de la niña.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



9. Adicionalmente, el representante legal solicitó: (vi) garantizar la continuidad del vínculo terapéutico con el equipo médico de la Clínica Pediátrica de Colsanitas y, como pretensión subsidiaria, (vii) se continúe con el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) asumido por la EPS Sanitas^[13].

3. Trámite de la acción de tutela

10. *Admisión de la tutela.* El 18 de julio de 2025^[14], el Juzgado 014 Civil Municipal de Bogotá (i) avocó conocimiento de la acción de tutela; (ii) vinculó al trámite a la Superintendencia Nacional de Salud; (iii) corrió traslado del auto y notificó a las partes inicialmente accionadas; y (iv) negó la medida provisional solicitada, al considerar que no se cumplió con el requisito de acreditación sumaria de la apariencia de buen derecho o “*fumus boni iuris*” porque la solicitud de la asignación de consulta para evaluar la necesidad de una eventual intervención quirúrgica de la menor de edad, partía de la simple afirmación del solicitante sin ningún soporte médico^[15].

11. *Respuestas de las partes y entidades vinculadas.* A continuación, la Sala presenta una síntesis de las respuestas emitidas por las partes y entidades vinculadas ante el juez de primera instancia:

Tabla 1 Respuestas obtenidas por el juez de primera instancia el trámite de la acción de tutela

Parte o entidad vinculada	Respuesta
Accionante^[16]	El representante informó la ocurrencia de hechos clínicos relevantes. En particular señaló que: (i) el 21 de julio de 2025, previa autorización de la EPS Sanitas, la niña fue intervenida quirúrgicamente para el retiro de la válvula de Hakim debido a una infección activa ^[17] ; (ii) al 22 de julio de 2025, la niña estuvo hospitalizada bajo vigilancia médica intensiva; (iii) por criterio médico no se implantó la válvula, dada la persistencia del riesgo infeccioso. Además, solicitó: (i) oficiar a la Clínica Pediátrica Colsanitas para que remita la historia clínica y los documentos de la hospitalización y cirugía de la niña; (ii) exhortar a EPS Sanitas y a Colsanitas a abstenerse de trasladar de clínica a la niña y a garantizar la continuidad del manejo posquirúrgico. Asimismo, reiteró que se debe ordenar la afiliación al plan de medicina

	prepagada de Colsanitas y, de forma subsidiaria, continuar con la prestación del PHD.
Colsanitas – Medicina prepagada^[18]	La accionada solicitó declarar la improcedencia de la acción manifestando que: (i) el contrato de medicina prepagada fue cancelado por mora y la terminación fue notificada oportunamente; (ii) Colsanitas, como entidad privada, se rige por el principio de la autonomía de la voluntad privada, razón por la cual tiene la facultad de aceptar o rechazar nuevas solicitudes de afiliación; (iii) se configuró la carencia actual de objeto por hecho superado, en la medida en que la sociedad emitió respuestas claras, congruentes y de fondo los días 8 ^[19] , 13 ^[20] y 25 ^[21] de junio de 2025, atendiendo cada una de las peticiones del actor; (iv) la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver controversias derivadas de contratos de medicina prepagada, pues tienen naturaleza civil y comercial y deben ser dirimidos por la jurisdicción ordinaria; (v) no se configura un perjuicio irremediable, toda vez que la niña se encuentra activa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el servicio de salud está garantizado por su EPS. Finalmente, la accionada solicitó que se negaran las pretensiones de la tutela, al considerar que no vulneró derechos fundamentales.
EPS Sanitas	Guardó silencio en el trámite.
Superintendencia Nacional de Salud	Guardó silencio en el trámite

4. Decisiones judiciales objeto de revisión

12. **Decisión de primera instancia^[22]**. El 24 de julio de 2025, el Juzgado 014 Civil Municipal de Bogotá negó el amparo. Sostuvo que el conflicto respecto de la afiliación al plan de medicina prepagada es contractual y debe ventilarse ante la jurisdicción ordinaria porque no se acreditó un perjuicio irremediable, dado que la niña recibe atención en salud por parte de la EPS en la que se encuentra afiliada. Declaró la carencia actual de objeto por hecho superado toda vez que la niña fue intervenida quirúrgicamente el 21 de julio de 2025 para el retiro de la válvula.



13. *Impugnación*^[23]. La parte accionante argumentó que: (i) el fallo desconoció el carácter prevalente de los derechos fundamentales de los niños; (ii) la negativa de afiliación al plan de medicina prepagada implica una ruptura injustificada del vínculo terapéutico que surgió desde 2018 con el equipo médico especializado en la Clínica Pediátrica de Colsanitas; y que (iii) el despacho desconoció la historia clínica de la niña, así como el principio de continuidad en la atención médica, debido a que la niña contaba con un equipo especializado que seguía su caso. Asimismo, el actor indicó que la válvula fue retirada por infección de “staphylococcus aureus multirresistente” y la niña se encuentra en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Pediátrica de Colsanitas, por lo que requiere una tercera cirugía para reimplantar la válvula de derivación.

14. *Decisión de segunda instancia*^[24]. El 29 de agosto de 2025, el Juzgado 040 Civil del Circuito de Bogotá confirmó el fallo de primera instancia. Ese despacho reiteró que la medicina prepagada es un servicio opcional y privado regido por la autonomía de la voluntad privada de los contratantes. Asimismo, determinó que no se probó una vulneración actual de derechos, pues EPS Sanitas garantizó las intervenciones quirúrgicas y el PHD y no se demostró la interrupción o negativa de algún servicio de salud a la paciente, por lo que no existe un perjuicio irremediable.

5. Actuaciones en sede de revisión ante la Corte Constitucional

15. *Selección y reparto*^[25]. El 28 de noviembre de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Once de la Corte Constitucional seleccionó el expediente T-11.573.793 bajo el criterio *objetivo* de necesidad de pronunciarse sobre una determinada línea jurisprudencial y por el criterio *subjetivo* de urgencia de proteger un derecho fundamental^[26]. Por sorteo, el expediente se asignó a la Sala Segunda^[27] de Revisión^[28]. El 15 de diciembre siguiente^[29], la Secretaría General de esta corporación remitió el expediente al despacho del magistrado sustanciador para lo de su competencia.

16. *Autos de pruebas*^[30]. El 16 de enero y el 5 de febrero de 2026, el magistrado sustanciador decretó la práctica de pruebas y ofició: (i) al accionante con el propósito de constatar el estado actual de salud y de afiliación de la niña; (ii) a las accionadas para que presentaran información y documentación sobre las acciones adelantadas para la protección de los derechos de la menor^[31]; y (iii) ordenó consultar la información de la accionante en bases de datos públicas (SISBEN, ADRES, RUAF, entre otras).

17. *Respuestas al auto de pruebas*. A continuación, la Sala sintetiza las respuestas obtenidas de las partes, las entidades vinculadas o requeridas dentro del trámite de revisión:

Tabla 2 Respuestas recibidas el trámite de revisión de la acción de tutela

Parte o entidad vinculada	Respuesta
Accionante^[32]	El accionante informó que (i) en julio de 2025, la niña fue sometida a neurocirugía de reimplantación de válvula de derivación en la Clínica Pediátrica Colsanitas. Posteriormente, permaneció con dependencia tecnológica por gastrostomía y oxígeno domiciliario, riesgo respiratorio infeccioso recurrente y requerimiento de manejo multidisciplinario; (ii) la niña cuenta con el PHD; (iii) entre el 19 y el 21 de enero de 2026, la niña presentó un episodio respiratorio agudo con taquicardia, dificultad respiratoria y desaturación, manejado en domicilio mediante oxígeno de alto flujo e inhaloterapia dentro del PHD; (iv) la mora en enero y febrero de 2025 fue consecuencia de un evento económico transitorio y que afectó gravemente la continuidad asistencial; (v) actualmente, la niña no se encuentra afiliada a un plan de medicina prepagada; (vi) no están programadas nuevas intervenciones quirúrgicas. Finalmente, el accionante solicitó a la Corte disponer una modalidad de afiliación condicionada al plan de medicina prepagada bajo un esquema de solvencia sanitaria y coordinación inter-aseguradores (EPS–prepagada).
Colsanitas – Medicina prepagada^[33]	En respuesta al primer auto de pruebas, Colsanitas informó: (i) <i>Victoria</i> estuvo afiliada a Colsanitas entre el 1° de septiembre de 2015 al 31 de diciembre de 2024 (último día cubierto por el último pago realizado por la contratante) con varias preexistencias: “tumor maligno de cerebelo, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales (...) ^[34] ”; (ii) durante 2023 y 2024 se presentaron múltiples suspensiones del servicio por mora, las que fueron informadas; (iii) previo a la cancelación de la póliza durante enero y febrero de 2025 se realizaron múltiples intentos de contacto con el titular; (iv) en vigencia de la relación contractual Colsanitas autorizó y prestó múltiples servicios médicos; (v) <i>Victoria</i> no tiene relación contractual con la Compañía, por lo que no existe cobertura de servicios de salud; (vii) Colsanitas en virtud de su naturaleza privada y del principio de autonomía de la voluntad privada, puede aceptar o rechazar solicitudes de afiliación al servicio de medicina prepagada, facultad que se encuentra prevista en el documento

	“Solicitud De Contratación”, sin obligación de justificar las razones de su decisión. Por lo expuesto, la empresa solicitó se confirme el fallo de primera y segunda instancia y se declare improcedente la acción de tutela. Respecto al segundo auto de pruebas dijo que tras la búsqueda realizada no fue posible localizar el contrato original, pero procedió a su reconstrucción^[35]. Además, precisó que no se solicitó reactivación de un contrato, sino que se presentó una nueva solicitud de afiliación, la cual fue rechazada en ejercicio de su autonomía de la voluntad privada. Señaló que, conforme a sus políticas internas, no realizó valoración médica directa a la niña, sino que realizó la codificación de preexistencias con base en su historia clínica.
EPS Sanitas^[36]	La EPS informó que (i) <i>Victoria</i> tiene afiliación vigente; (ii) según la última valoración médica realizada a la niña, esto es, el 23 de enero de 2026, el diagnóstico de la menor de edad es: Tumor Maligno de Cerebelo; (iii) la historia clínica evidencia un plan de manejo médico orientado al soporte de las actividades diarias, que incluye el suministro de insumos médicos y tratamiento farmacológico esencial; (iv) la última intervención quirúrgica fue la “Derivación Ventrículo Peritoneal Derecha, válvula de Hakim” con posterior mejoría en su estado neurológico; (v) la IPS Clínica Pediátrica de Colsanitas no hace parte de la red de prestadores de EPS Sanitas; (vi) se cuenta con autorizaciones vigentes para el servicio de PHD. Finalmente, indicó que (vii) no hay nuevas órdenes de procedimientos médicos o quirúrgicos para la niña.

18. *Consulta en bases de datos.* El 21 de enero de 2026^[37] se realizaron las consultas en bases de datos de información utilizando el documento de identidad de la menor de edad representada. Los resultados de estas consultas fueron los siguientes:

Tabla 3 Resultados de consulta en bases de datos públicas

Sisbén	Estado de Afiliación en el SGSSS	Afiliaciones al Sistema de Protección Social y vinculación a programas de asistencia social
El número de identificación no se encuentra en la base de datos del Sisbén IV.	Activa en el régimen contributivo como beneficiaria en EPS Sanitas.	Sin reconocimiento de pensiones o vinculaciones a programas de asistencia 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



19. Una vez recibidas las pruebas, la Secretaría corrió traslado de aquellas a las partes y vinculados.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

20. La Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela seleccionados, con fundamento en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política.

2. Primera cuestión previa: respuesta a la solicitud de medidas provisionales

21. *Solicitud de medidas provisionales.* El 24 de marzo de 2026, esto es, con posterioridad al registro de proyecto de fallo realizado el 13 de marzo de 2026, mediante correo electrónico, *Octavio*, como representante legal de su hija *Victoria*, presentó solicitud de medidas provisionales, en cuanto ordenar a la EPS Sanitas S.A.S y a la Clínica Pediátrica de Colsanitas garantizar la continuidad del tratamiento de la menor de edad en dicha institución, evitando su traslado, salvo que exista una justificación médica debidamente soportada. Además, de requerirse manejo de UCI, solicitó que se verifique la disponibilidad del servicio en la misma Clínica. Igualmente, pidió que se ordene a EPS Sanitas S.A.S y a la Clínica Pediátrica de Colsanitas que se abstengan de incurrir en prácticas que afecten la continuidad del servicio de salud.

22. Como fundamento de su solicitud, el accionante expuso un riesgo “*cierto, actual e inminente*”. Indicó que la menor de edad se encuentra hospitalizada en la Clínica Pediátrica de Colsanitas por un cuadro de neumonía bacteriana y que tiene una evolución clínica favorable, sin requerir manejo en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Sin embargo, afirmó que la Clínica ha gestionado el traslado a la UCI de la Clínica Pediátrica Colsubsidio, lo cual fue rechazado por los padres de la menor, al considerar que no existía una justificación médica, hay indicios de la existencia de una cama UCI en la misma institución y que la negativa estaría asociada a un asunto administrativo derivado de la autorización de la EPS.

23. *Medidas provisionales en la acción de tutela.* El artículo 7° del Decreto 2591 de 1991 faculta a los jueces constitucionales para decretar medidas provisionales, a solicitud de parte o de oficio, con el fin de “proteger los derechos y no hacer ilusorio el efecto de un eventual fallo a favor del solicitante”^[38]. Además, dichas medidas provisionales “(...) no sólo se orientan a proteger los derechos de los ciudadanos, sino que también propenden por asegurar el



cumplimiento de la futura decisión que se profiera en el proceso. Luego, resulta improcedente toda medida provisional que exceda el objeto de la solicitud de tutela”^[39].

24. Sobre este punto, es importante precisar que por regla general la facultad de adoptar medidas provisionales está habilitada hasta antes de dictar sentencia. Sin embargo, la Corte Constitucional ha considerado que la solicitud de medidas provisionales puede ser analizada dentro de la propia sentencia cuando se estima más adecuado emitir una decisión definitiva que resolver la solicitud de medida provisional de manera independiente^[40], atendiendo a criterios como la celeridad, la economía procesal y el análisis integral del caso^[41].

25. En el caso concreto, la Sala estima que la medida provisional solicitada no guarda relación con la protección reclamada en la acción de tutela y resulta improcedente. La Sala advierte que (i) la medida se solicitó luego del registro del proyecto de fallo y aunque la Corte puede pronunciarse sobre la medida provisional, como en este caso, la presente sentencia resuelve el asunto de manera definitiva; (ii) no se evidencia una relación directa entre la medida provisional solicitada por el accionante y las pretensiones principales de la solicitud de amparo orientadas a que Colsanitas S.A. afilie a la niña al plan de medicina prepagada, sin exclusiones, restricciones, ni periodos de carencia por preexistencias y a que EPS Sanitas garantice la continuidad de la niña en el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) (§9). Por lo tanto, la solicitud de medida provisional excede el objeto de la acción y como lo ha sostenido esta corporación, resulta improcedente (§23).

3. Segunda cuestión previa: verificación de la configuración de carencia actual de objeto

26. La Sala estudiará como segunda cuestión previa la configuración de carencia actual de objetivo debido a que el juez de primera instancia la declaró por hecho superado, al considerar que *Victoria* fue intervenida quirúrgicamente el 21 de julio de 2025 en la Clínica Reina Sofía para el retiro de la válvula (§12).

27. *Reiteración de la jurisprudencia sobre la carencia actual de objeto.* Esta Corte ha afirmado que el propósito de la acción de tutela es asegurar de manera efectiva y clara la protección del derecho que se considera vulnerado o amenazado, lo que justifica la necesidad de que el juez tome una decisión sobre el particular. No obstante, si en el trámite de la acción la situación es solucionada o satisfecha de alguna manera, no tendría sentido el pronunciamiento de la autoridad judicial, dado que cualquier orden que emitiera no tendría ningún efecto. Esta es la base del fenómeno de carencia actual de objeto^[42].



28. La Sentencia SU- 522 de 2019 reiteró las modalidades en las que se puede presentar la carencia actual de objeto: (i) hecho superado, (ii) daño consumado y (iii) situación sobreviniente, precisando su contenido y efectos así:

Tabla 4 Categorías carencia actual de objeto

Categoría	Descripción y deber de pronunciamiento
Hecho superado	Se configura como producto del obrar de la entidad accionada, es decir, lo que se pretendía lograr mediante la orden del juez de tutela ha acaecido antes de que el mismo dicte una orden. En este caso, corresponde al juez verificar que lo pretendido efectivamente fue satisfecho por completo y que la accionada haya actuado (o cesado su actuar) ^[43] voluntariamente. La Corte puede a su discreción, decidir si emite un pronunciamiento e incluir en la sentencia llamados de atención o advertencias tendientes a que no se repitan situaciones como las que originaron la presentación de la acción de tutela, corregir decisiones judiciales, avanzar en la comprensión de derechos fundamentales o realizar un ejercicio de pedagogía constitucional ^[44] .
Daño consumado	Cuando se ha perfeccionado la vulneración que se pretendía evitar con la acción de tutela, de modo que no es factible que el juez dé una orden para retrotraer la situación ^[45] . En esta figura, si al momento de interponer la acción es evidente que el daño se generó, el juez debe declarar la improcedencia del amparo. Sin embargo, si el daño se consume en el trámite judicial en cualquiera de las instancias o en sede de revisión, el juez debe emitir un pronunciamiento para evitar que el daño se proyecte hacia el futuro o implementar correctivos ^[46] .
Situación sobreviniente	Comprende aquellos eventos que no se enmarcan en un hecho superado o un daño consumado. Es “otra circunstancia que determine que, igualmente, la orden del juez de tutela relativa a lo solicitado en la demanda de amparo no surta ningún efecto y por lo tanto caiga en el vacío” ^[47] . Sobre esta figura la Corte ha indicado que para que se configure debe analizarse: “(i) que exista una variación en los hechos que originaron la acción; (ii) que dicho cambio implique la pérdida de interés del accionante en que se acceda a sus pretensiones; o (iii) que las mismas no se puedan satisfacer” ^[48] . La Corte Constitucional ha identificado algunos

	escenarios en los que se puede configurar un hecho sobreviniente: (i) el actor es quien asume la carga que no le correspondía para superar la situación vulneradora; (ii) un tercero ha logrado que la pretensión de la tutela se satisfaga; (iii) es imposible proferir alguna orden por razones que no son atribuibles a la entidad demandada; (iv) el actor pierde interés en el objeto original de la acción. En los casos de situación sobreviniente no es obligatorio que el juez de tutela haga un pronunciamiento de fondo.
--	--

29. De conformidad con lo anterior, la Sala analizará si en el caso concreto operó o no el fenómeno de carencia actual de objeto:

Tabla 5 Estudio de configuración de una carencia actual de objeto

Pretensión	Hecho probado
<i>Primera.</i> El actor solicitó que se ordene a Colsanitas S.A que afilie a la niña al plan de medicina prepagada, sin exclusiones, restricciones, ni periodos de carencia por preexistencias.	De acuerdo con lo manifestado por las partes en el trámite de revisión (§17), la niña no se encuentra afiliada al plan de medicina prepagada de Colsanitas. Así, no opera la carencia actual de objeto respecto de esta pretensión.
<i>Segunda.</i> Se ordene a Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada y a la EPS Sanitas realizar una valoración médica integral e interdisciplinaria a la niña en la Clínica Pediátrica de Colsanitas con el fin de establecer la necesidad de una eventual intervención neuroquirúrgica urgente, dada la exposición actual	Según el oficio allegado por el accionante durante el trámite de primera instancia (§11), el 17 de julio de 2025 a la niña se le practicó un examen de laboratorio microbiológico en la Clínica Colsanitas, cuyo resultado evidenció un crecimiento abundante de <i>Staphylococcus aureus</i> en la muestra de herida quirúrgica. Como consecuencia, <i>Victoria</i> fue intervenida quirúrgicamente el 21 de julio de 2025 en la Clínica Reina Sofía para el retiro de la válvula. Sobre esta pretensión opera la carencia actual de objeto.



de la válvula de Hakim implantada.	
<i>Tercera.</i> En caso de que los especialistas de Colsanitas determinen no realizar intervención quirúrgica, se autorice una segunda opinión médica en la Fundación Santa Fe de Bogotá.	El 21 de julio de 2025 a la niña se le practicó una intervención quirúrgica para el retiro de la válvula. Esta información fue confirmada por la EPS Sanitas (§17). Sobre esta pretensión opera la carencia actual de objeto.
<i>Cuarta.</i> En el evento de que la Fundación Santa Fe emita un concepto favorable sobre la cirugía, se ordene a la EPS Sanitas autorizar y asumir los costos de la intervención quirúrgica en dicha institución.	El 18 de julio de 2025, la EPS Sanitas autorizó la “internación adultos complejidad mediana en habitación múltiple” en la Clínica Reina Sofía, lo que demuestra que la entidad asumió la atención hospitalaria de la niña y que, en consecuencia, no opera la carencia actual de objeto.
<i>Quinta.</i> Que tanto la valoración médica como la eventual intervención quirúrgica se realicen sin que ello genere algún costo para los representantes legales de la niña y sea asumida transitoriamente por la EPS Sanitas	De la información que reposa en el expediente no se evidencia que los procedimientos médicos practicados a niña hayan generado costos a cargo de sus representantes legales, por lo cual, la pretensión carece de objeto.
<i>Sexta.</i> Se garantice la continuidad del vínculo terapéutico de la niña con el equipo médico de la Clínica Pediátrica de Colsanitas.	Del material probatorio se desprende que la menor no ha sido atendida de manera continua por profesionales adscritos a la Clínica Pediátrica de Colsanitas. Asimismo, la EPS Sanitas informó que la Clínica Pediátrica de Colsanitas no hace parte de su red de prestadores (§17).
<i>Séptima.</i> Se garantice la continuidad de la niña en el Programa de	De acuerdo con lo manifestado por el accionante y por la EPS Sanitas en el trámite de revisión (§17), la niña actualmente se



Hospitalización Domiciliaria (PHD) asumido por la EPS Sanitas.	encuentra en el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) y que es asumido por dicha EPS.
--	--

30. De acuerdo con lo anterior, la Sala concluye que se configuró una carencia actual de objeto por hecho superado respecto de las pretensiones *segunda, tercera, cuarta, y séptima*. Lo anterior, debido a que se realizó la intervención quirúrgica que el representante solicitó en la acción de tutela. Además, la EPS Sanitas autorizó la internación hospitalaria de la niña en la Clínica Reina Sofía y, según lo manifestado por el accionante y por la EPS Sanitas, la niña continúa en el PHD a cargo de la EPS Sanitas.

31. Por otro lado, en relación con la pretensión *quinta*, dado que de la información que reposa en el expediente no se evidencia que los procedimientos médicos practicados a la niña - en particular la valoración médica como la intervención quirúrgica- hayan generado costos a cargo de los representantes legales, no se advierte una vulneración actual que haga necesario un pronunciamiento de esta corporación. En consecuencia, se concluye que la pretensión también carece de objeto.

32. En este contexto, dado que existen pretensiones que requieren un pronunciamiento (*primera -afiliación de la menor al plan de medicina prepagada y sexta -continuidad de la vinculación terapéutica de la menor con el plan de medicina prepagada-*), la Sala continuará con el estudio del caso. Para el efecto analizará la procedencia de la acción y, de superarse dicho análisis, entrará a examinar el fondo del asunto.

4. Análisis de procedencia de la acción de tutela

33. La Sala Cuarta de Revisión considera que la acción de tutela cumple con los requisitos de procedencia conforme al artículo 86 de la Constitución Política y 10° del Decreto Ley 2591 de 1991, tal como se detalla a continuación.

Tabla 6 Cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción

Legitimación en la causa por activa ^[49]
La acción de tutela cumple con el requisito de legitimación en la causa por activa. En este caso, la Sala considera satisfecho este presupuesto. En efecto, la acción de tutela fue interpuesta por <i>Octavio</i> , padre de <i>Victoria</i> , quien actúa en calidad de representante legal de su



hija menor de edad, con el propósito de solicitar la protección de los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, el desarrollo integral y el interés superior del menor, derechos de los que es titular <i>Victoria</i> .	
Legitimación en la causa por pasiva^[50]	
<i>La acción de tutela satisface el requisito de legitimación en la causa por pasiva.</i> La acción de tutela se dirigió contra Colsanitas- Medicina Prepagada y EPS Sanitas. Asimismo, el juez de primera instancia vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, se procederá con el estudio del requisito para las partes accionadas y la entidad vinculada	
<i>Colsanitas Medicina prepagada</i>	– Está legitimada en la causa por pasiva porque: (i) las empresas de medicina prepagada actúan dentro de un sistema organizado para la gestión de la atención médica y la prestación de los servicios de salud, por lo que prestan un servicio público ^[51] y (ii) las acciones u omisiones alegadas por el representante se originan en dicha entidad, pues fue aquella la que retiró a <i>Victoria</i> del plan de medicina prepagada y, posteriormente, negó su afiliación, causa de la presunta violación de los derechos fundamentales.
<i>EPS Sanitas</i>	Está legitimada en la causa por pasiva por cuanto es la entidad a la cual se encuentra afiliada <i>Victoria</i> como beneficiaria en el régimen contributivo (§18). Además, la acción de tutela pretende la continuidad del programa de Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD). De igual forma, dicha entidad podría resultar afectada por la decisión que eventualmente se adopte en el marco de este trámite constitucional.
<i>Superintendencia Nacional de Salud</i>	El juez de instancia vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud (§10). Sobre esta entidad, la Sala encuentra configurado el requisito de legitimación en la causa por pasiva, debido a que la entidad tiene a su cargo vigilar los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia y control ^[52] . Asimismo, de acuerdo con el Decreto 780 de 2016, que se ocupa del sector salud y protección social, “[l]as entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud” ^[53] . En este mismo sentido, como lo ha sostenido esta corporación “debe hacer seguimiento al efectivo funcionamiento de las EPS, las compañías de medicina prepagada, hospitales y clínicas e identificar fallas y garantizar que sean corregidas” ^[54] . Por esas razones, y porque podría resultar afectada por las órdenes que se profieran en este asunto, la Superintendencia Nacional de Salud también está legitimada en la causa por pasiva.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Inmediatez ^[55]

La acción de tutela cumple con el requisito de inmediatez. Está acreditado que tras la cancelación del contrato de medicina prepagada el representante solicitó nuevamente la contratación del servicio con Colsanitas, solicitud que fue negada el 8 de junio de 2025 (§4). El 12 de junio siguiente el accionante presentó una petición de reconsideración ante dicha entidad y Colsanitas reiteró su negativa el 13 y el 25 de junio de 2025. Finalmente, el 17 de julio de 2025 el accionante interpuso la presente acción de tutela, es decir, dentro de un plazo razonable. Con todo, las presuntas barreras administrativas para la contratación del servicio de medicina prepagada para *Victoria* se mantienen, por lo que la vulneración alegada persiste.

Subsidiariedad

Los artículos 86 de la Constitución y 6° del Decreto 2591 de 1991 establecen que la acción de tutela es un mecanismo residual y subsidiario, es decir, que sólo se puede utilizar cuando no exista otro medio de defensa judicial disponible en el ordenamiento jurídico. Ahora bien, si existiera otro mecanismo el juez constitucional deberá analizar si este medio es eficaz e idóneo, de conformidad con las especiales circunstancias del caso que se estudia. Igualmente, la tutela procederá como mecanismo transitorio cuando se presente la posible ocurrencia de un perjuicio irremediable que ponga en riesgo la afectación de los derechos fundamentales del peticionario.

Ahora, esta corporación ha sostenido que en los casos que se plantean discusiones sobre planes adicionales de salud o de medicina prepagada, ni el mecanismo jurisdiccional o proceso ordinario ante la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 41 de la Ley 1122 de 2007) ni la acción resolutoria o de cumplimiento (artículo 1546 del Código Civil), constituyen un mecanismo idóneo o eficaz para exigir la prestación de los servicios de salud^[56].

Sobre el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia, la Corte ha considerado que existen condiciones estructurales y normativas que impiden atribuirle dichas características^[57]. Por ello, para esta Corte “mientras persistan las dificultades para el ejercicio de dichas facultades, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia de Salud no se entenderá como un medio idóneo y eficaz para la protección inmediata de los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en consecuencia, la acción de tutela será el medio adecuado para garantizar dichos derechos”^[58].

Posición que, además, fue reiterada en Sentencia SU-508 de 2020, en la cual la Corte indicó que “el juez de tutela deberá verificar varios elementos: a) si la función jurisdiccional es idónea y eficaz; b) si el asunto versa sobre la negativa o la omisión en prestación de servicios y tecnologías en salud y; c) la posible afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección, como los niños y los adultos mayores”^[59].



La acción de tutela cumple con el requisito de subsidiariedad. En el caso concreto, se evidencia que *Victoria* es una menor de edad y, por tanto, un sujeto de especial protección constitucional. Además, padece de un delicado cuadro clínico -cáncer cerebral (meduloblastoma) con metástasis en la columna vertebral, entre otras patologías – que exige una atención continua. En este contexto, una eventual negativa o interrupción en la continuidad de la prestación de los servicios de salud podría comprometer sus derechos fundamentales. Por ello, esta circunstancia resulta relevante y justifica flexibilizar el requisito de subsidiariedad de la acción, incluso ante la existencia de otros medios ordinarios para controvertir asuntos relacionados con el contrato de medicina prepagada, como se pasa a explicar. Exigir que la menor acuda a un procedimiento ante la Superintendencia o a la acción civil resulta desproporcionado.

Con todo, y como se mencionó en los antecedentes, el accionante presentó una PQRD ante la Superintendencia Nacional de Salud solicitando su intervención para que Colsanitas reconsiderara la negativa de afiliación de la niña al plan de medicina prepagada^[60]; sin embargo, dicha actuación no resultó eficaz.

En efecto, mediante comunicación del 13 de junio de 2025 (§5), la aludida Superintendencia ordenó a Colsanitas “garantizar el derecho dando cumplimiento a la orden médica y/o servicios requeridos por el usuario y/o relacionada con el [reclamo] número 0000 y expedida a favor del usuario [*Victoria*]”^[61]. La Sala observa que dicha orden no guarda relación con la solicitud del accionante, consistente en la afiliación de *Victoria* al Plan de Medicina Prepagada de Colsanitas. Esta circunstancia pone de presente que no se efectuó un análisis del caso ni se valoró la condición de salud de la niña, sujeto de especial protección constitucional, lo que refuerza el hecho de que actualmente acudir a la Superintendencia no resulta un medio idóneo ni eficaz para la protección de sus derechos fundamentales. Esta circunstancia refuerza la conclusión de que acudir al medio judicial ante la Superintendencia carecía de eficacia, pues una simple petición no fue respondida de manera congruente.

Ahora, sobre la acción civil, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que, si bien los planes de medicina prepagada se enmarcan en una relación contractual entre particulares, no puede pasarse por alto que (i) involucran la prestación del servicio público de salud, (ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a estas entidades, en la medida que dichas empresas tienen bajo su control los mecanismos que determinan el acceso a servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales, al punto de que “en la práctica, son ellas las que deciden de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato”^[62], (iii) en el caso de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos se consideran de adhesión, lo que implica que las cláusulas son redactadas por las empresas y rara vez son discutidas con el contratante, situación que ubica en una posición de desventaja y lo convierte en la parte débil de la relación contractual^[63] y (iv) cuando se habla de sujetos en condición de vulnerabilidad, no puede



considerarse el asunto como una simple controversia contractual^[64]. Por el contrario, la discusión involucra la amenaza de derechos fundamentales como la vida, la salud y la dignidad de sujetos de especial protección constitucional, de tal manera que adjudicarle la carga de acudir a la jurisdicción civil a una persona en situación de vulnerabilidad sería desproporcionado, máxime cuando se trata de una niña con una grave condición de salud. En consecuencia, la Sala encuentra que se satisface el requisito de subsidiariedad toda vez que los mecanismos ordinarios disponibles no son un medio idóneo ni eficaz para la protección de los derechos fundamentales de *Victoria*. Por lo anterior, verificada la procedencia de la acción, la Sala procederá a emitir un pronunciamiento de fondo sobre el asunto.

5. Planteamiento del problema jurídico y metodología de decisión

34. *Delimitación del caso.* Octavio, actuando en representación de su hija *Victoria* de 16 años y diagnosticada con cáncer cerebral y otras patologías, interpuso una acción de tutela en contra de Colsanitas – Medicina Prepagada por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la salud, con fundamento en el principio del interés superior del niño. Lo anterior por cuenta de la cancelación unilateral del contrato de medicina prepagada de la menor de edad debido a una mora transitoria en los pagos y la posterior negativa de la empresa de suscribir el contrato con fundamento en su autonomía de la voluntad privada.

35. La Sala, en ejercicio de su facultad para interpretar la acción y precisar los hechos y los derechos fundamentales cuya afectación se alega, enfocará su estudio^[65] en la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la salud, con fundamento en el interés superior de *Victoria*. Además, la Sala analizará si la EPS Sanitas vulneró el derecho a la salud de la menor de edad por la eventual falta de continuidad en el PHD, aun cuando el accionante no aludió expresamente a esta circunstancia.

36. Asimismo, teniendo en cuenta que el juez de tutela está habilitado para emitir fallos *extra* y *ultra petita*^[66], la Sala estudiará si a partir de los hechos expuestos la negativa de celebrar un contrato con los representantes de la menor de edad, sin expresar razones para el efecto, configura una vulneración del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, en sus facetas de continuidad y acceso a los servicios de salud, de acuerdo con los principios de igualdad y no discriminación.

37. *Planteamiento de los problemas jurídicos.* Una vez determinada la procedencia de la presente acción y delimitado el caso, le corresponde a la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional resolver los siguientes problemas jurídicos:

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



¿Vulneró la EPS Sanitas los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad, a la salud de *Victoria* por la eventual falta de continuidad en el Programa de Hospitalización Domiciliaria?

¿Vulneró Colsanitas- Medicina Prepagada los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad, el derecho a la salud -en sus facetas de continuidad y accesibilidad- así como los derechos a la igualdad y no discriminación de una menor de edad al cancelar unilateralmente el contrato que la cubría por mora y luego negarse a afiliarla a un plan de medicina prepagada en salud, alegando el principio de la autonomía de la voluntad privada?

38. *Metodología de decisión.* Para resolver los problemas jurídicos referidos esta Sala (i) reiterará la jurisprudencia sobre el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, en sus facetas de continuidad y acceso a los servicios de salud, en especial respecto de quienes padecen de cáncer, así como el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación. Seguidamente, se pronunciará sobre: (ii) la naturaleza jurídica de los planes adicionales de salud, el contrato de medicina prepagada y los límites del principio de autonomía de la voluntad privada. Y con base en el análisis anterior, procederá a (iii) resolver el caso concreto.

6. Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, en sus facetas de continuidad y acceso a los servicios de salud, en especial respecto de quienes padecen de cáncer, así como el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación.

39. La Carta Política en su artículo 49 dispone que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Por su parte, el artículo 44 establece que “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social (...)” y consagra la prevalencia de estos frente a los derechos de los demás.

40. Al respecto, esta Corte, en la Sentencia C-313 de 2014, señaló que “[e]ste predominio se justifica, entre otras razones, por la imposibilidad para estos sujetos de participar en el debate democrático, dado que sus derechos políticos requieren para su habilitación de la mayoría de edad. Esta consideración de los derechos del niño, igualmente encuentra asidero en el principio rector del interés superior del niño, el cual, ha sido reconocido en la Convención de los derechos del niño, cuyo artículo 3, en su párrafo 1, preceptúa que en todas las medidas concernientes a los niños, se debe atender el interés superior de estos (...)”.

41. Como se indicó, la Corte Constitucional ha reconocido a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de especial protección constitucional^[67], lo cual implica que la familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de “asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”^[68]. En este sentido, se ha considerado que si 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



prestadores de servicios de salud no orientan su actuación a la protección prioritaria de salud de un niño y con ello ponen en riesgo o vulneran sus derechos, no solo van en contra de la Constitución, sino también de las normas de derecho internacional aplicables a la materia^[69].

42. En concordancia con la anterior, la garantía del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes se ve reforzada por el marco previsto en el ordenamiento jurídico. La Ley Estatutaria de Salud - Ley 1751 de 2015 reconoce que la atención de esta población gozará de especial protección por parte del Estado y prevé la obligación para este último de implementar medidas concretas y específicas en aras de garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes^[70].

43. De manera más específica, el legislador también ha previsto medidas de protección para determinadas condiciones de salud, como el cáncer. Así, la Ley 2360 de 2024^[71], que modificó y adicionó la Ley 1384 de 2010^[72], también reconoce como sujetos de especial protección constitucional a quienes tengan sospecha o sean diagnosticados con cáncer. Asimismo, la Ley 2026 de 2020^[73] establece que la atención a niños con cáncer deberá prestarse de manera integral, preferente y continua. De igual forma, esta corporación ha reiterado la protección especial constitucional para las personas con cáncer^[74], dado que su tratamiento “no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta”^[75].

44. En este contexto, son relevantes los principios de continuidad del servicio de salud y de accesibilidad. Sobre la continuidad, el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015 establece que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Así, una vez inicia la prestación del servicio, este no puede interrumpirse por razones de índole administrativo o económico, máxime cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional como los son las niñas, los niños y los adolescentes.

45. Sobre este principio, la Corte Constitucional ha reiterado que las razones de carácter económico o administrativo no constituyen una justificación válida para negar, suspender o interrumpir la prestación del servicio de salud, incluso cuando la suspensión del servicio no resulte arbitraria o intempestiva^[76]. Asimismo, dado que las empresas de medicina prepagada participan en la prestación del servicio público de salud, se encuentran sujetas al principio de continuidad, por lo que los servicios adicionales de salud que ofrecen también deben garantizarse de manera ininterrumpida y oportuna^[77].

46. Bajo esta línea, la Corte ha precisado que no solo en los eventos en que la suspensión del servicio ocasione la muerte, el deterioro de la salud o la afectación de la integridad física permite calificar que la prestación del servicio es necesaria. Este tribunal también ha reconocido

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 existen situaciones “que desmejorar inmediata y gravemente las condiciones de una vida digna”^[78], lo que da lugar a ordenar la continuidad del servicio.

47. Ahora, en relación con el principio de accesibilidad, la Ley Estatutaria de Salud prevé que “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”^[79].

48. Conforme a lo reconocido por esta corporación, la accesibilidad comprende cuatro dimensiones: (i) la no discriminación, (ii) la accesibilidad física, (iii) la accesibilidad económica (asequibilidad) y (iv) el acceso a la información^[80]. Para los efectos de la presente providencia, adquiere especial relevancia el análisis de la dimensión de no discriminación, la cual será analizada a propósito del análisis de los principios de igualdad y no discriminación.

49. De acuerdo con la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, la dimensión de no discriminación supone que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”^[81].

50. En este mismo sentido, es importante resaltar que en materia de salud esta corporación ha reconocido que el derecho a la igualdad desde su triple rol de valor, principio y derecho puede ser alegado en cualquier trato diferenciado y aplicado en distintos ámbitos o quehaceres del ser humano. Asimismo, en lo que corresponde a la igualdad de trato, comporta dos supuestos de hecho: “(i) el de dar un mismo trato a supuestos de hecho equivalentes, siempre que no haya razones suficientes para darles un trato diferente; y (ii) el de dar un trato desigual a supuestos de hecho diferentes”^[82].

51. Bajo dicho marco, esta Corte también ha reconocido que del artículo 13 de la Constitución Política se derivan una serie de mandatos entre ellos, la prohibición de discriminación, “previsión que dispone que las actuaciones del Estado y los particulares no deban, *prima facie*, prodigar tratos desiguales a partir de criterios definidos como “sospechosos”^[83], referidos -entre otros- a motivos de género, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición”^[84].

52. En desarrollo de lo anterior, esta corporación ha precisado que los actos discriminatorios son aquellas conductas o actitudes que pretenden “consciente o inconscientemente, anular, dominar o ignorar a una persona o grupo de personas, con frecuencia apelando a



preconcepciones o prejuicios sociales o personales, y que traen como resultado la violación de sus derechos fundamentales”^[85]. Los actos discriminatorios requieren además del trato desigual, que dicha actitud sea injustificada^[86].

53. Asimismo, ha señalado la jurisprudencia que el uso de criterios sospechosos para establecer diferencias de trato genera la presunción de discriminación y vulneración del derecho a la igualdad. Sin embargo, también ha precisado que no toda distinción en estos criterios constituye automáticamente un trato discriminatorio. En este sentido, la Constitución “no prohíbe el trato desigual sino el trato discriminatorio porque de hecho el trato distinto puede ser obligatorio para ciertos supuestos, siendo el trato discriminatorio aquel que establece diferencias sin justificación constitucionalmente válida”^[87].

54. En este orden de ideas, para esta Sala utilizar criterios sospechosos frente al acceso a un derecho fundamental como la salud y respecto a grupos que tiene una especial protección constitucional, como lo son los niños, niñas y adolescentes, genera en principio un acto discriminatorio de carácter institucional, lo cual está prohibido.

55. Así las cosas, de conformidad con el marco constitucional, legal y jurisprudencial se puede concluir que: (i) la protección del derecho fundamental a la salud de niños, niñas y adolescentes tiene un carácter prevalente, pues ellos son sujetos de especial protección constitucional. Así, (ii) el Estado, la familia y la sociedad deben garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos; (iii) el principio de continuidad es una garantía del derecho a la salud, que impone a todas las entidades, incluidas las empresas de medicina prepagada, el deber de asegurar la prestación ininterrumpida de los servicios de salud; (iv) el principio de accesibilidad en salud exige que los servicios y tecnologías estén disponibles para todas las personas en condiciones de igualdad, con especial consideración respecto de los sujetos de especial protección constitucional; (v) las entidades prestadoras de servicios de salud deben orientar sus actuaciones para brindar una atención integral, oportuna, continua y sin dilaciones ni barreras administrativas; (vi) esta obligación se intensifica cuando se trata de niños con un diagnóstico oncológico, dada la gravedad de la enfermedad que padecen, aun cuando los vínculos con estos sean regidos por el derecho privado; y (vii) utilizar criterios sospechosos frente al acceso al derecho fundamental a la salud y respecto de niños, niñas y adolescentes genera un acto discriminatorio, lo cual está prohibido.

7. La naturaleza jurídica de los planes adicionales de salud, el contrato de medicina prepagada y los límites del principio de autonomía de la voluntad

56. La Ley 100 de 1993 en su artículo 169 habilitó la posibilidad a las Empresas Promotoras de Salud -EPS- de ofrecer planes voluntarios, también conocidos como complementarios de



salud, los cuales deben ser financiados en su totalidad por el afiliado. De acuerdo con el Decreto 780 de 2016^[88], los Planes Adicionales de Salud son un conjunto de beneficios y servicios de carácter voluntario y opcional, que constituyen un servicio privado de interés público, cuya prestación no es obligación del Estado y que puede ser contratado de manera libre y espontánea por el usuario. Estos planes tienen tres modalidades: (i) planes de atención complementaria; (ii) planes de medicina prepagada; y (iii) pólizas de salud^[89].

57. Como lo ha reconocido esta corporación, los Planes Adicionales de Salud, en general, se estructuran como relaciones contractuales que se sujetan al derecho civil y comercial regidos por un contrato que “es ley para las partes”^[90] y que las obliga^[91]. Sin embargo, la naturaleza privada de la relación no implica que los derechos y principios constitucionales no deban ser aplicados en la suscripción o ejecución de los mismos^[92], pues este tipo de relaciones también tienen una dimensión constitucional, dada la naturaleza del servicio público de la salud y la consideración de esta como derecho fundamental. En consecuencia, la Corte Constitucional ha definido una serie de criterios para orientar la celebración de dichos contratos:

Tabla 7. Criterios aplicables a los Planes Adicionales de Salud

Criterios aplicables a los Planes Adicionales de Salud^[93]		
1	<i>Afiliación</i>	Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud sólo se pueden celebrar o renovar por quienes se encuentren afiliados al plan obligatorio de beneficios.
2	<i>Exámenes médicos previos</i>	Previo a la suscripción de un contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos para detectar preexistencias ^[94] , definir exclusiones y garantizar que el usuario decida con conocimiento la continuación del negocio jurídico.
3	<i>Buena fe y confianza</i>	El acuerdo de voluntades debe basarse en la buena fe y la confianza mutua entre contratantes.
4	<i>Cumplimiento y diligencia</i>	Las empresas prestadoras de planes adicionales de salud deben: i) Cumplir de manera estricta con todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario. ii) Prestar la atención médica con la debida diligencia, asegurando la atención médica que el afiliado requiera, a fin de que recupere o mejore su estado de salud o prevenga la aparición de nuevos padecimientos. iii) Actuar conforme al marco normativo que regula la materia.

5	<i>Prohibición de modificaciones unilaterales</i>	Durante la ejecución del contrato, la empresa no puede modificar las condiciones del contrato de manera unilateral.
6	<i>Responsabilidad compartida con la EPS</i>	Las empresas prestadoras de planes adicionales de salud no pueden desplazar a la EPS en su obligación de atender enfermedades cubiertas por el contrato.
7	<i>Exclusión de preexistencias</i>	Solo se excluyen del contrato aquellos padecimientos preexistentes del usuario, siempre que estén específica y expresamente consignados en el clausulado del contrato o sus anexos, de manera individualizada para el afiliado y con justificación constitucional.
8	<i>Nulidad de exclusiones generales</i>	Los contratos de prestación de servicios de salud que contengan exclusiones generales, imprecisas o ambiguas no son oponibles o válidas frente al usuario. Asimismo, esta corporación ha señalado que esta prohibición también aplica para las cláusulas que excluyan todas las enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias o los estudios para su diagnóstico ^[95] .
9	<i>Prohibición de abusos de posición dominante</i>	Al ser contratos de adhesión, las empresas prestadoras de planes adicionales de salud deben evitar abusos de posición dominante durante la celebración o ejecución del contrato, en especial, cuando las imposiciones u omisiones carezcan de respaldo en el contrato y vulneren derechos fundamentales.
10	<i>Resolución de dudas a favor del usuario</i>	En caso de duda, esta debe resolverse en favor de la parte débil de la relación contractual, sin perjuicio de que, en situaciones concretas, pueda demostrarse su mala fe, lo cual modifica los criterios jurídicos aplicables.

58. Bajo esta misma línea, la Corte Constitucional ha señalado que, aunque la naturaleza jurídica de los contratos de empresas de medicina prepagada determina que su suscripción y ejecución se rige por los principios de derecho privado y, en particular, con base en el principio de autonomía de la voluntad privada, que faculta a estas entidades para decidir libremente con quién contratan y si continúan con un vínculo comercial existente^[96], ello no se concibe como un poder ilimitado de autorregulación^[97]. Esto en la medida en que los efectos de los negocios jurídicos correspondientes deben ser compatibles con la protección del contenido esencial del derecho fundamental a la salud y con los demás derechos y principios constitucionales que le están vinculados^[98].

59. Asimismo, es importante indicar que la naturaleza privada de la referida relación no implica que los principios y derechos constitucionales no operen en la suscripción y ejecución 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



estos contratos. En la Sentencia T-274 de 2020, la Corte Constitucional señaló que “no es constitucionalmente válido sostener que el contenido del derecho de la salud sólo es predicable para el caso del sistema general de seguridad social y ajeno a los planes adicionales, con fundamento en la aplicación exclusiva de la legislación civil y comercial”^[99]. En este contexto, el efecto de irradiación de los derechos fundamentales^[100] -que además implica la eficacia directa en relaciones entre particulares- junto con la naturaleza de servicio público que corresponde a la actividad de medicina prepagada, principalmente genera tres consecuencias^[101].

Tabla 8. Reglas y consecuencias constitucionales aplicables a Planes Adicionales de Salud - PAS

Consecuencia	Descripción
Aplicación de los principios de la salud	La Corte Constitucional ha reconocido que los Planes Adicionales de Salud se rigen por los principios del derecho fundamental a la salud. En particular, ha señalado que “previsiones tales como la continuidad del servicio, el consentimiento informado de los pacientes y los principios de disponibilidad, no discriminación, asequibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad y calidad, entre otros, son exigibles en el marco de los planes obligatorios, al igual que los ofrecidos por la medicina prepagada” ^[102] .
Control estatal	Los servicios de medicina prepagada están sometidos a un control estatal “intenso” al estar vinculados a la salud bajo la modalidad de aseguramiento. Debido a lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia T-507 de 2017 afirmó que “por ende maneja recursos captados del público, por lo cual, conforme al artículo 335 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal es más intenso”.
Vigilancia y regulación de la Superintendencia Nacional de Salud	Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ^[103] aprobar los PAS y sus tarifas. Asimismo, aquella entidad debe verificar el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios en la materia.

60. De lo expuesto se puede concluir que los PAS: (i) hacen parte del servicio público de salud; (ii) se desarrollan mediante una relación contractual entre particulares; (iii) dan origen a un haz de relaciones jurídicas que deben ser comprendidas a partir de la buena fe contractual y la naturaleza de servicio público; y (iv) están sujetos a tres consecuencias que se vinculan con el contenido de los derechos fundamentales, esto es, se rigen por los principios de la salud, 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



actividad está sometida a control estatal y a vigilancia y regulación de la Superintendencia Nacional de Salud^[104].

61. Es así como, aunque los contratos de medicina prepagada se estructuran como relaciones de naturaleza privada y, por ende, se rigen por los principios del derecho civil y comercial, su ejecución no puede desligarse del marco constitucional que reconoce a la salud como un derecho fundamental y un servicio público esencial. En consecuencia, el principio de autonomía de la voluntad de las empresas prestadoras de planes adicionales de salud no constituye un “poder ilimitado”, ya que encuentra límites en la garantía de los derechos y principios constitucionales de los usuarios.

62. En este punto, es importante traer a colación la Sentencia T- 963 de 2014, en la que esta Corte analizó un caso similar al que ahora se estudia. En dicha oportunidad, se examinó la solicitud de amparo de dos menores de edad, quienes se encontraban afiliadas al plan de medicina prepagada con Colmédica desde 2007. Tras una suspensión por mora, la entidad se negó a reactivar el contrato alegando preexistencia y su facultad de aceptar o rechazar el contrato. Los jueces de instancia declararon la improcedencia de la acción al considerar que se trataba de un asunto contractual y que no existía un servicio urgente que justificara la intervención del juez de tutela.

63. Sin embargo, la Corte Constitucional concluyó que existió una vulneración del principio de continuidad en la prestación del servicio de salud dado que las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud no pueden suspender los servicios en aquel cuando la decisión tiene como fundamento consideraciones ajenas a la salud del usuario. Además, resaltó que en el caso de niñas y niños tal suspensión “puede tener consecuencias irremediables para el desarrollo armónico de la salud física y mental de menores en crecimiento”. Asimismo, consideró que la empresa de medicina prepagada no podía suspender el contrato de las niñas alegando una preexistencia, cuando estaban siendo atendidas desde la suscripción de aquel. Adicionalmente, la entidad omitió el deber de efectuar un examen médico antes de aceptar a las menores al plan y aceptó el pago de forma extemporánea, lo que la vinculó con el deber de continuar con la prestación del servicio.

64. En consecuencia, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional revocó los fallos de instancia, amparó el derecho a la salud de las niñas y, en consecuencia, ordenó a Colmédica la reactivación del contrato. Adicionalmente, advirtió a Colmédica que debía abstenerse de ejercer acciones que obstaculizaran el goce efectivo de los derechos fundamentales de sus usuarios, en especial cuando se trate de niños.

8. Análisis del caso concreto

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



65. El accionante, actuando en representación de su hija *Victoria*, diagnosticada con cáncer cerebral y otras patologías, interpuso una acción de tutela en contra de Colsanitas por la presunta vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la salud, así como el principio del interés superior del niño, esto tras la cancelación unilateral del contrato de medicina prepagada de la menor de edad debido a una mora transitoria en los pagos y la posterior negativa de la empresa de suscribir el contrato de medicina prepagada, argumentando el ejercicio de la autonomía de su voluntad privada.

66. Colsanitas solicitó la improcedencia de la acción y argumentó lo siguiente: (i) por su naturaleza privada se rige por el principio de autonomía de la voluntad y de libertad contractual, lo que le permite aceptar o rechazar solicitudes de afiliación sin necesidad de justificar su decisión; (ii) el contrato terminó por mora en el pago, situación que fue notificada oportunamente a *Octavio*, quien conocía las políticas de cancelación por incumplimiento contractual; (iii) el conflicto es de naturaleza civil y comercial, por lo que debe ser discutido ante la jurisdicción ordinaria y no a través de la acción de tutela; (iv) no existe voluntad por parte de la empresa de suscribir un nuevo contrato; y (v) no existe un perjuicio irremediable porque la niña recibe la prestación de servicios de salud a través de la EPS Sanitas.

67. Por su parte, la EPS Sanitas informó que la niña tiene afiliación vigente con la entidad y que se han garantizado servicios como el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) y las cirugías necesarias para su salud, siendo la última la “Derivación Ventrículo Peritoneal Derecha, válvula de Hakim”. Asimismo, informó que no hay nuevas órdenes de procedimientos médicos o quirúrgicos para la niña.

68. Así las cosas, en relación con el primer problema jurídico, la Sala Cuarta de Revisión encuentra que la EPS Sanitas no ha vulnerado los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad y a la salud de la niña, pues como se probó dentro del trámite de la acción y de acuerdo con lo manifestado por las partes, dicha entidad garantizó la prestación de los servicios de salud de la niña y mantiene vigente la orden de PHD. Además, fue la entidad la que dispuso y realizó la cirugía de “Derivación Ventrículo Peritoneal Derecha, válvula de Hakim” el 21 de julio 2025, lo que en principio demuestra que aquella ha prestado los servicios de salud de la menor de edad. Por lo anterior, la Sala concluye que no hubo vulneración de los derechos de *Victoria* por parte de EPS Sanitas.

69. Ahora bien, aunque en principio no se observa una vulneración de los derechos por parte de la EPS, la Sala encuentra que podría haberse presentado una barrera administrativa con la actuación de aquella. Según lo manifestó el padre de la menor de edad (p.p.15), el día 18 de julio de 2025 “funcionarios médicos de la Clínica Pediátrica de COLSANITAS informaron al suscrito



que la EPS SANITAS negó la autorización para la intervención quirúrgica que debe ser practicada urgentemente a la menor *Victoria*, consistente en el retiro de la válvula de Hakim actualmente expuesta e infectada, ubicada en su cráneo”. Para la Sala, dicha situación pudo retrasar la práctica de un procedimiento quirúrgico urgente del cual dependía la salud de una niña. Por lo anterior, la Sala conminará a la EPS Sanitas para que en el futuro no incurra en conductas que puedan afectar los derechos fundamentales de *Victoria*.

70. Ahora, en relación con la empresa de medicina prepagada Colsanitas, la Sala precisa que de acuerdo con lo probado dentro del trámite de revisión, el contrato de Medicina Prepagada de Colsanitas n.º 0000 inicialmente fue suscrito por *Juliana*, quien afilió a su hija *Victoria*. Tal contrato fue el cancelado por Colsanitas. Tras la referida cancelación, *Octavio*, padre de *Victoria*, solicitó una nueva afiliación bajo el radicado n.º 0000; esta solicitud fue negada el 8 de junio de 2025, aduciendo la naturaleza privada del contrato y la facultad de Colsanitas para aceptar o rechazar la inclusión de un usuario sin “necesidad de argumentar las razones por las cuales adoptó la [decisión]”.

71. Bajo esta premisa, la Sala entra a analizar el segundo problema jurídico. Frente a aquel advierte que no hubo vulneración de los derechos de *Victoria*, en particular, los relativos a la vida, a la dignidad y a la salud, en su faceta de continuidad, al cancelar unilateralmente el contrato de medicina prepagada por mora. Sobre este punto es importante resaltar que los contratos de medicina prepagada son acuerdos de voluntades de naturaleza privada, que se rigen por el derecho civil y comercial y que es el contrato el que fija las reglas vinculantes para las partes.

72. De acuerdo con lo manifestado por aquellas, se encuentra probado que existió mora en el pago de las mensualidades correspondientes a enero y febrero de 2025. El último pago de medicina prepagada efectuado por los representantes de *Victoria* cubría hasta el 31 de diciembre de 2024. Asimismo, mediante comunicación del 5 de febrero de 2025, la Dirección de Cartera y Recaudo de Medicina Prepagada de Colsanitas informó a *Juliana*, como contratante titular del plan de medicina prepagada por el que se afilió a *Victoria*, que a la fecha registraba una mora por valor de \$1.520.400 por concepto de cuotas, invitándola a ponerse al día antes del 19 de febrero de 2025, para evitar la cancelación del contrato^[105].

73. Ahora, se entiende que el incumplimiento de los plazos pactados daría lugar a la activación de la condición resolutoria, con lo cual se generaría la cancelación del contrato y la terminación de la relación entre las partes. No obstante, es importante considerar cuál era la situación de la menor de edad al momento de la terminación del contrato de medicina prepagada, en particular si se encontraba en algún tratamiento médico que, más allá de la voluntad de la empresa prestadora de planes adicionales de salud, exigiera que no se interrumpiera el servicio por razones de índole administrativo o económico y, por ende, que se continuara con la



prestación de los servicios de salud, en consonancia con el principio del interés superior de la niña y la garantía de sus derechos fundamentales.

74. Sobre este asunto, la Sala encuentra que, para la fecha de terminación del contrato, *Victoria* no se encontraba en ningún tratamiento médico que fuera asumido o que estuviera siendo prestado por la empresa de medicina prepagada. En concreto, su diagnóstico de cáncer cerebral (meduloblastoma) con metástasis en la columna vertebral, era una de las preexistencias codificadas en el contrato de medicina prepagada^[106] y dicha patología estaba siendo tratada por la EPS Sanitas. Según la respuesta de EPS Sanitas, *Victoria* cuenta con un plan de manejo médico de mantenimiento enfocado en el soporte de las actividades básicas cotidianas. Este esquema incluye el suministro de insumos médicos y tratamiento farmacológico esencial, entre ellos, “bolsa de nutrición enteral 1500 ml, gasa adhesiva stretch y fólico- acido+ hierro polimeltosado”^[107].

75. Asimismo, la EPS Sanitas fue la responsable de realizar, en el marco de la cobertura de los servicios de salud de su afiliada, la “Derivación Ventrículo Peritoneal Derecha, válvula de Hakim”. Por el contrario, según los reportes de Colsanitas, el último servicio o atención prestada a *Victoria* data del 15 de julio de 2024, lo que corresponde a una autorización de estancia hospitalaria en UCI en la Clínica Pediátrica del 04 al 15 de julio de 2024 bajo el diagnóstico de “insuficiencia respiratoria, no especificada + J44.0 enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías + falla ventilatoria en curso intervenida con mascara de no reinhalación secundaria a: Infección por adenovirus - enfermedad pulmonar crónica multifactorial con exacerbación actual”. Posterior a ello, no hay registro de servicios o autorizaciones por parte de Colsanitas.

76. En lo que concierne a la continuidad del vínculo terapéutico de la niña con el equipo médico de la Clínica Pediátrica de Colsanitas (§ 32), la Sala observa que el contrato de medicina prepagada estuvo vigente desde el 1° de septiembre de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2024. En efecto, Colsanitas autorizó y brindó diferentes servicios médicos, entre ellos, terapias físicas y respiratorias, hospitalizaciones en piso y unidades de cuidado intensivo para el manejo de patologías asociadas a meduloblastoma, hidrocefalia y episodios reiterados de insuficiencia y fallas respiratorias, lo que en principio indica que pudo crearse un “vínculo” de la menor de edad con la Clínica Pediátrica de Colsanitas. No obstante, la terminación de dicho vínculo no implicó una afectación al derecho a la salud de la menor de edad, pues no se interrumpió la continuidad del servicio, dado que los mismos fueron prestados por la EPS a través de otras instituciones.

77. En este orden de ideas, la Sala concluye que con la cancelación del contrato de medicina prepagada no se vulneró el derecho a la salud ni se afectó el principio de continuidad en la atención de la niña, toda vez que, en el caso concreto, la menor de edad no se encontraba



recibiendo algún tratamiento por parte de Colsanitas ni tenía órdenes pendientes de ejecutar por aquella entidad. Además, los servicios de salud necesarios fueron garantizados por la EPS Sanitas.

78. En lo relativo a la presunta vulneración del derecho a la salud en su faceta de accesibilidad, específicamente en la dimensión de no discriminación, así como de los derechos a la igualdad y no discriminación, la Sala procede a analizar la negativa de Colsanitas a afiliarse nuevamente a la menor de edad al plan de medicina prepagada.

79. Si bien Colsanitas cuenta con la facultad de contratar bajo el principio de la autonomía de la voluntad privada—para aceptar o rechazar nuevas solicitudes de afiliación— y no se encuentra obligada a motivar toda negativa de nueva afiliación, dicha potestad no es absoluta, pues debe ejercerse con respeto de los principios y derechos fundamentales, en este caso, de *Victoria*. Su aplicación no puede traducirse en una afectación concreta y material de estas prerrogativas, ni configurar un abuso de posición dominante, especialmente cuando la decisión impacta a una niña titular de especial protección constitucional, pues como se señaló, las empresas de medicina prepagada no tienen un poder “ilimitado”.

80. En este orden de ideas, la Sala advierte que, en este asunto, la negativa de afiliación por parte de Colsanitas se dio a partir de un criterio sospechoso en relación con el acceso al derecho fundamental a la salud, en particular al portafolio de servicios que ofrece dicha entidad, configurándose un acto discriminatorio, lo cual está prohibido (§55). Esto porque, aunque en general la entidad no está obligada a exponer las razones en las que se funda la decisión negativa, en el caso particular y ante la concurrencia de circunstancias excepcionales, era necesario que se brindara una justificación sobre el por qué no se aceptaba la afiliación, a pesar de que el afiliado y la menor tuvieron un vínculo amplio con la entidad.

81. Ahora, los argumentos expuestos por la empresa accionada carecen de una justificación concreta, pues se limitaron a invocar la autonomía de la voluntad privada. A partir de esta ausencia de justificación, la Sala presume que en este caso la negativa estuvo fundada en un acto discriminatorio sustentado en un criterio sospechoso de discriminación a partir del estado de salud de la menor. En consecuencia, el hecho de que la empresa de medicina prepagada no ofreciera razones sobre la negativa, constituye una barrera para que la menor de edad acceda a los servicios o beneficios que podría tener con la continuidad de su afiliación al plan de medicina prepagada en salud.

82. Particularmente, respecto al caso *sub examine* para esta Sala no es de recibo que la entidad manifieste que no tiene la obligación legal de justificar las razones de su decisión (§17), sobre todo porque la negativa a la afiliación incide en el ejercicio de los derechos respecto de un



sujeto de especial protección constitucional, como lo es *Victoria*, una menor de edad con diagnóstico oncológico con metástasis, el cual era conocido por la entidad aseguradora. En el caso que acá se estudia, la entidad de medicina prepagada no podía simplemente ampararse en el principio de voluntad contractual para negar una afiliación; por el contrario, y como se indicó, su decisión debía estar motivada en razones objetivas, de manera que se verificara que no estaba incurriendo en una actuación discriminatoria.

83. En esta misma línea, para la Sala resulta cuestionable que la entidad se niegue a afiliarse nuevamente a la menor de edad luego de haberle prestado diversos servicios de salud en el marco del contrato de medicina prepagada, el cual estuvo vigente por más de nueve años. Esta situación permite inferir, como se dijo, que la entidad conocía de manera previa el diagnóstico y la condición de salud de la menor de edad, lo que da sustento a la presunción de la configuración de un acto discriminatorio.

84. Por lo anterior, y en lo que concierne a este caso, para la Sala Cuarta de Revisión el hecho de que Colsanitas negara la afiliación de la menor de edad sin presentar siquiera un argumento objetivo, más allá de ampararse en el principio de voluntad contractual, se traduce en un acto de discriminación fundado en un criterio sospechoso (§51-53) y, en consecuencia, concreta la vulneración del derecho a la salud en su dimensión de accesibilidad y también de los derechos a la igualdad y no discriminación. En este sentido, bajo el principio probatorio de inversión de la carga de la prueba, correspondía a Colsanitas demostrar que su decisión no constituyó un acto de discriminación^[108]. Por ello, la Sala ordenará a Colsanitas que en este caso particular estudie nuevamente la solicitud de afiliación presentada por *Octavio* a fin de que, en el marco de la autonomía de la voluntad privada y bajo criterios objetivos razonables y transparentes, conforme los mandatos constitucionales, revise la afiliación de *Victoria*, teniendo en cuenta la condición de sujeto de especial protección constitucional que ostenta la menor de edad.

85. La decisión que se adopte deberá estar debidamente motivada, con una exposición clara y suficiente de las razones que la sustentan y los criterios que fueron considerados. En particular, la entidad deberá demostrar que su decisión no obedece a un acto discriminatorio respecto de *Victoria*. En este sentido, no será válido ampararse simplemente en el principio de autonomía de la voluntad privada, en la facultad discrecional de la empresa o en sostener que no existe una norma que obligue a la entidad a señalar las razones de su decisión.

8.1. Conclusiones y remedios

86. **Conclusiones.** La Corte Constitucional concluyó que EPS Sanitas no vulneró los derechos fundamentales de la niña porque garantizó de manera continua la atención médica

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



requerida. Sin embargo, debido a que el 18 de julio de 2025, esa entidad negó una primera autorización para la intervención quirúrgica, la Sala consideró que se generó una barrera administrativa que pudo afectar el ejercicio efectivo de los derechos de la menor de edad (§69). Frente a Colsanitas, la Sala determinó que no hubo una vulneración de los derechos a la salud, vida digna ni del principio de continuidad de *Victoria* con la cancelación del contrato de medicina prepagada, ya que su actuar se ajustó a las condiciones pactadas ante la mora comprobada. Además, la menor no recibía tratamientos a cargo de la entidad de medicina prepagada al momento de la cancelación del contrato y su atención fue garantizada por la EPS Sanitas (§77).

87. Ahora, respecto a la negativa de Colsanitas de volver a afiliar a *Victoria* de acuerdo con la solicitud presentada por su representante legal, la Sala consideró que aunque la empresa de medicina prepagada cuenta con el ejercicio de la autonomía de la voluntad privada, este no es absoluto pues debe respetar los derechos y principios constitucionales. En concreto, la Sala presumió que en este caso la negativa estuvo fundada en un acto discriminatorio sustentado en un criterio sospechoso de discriminación por el estado de salud de la menor, lo que impuso una barrera de acceso al portafolio de servicios de salud derivados del contrato. En consecuencia, la Sala de Revisión concluyó que Colsanitas vulneró los derechos a la salud, en su dimensión de accesibilidad, así como de los derechos a la igualdad y no discriminación de *Victoria*.

88. **Remedios constitucionales.** Conforme a lo estudiado en la primera cuestión previa, la Sala Cuarta de Revisión declarará la improcedencia de la solicitud de medida provisional presentada por el accionante. Por otra parte, revocará la sentencia de segunda instancia proferida por el Juzgado 040 Civil del Circuito de Bogotá y en su lugar negará el amparo de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad, a la salud -principio de continuidad- de *Victoria*. Por otro lado, amparará el derecho fundamental a la salud – en su dimensión de accesibilidad, así como los derechos a la igualdad y a la no discriminación de la menor de edad como sujeto de especial protección constitucional y, en consecuencia, ordenará a Colsanitas que en el término de cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de esta providencia, revise nuevamente la solicitud de afiliación al plan de medicina prepagada y adopte una decisión motivada bajo criterios razonables y no discriminatorios, teniendo en cuenta que tal pedimento se realiza en favor de una menor de edad, sujeto de especial protección constitucional.

89. Finalmente, la Sala conminará a EPS Sanitas para que en el futuro no incurra en conductas que puedan afectar los derechos fundamentales de *Victoria*.

III. 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



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

RESUELVE

Primero. DECLARAR IMPROCEDENTE la solicitud de medida provisional presentada por *Octavio*, en representación de su hija *Victoria*.

Segundo. REVOCAR la sentencia de segunda instancia proferida por el Juzgado 040 Civil del Circuito de Bogotá, el 29 de agosto de 2025, que confirmó el fallo proferido por el Juzgado 014 Civil Municipal de Bogotá, el 24 de julio de 2025, mediante la cual se negó el amparo de la acción de tutela presentada por *Octavio*, en representación de su hija *Victoria*, en contra del Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada y la EPS Sanitas S.A.S. En su lugar, **NEGAR** el amparo de los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad, a la salud- en su dimensión de continuidad- de *Victoria*.

Tercero. AMPARAR el derecho fundamental a la salud en su faceta de accesibilidad, así como los derechos a la igualdad y a la no discriminación de *Victoria*, como sujeto de especial protección constitucional. En consecuencia, **ORDENAR** a Colsanitas S.A. – Medicina Prepagada que, en el término de cinco (5) días hábiles contados a partir de la notificación de esta providencia, en el marco del ejercicio de la autonomía de su voluntad privada y bajo criterios objetivos y transparentes, conforme con los mandatos constitucionales, evalúe la solicitud de afiliación al plan de medicina prepagada presentada por *Octavio* en favor de su hija menor de edad *Victoria*, según los criterios de representación jurídica aplicables y adopte una decisión motivada bajo criterios razonables y no discriminatorios, teniendo en cuenta la condición de sujeto de especial protección constitucional que ostenta.

Cuarto. CONMINAR a la EPS Sanitas para que en el futuro no incurra en conductas que puedan afectar los derechos fundamentales de *Victoria*.

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



2.NORMATIVA



2.1.DECRETOS



2.1.1. Decreto 379 de 2026

por el cual se modifica el artículo 3.2.7.5 del Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confieren el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el parágrafo 2 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 9 de la Ley 797 de 2003, y en desarrollo del parágrafo 1 del artículo 89 de la Ley 2277 de 2022 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, estableció que para determinar el Ingreso Base de Cotización (IBC) de los trabajadores independientes por cuenta propia, y de aquellos que celebran contratos distintos a la prestación de servicios personales que implican subcontratación o compra de insumos, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) debía determinar un esquema de presunción de costos, atendiendo los datos estadísticos producidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables.

Que conforme a la norma citada, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), expidió las Resoluciones números 1400 de 2019, *por la cual se adopta el esquema de presunción de costos para los trabajadores independientes por cuenta propia cuya actividad económica sea el transporte público automotor de carga por carretera*, y 209 de 2020, *por la cual se adopta el esquema de presunción de costos para los trabajadores independientes por cuenta propia y los trabajadores independientes con contratos diferentes a prestación de servicios personales, conforme a su actividad económica*.

Que mediante Sentencia C-068 de 2020, la Corte Constitucional declaró inexecutable el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, por infracción al principio de unidad de materia previsto en el artículo 158 de la Constitución Política, con efecto diferido a dos (2) legislaturas, con el objetivo de garantizar seguridad jurídica a los trabajadores independientes que en uso de dicha disposición decidieron voluntariamente realizar aportes al Sistema de Seguridad Social 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



Que en virtud de la decisión adoptada por la Corte Constitucional mediante la cual se declaró inexecutable el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, las Resoluciones números 1400 de 2019 y 209 de 2020 carecen de efectos legales, por cuanto el sustento normativo que les daba origen fue retirado del ordenamiento jurídico.

Que en el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011, determinó que *“se presume la capacidad de pago y, en consecuencia, están obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente: 33.1 Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio; 33. 2 Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo y; 33.3 Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno nacional”*, y le ordenó a este reglamentar el sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas.

Que la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado en sentencia con radicación 25000-23-41-000-2022-00033-01 de fecha 5 de mayo de 2022 dispuso: *“(…) ACCEDER a las pretensiones de la demanda y, en consecuencia, ordenar al Gobierno nacional conformado por el presidente de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro de los seis meses siguientes a la notificación de esta providencia, expidan la reglamentación de que trata el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011, de conformidad con lo expuesto en esta providencia. (...)”*.

Que, en cumplimiento de la sentencia, se expidió el Decreto número 1601 de 2022 *“por el cual se sustituye el Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto número 780 de 2016*, mediante el cual, se adicionó el artículo 3.2.7.5 del citado Decreto número 780 de 2016 con el fin de establecer el procedimiento que deben seguir los trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios para la liquidación de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, el cual permite descontar de los ingresos brutos los costos asociados a la actividad económica en los términos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario, y demás normas que regulen las expensas realizadas en el desarrollo de cualquier actividad económica, o aplicar el porcentaje de costos conforme a la actividad económica, de acuerdo con el Anexo *“Esquema de presunción de costos”* derivado de los estudios técnicos desarrollados por la UGPP y la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social -DGRESS, y que fue incorporado en el Decreto número 780 de 2016.

Que el artículo 89 de la Ley 2277 de 2022 establece la forma en que los trabajadores independientes deben determinar el ingreso base de cotización (IBC) para el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social 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



Que en virtud de lo dispuesto en el párrafo primero del referido artículo, la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales del Sistema de la Protección Social (UGPP) debe determinar el esquema de presunción de costos, dirigido a los trabajadores independientes por cuenta propia y para quienes celebren contratos diferentes al de prestación de servicios personales que impliquen subcontratación y/o compra de insumos, atendiendo a los datos estadísticos producidos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables.

Que la realidad económica de los trabajadores independientes en Colombia ha presentado cambios considerables, especialmente en lo que respecta al mercado laboral y a la inflación, según información obtenida de las declaraciones tributarias y estudios sectoriales de los cuales se derivaron porcentajes de costos representativos de cada actividad económica, por lo cual, resulta indispensable actualizar el esquema de presunción de costos para ajustarlo a la realidad económica vigente, razón por la cual se hace necesario modificar el artículo 3.2.7.5 del Decreto número 780 de 2016 con el fin de establecer que, para la liquidación de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contrato diferente a prestación de servicios personales que impliquen subcontratación y/o compra de insumos o expensas, podrán aplicar el porcentaje de costos determinado por la UGPP.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1º. Modificación del artículo 3.2.7.5. del Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modifíquese el artículo 3.2.7.5. del Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

“Artículo 3.2.7.5. Procedimiento para liquidación de aportes. Los trabajadores independientes por cuenta propia y los independientes con contratos diferentes a prestación de servicios, para la liquidación de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, deberán atender el siguiente procedimiento:

1. Determinar el ingreso bruto.



2. *Descontar los costos asociados a la actividad económica, en los términos establecidos en el artículo 107 y siguientes del Estatuto Tributario, y demás normas que regulen las expensas realizadas en el desarrollo de cualquier actividad económica, atendiendo las exigencias para la validez de dichos documentos o aplicar el esquema de presunción de costos que para el efecto y mediante Resolución, expida o actualice la UGPP en ejercicio de la facultad legal prevista en el artículo 89, parágrafo primero, de la Ley 2277 de 2022.*
3. *Calcular y efectuar el aporte correspondiente al Sistema de Seguridad Social Integral sobre el ingreso que corresponda.*

Parágrafo. *La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) en el ejercicio de sus facultades, podrá exigir al aportante los soportes de los costos de sus actividades económicas que le sirvieron de base para determinar el ingreso neto, en caso de no contar con ellos, dicha Unidad tomará el coeficiente de costos determinado en la Resolución que para el efecto expida dicha entidad, según corresponda a la actividad principal reportada en la declaración de renta del período fiscalizado”.*

Artículo 2º. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial*, modifica el artículo 3.2.7.5 del Título 7 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y deroga su anexo técnico.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



2.1.2. Decreto 380 de 2026

por el cual se establecen los requisitos técnicos para la fortificación obligatoria del arroz blanco o pilado, harina de maíz y harina de trigo que se producen, importan y comercializan dentro del territorio nacional.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, especialmente de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 564 y .565 de la Ley 9 de 1979 y el artículo 9 de la Ley 1355 de 2009 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 65 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 1 de 2025, dispone que el Estado garantizará el derecho humano a la alimentación adecuada, de manera progresiva, con un enfoque intercultural y territorial, y a estar protegido contra el hambre y las distintas formas de malnutrición.

Que mediante la Ley 170 de 1994, Colombia aprobó el Acuerdo por el que se establece la Organización Mundial del Comercio (OMC), sus acuerdos multilaterales anexos, entre los que se encuentra, el “*Acuerdo sobre aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias*” y el “*Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio*” que reconocen el derecho de los Países Miembros para adoptar las medidas necesarias encaminadas a la protección de la vida y la salud humana y expedir los reglamentos técnicos necesarios a fin de garantizar, entre otros, la seguridad y calidad de todos los productos, comprendidos los industriales y agropecuarios y la prevención de prácticas que puedan inducir a error a los consumidores.

Que, en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia convocada por las Naciones Unidas en 1990, en la cual participó Colombia, se adoptó la “*Declaración sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños*” y el Plan de acción para su implementación, documentos en los que se establecieron compromisos para erradicar el hambre y la desnutrición.

Que posteriormente en la Segunda Conferencia Internacional de Nutrición realizada en Roma en 1992, Colombia hizo parte de la suscripción de la “*Declaración de Roma sobre la Nutrición*”, en la que se reafirmó el derecho de todas las personas a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



suficientes, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre.

Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley 1098 de 2006 - Código de la Infancia y la Adolescencia, los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una buena calidad de vida, que implica la generación de condiciones que les aseguren, entre otros aspectos, una alimentación nutritiva y equilibrada.

Que el Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES) aprobó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), documentada en el Conpes Social 113, en el que se estableció como estrategia para el abordaje de la problemática en torno a la seguridad alimentaria y nutricional, el seguimiento y evaluación de las estrategias para prevenir y controlar las deficiencias de micronutrientes, así como fortalecer el sistema de garantía de la calidad de los alimentos fortificados con micronutrientes.

Que el artículo 9° de la Ley 1751 de 2015 establece que es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, entendidos como factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, los cuales inciden en el goce efectivo del derecho a la salud.

Que de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN - 2015), existen deficiencias de micronutrientes tales como Hierro, Zinc y Vitaminas A, B12 y D en la población colombiana.

Que en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo técnico del Comité Nacional para la prevención y control de deficiencia de micronutrientes (CODEMI), cuyo objetivo es prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con énfasis en niños y niñas hasta 12 años, gestantes y mujeres en edad fértil, se determinaron líneas de acción para su cumplimiento, dentro de las que se incluye la fortificación de alimentos, para mejorar el estado de micronutrientes de la población, como el arroz, harina de maíz y harina de trigo.

Que la harina de trigo es uno de los insumos más importantes para la fabricación de productos de panadería, según la Hoja de Balance de Alimentos Colombianos de ICBF (2016), como galletas, pastas alimenticias, entre otros, así también la harina de maíz para la producción 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



arepas; del mismo modo, el arroz es el alimento de mayor consumo en Colombia, según la ENSIN - 2015, y en tal sentido se constituyen en alimentos básicos en la dieta de la población colombiana, según la canasta básica del DANE y el grupo de alimentos prioritarios del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2012- 2019).

Que a través de la Resolución número 3003 del 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana, con el fin promover una dieta balanceada y saludable, determinando las cantidades adecuadas para cada grupo de edad, sexo, estado fisiológico y actividad física para la población colombiana.

Que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), expidió el documento “*Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes (2017)*”, como recurso para los gobiernos y organismos, en el que se proporcionan directrices e información relacionada con los beneficios, limitaciones, diseño, aplicación, vigilancia, evaluación, beneficio en relación con el costo y la reglamentación de la fortificación de alimentos, particularmente en países en desarrollo.

Que la metodología para definir los alimentos o materias primas fortificadas incluyó las siguientes fases: identificación de fuentes de micronutrientes en la población identificación de consumo promedio de los tres alimentos por grupo de edad, identificación de grupo indicador de la fortificación acorde a recomendaciones y nivel e ingesta máximo tolerable (UL), definidos en las RIEN, cálculo de consumo promedio ponderado por alimento según frecuencias de la ENSIN, cálculo de micronutrientes con base en consumo promedio ponderado por tipo de producto, identificación de aporte con la fortificación, comparación de fuentes de fortificación con el UL según grupo de riesgo y definición de escenarios de fortificación, así como se fundamentó en las directrices contenidas en el documento ‘Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes (2017)’.

Que el documento CONPES 3816 de octubre 2 de 2014 denominado 2 Mejora Normativa: Análisis de Impacto”, recomendó adelantar las acciones necesarias para institucionalizar el Análisis de Impacto Normativo (AIN) en la producción regulatoria del país, con el objeto de garantizar que las futuras normas cumplan con requisitos conceptuales, económicos y estándares mínimos, que permitan valorar su efectividad, justificación, impacto y, en general, su calidad.

Que el Decreto número 1944 de 1996 reglamentó la fortificación de harina de trigo para suplir 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



micronutrientes en la dieta colombiana, como la Vitamina B1, Vitamina B2, Niacina, Ácido Fólico, Hierro y Calcio, para proteger la vida, la salud, la seguridad humana, prevenir las prácticas que puedan inducir a error o engaño al consumidor, y estableció condiciones de comercialización, rotulado, vigilancia y control; sin embargo, se evidencia una prevalencia sostenida en las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana y en las deficiencias de ingesta.

Que adicionalmente, las condiciones sanitarias exigidas para las actividades de procesamiento, fortificación, control de calidad, envasado, etiquetado, importación y comercialización de alimentos para consumo humano, se encuentran desactualizadas y que el estado nutricional de la población, específicamente lo concerniente a las deficiencias de micronutrientes hacen necesaria su actualización, conforme a los criterios técnicos actuales, por lo cual le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social expedir esta reglamentación, conforme a las competencias asignadas a esta cartera.

Que de acuerdo con las buenas prácticas de reglamentación técnica establecidas en el Decreto número 1468 de 2020, para la expedición o modificación de reglamentos técnicos, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló para el año 2020 el AIN denominado “Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia”, bajo el cual se concluyó que la mejor solución a la problemática identificada para el control y prevención de deficiencia de micronutrientes, es la actualización de la regulación sanitaria en materia de fortificación de alimentos de consumo masivo como el arroz la harina de trigo y la harina de maíz.

Que el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, emitió concepto previo de que tratan los artículos 2.2.1.7.5.3 y 2.2.1.7.5.6 del Decreto número 1074 de 2015, en el que determinó que el proyecto: *por el cual se establecen los requisitos técnicos para producción, importación y comercialización de arroz, harina de maíz, harina de trigo y alimentos procesados, con fortificación obligatoria para consumo humano, tanto de producción nacional como importados*, se adecua a los lineamientos generales del Subsistema Nacional de la Calidad y que en principio, no restringirá el comercio más de lo necesario para alcanzar los objetivos legítimos ahí mencionados.

Que la presente iniciativa de reglamentación fue notificada internacionalmente a través del punto de contacto de Colombia sobre Obstáculos Técnicos al Comercio y Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (OTC/MSF), a la Organización Mundial del Comercio (OMC), mediante el documento identificado con las firmas: G/TBT/N/COL/255 del 7 de abril de 2022, y sus modificaciones G/TBT/N/COL/255/Add.2 del 8 de junio de 2022 y G/ TBT/N/COL/255/Add.2 del 3

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



de junio de 2025.

Que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), mediante radicado número 25-432904, emitió recomendaciones frente a la expedición de este decreto orientadas a: i) actualizar el estudio de costos de implementación del proyecto considerando la fragilidad de pequeños productores y empresarios, la concentración en la provisión de micronutrientes y las tensiones de la cadena arroceras; ii) realizar un mapeo del mercado de suministro de micronutrientes en Colombia, identificando la disponibilidad real de Ácido fólico, Vitamina A, Zinc, Hierro, Vitaminas B1, B2 y Niacina en las formulaciones y calidades exigidas para la fortificación, así como los agentes nacionales con capacidad de proveerlos; iii) incorporar en la memoria justificativa que la medida no constituye un obstáculo técnico al comercio.

Que asimismo, en el concepto de abogacía de la competencia, la SIC en relación con los artículos 4°, 5° y 6° del presente decreto recomendó: i) justificar técnicamente las razones por las que la fortificación del arroz importado, cuando este no cumpla con las disposiciones del reglamento técnico, debe realizarse en Colombia, mientras que en el caso de harinas de trigo y maíz importadas que no cumplan con las disposiciones del reglamento técnico, la realización de la fortificación en Colombia se concibe únicamente como una opción, y ii) precisar el alcance de los artículos 4°, 5° y 6° para evitar interpretaciones ambiguas. En lo referente al proyecto en general, recomendó incluir en la memoria justificativa o en el AIN las justificaciones técnicas, económicas y de política pública que sustentan las disposiciones contenidas en la versión final del proyecto.

Que frente a las recomendaciones presentadas por la SIC y, una vez realizado el análisis técnico correspondiente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, no se requiere actualizar el estudio de costos, en tanto los porcentajes de incremento del costo para la fortificación de los alimentos son bajos y, aunado a ello, se contempló la estructura del mercado de arroz, harina de maíz y harina de trigo, para que los pequeños productores y empresarios no enfrentaran cargas desproporcionadas; respecto a realizar un mapeo del mercado de suministro de micronutrientes en Colombia, no se considera necesario, en tanto el Análisis de Impacto Normativo (AIN) documenta la disponibilidad nacional e internacional suficiente, como resultado de los cálculos de la premezcla de los mismos micronutrientes. Igualmente, la medida que se toma con el presente acto administrativo no constituye un obstáculo técnico innecesario al comercio, pues del AIN desarrollado se constituyó en la mejor alternativa relación costo-beneficio, alineada con estándares internacionales y tiene un objetivo legítimo en relación con la salud pública, además de que cumplió con las debidas notificaciones 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



Que en relación con las recomendaciones presentadas por la SIC frente a los artículos 4°, 5° y 6° del proyecto de decreto, se considera unificar el criterio para que el arroz, la harina de trigo y la harina de maíz que se importe, puedan ser fortificados en Colombia, de acuerdo con los nutrientes y cantidades que se determinan en el presente decreto.

Que de acuerdo al numeral 2 del artículo 1° de la Ley 962 de 2005, y el artículo 3° del Decreto número 2106 de 2019, el Departamento Administrativo de la Función Pública emitió concepto con radicado número 20255010476351, en el que se indicó que con el proyecto de decreto: *“(...) no genera creación de trámites, razón por la cual no requiere el concepto favorable de que trata el numeral 2 artículo 1° de la Ley 962 de 2005, modificado por el artículo 39 del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 3° del Decreto Ley 2106 de 2019. (...)”*.

Que el numeral 20.1 del artículo 20 del Acuerdo 003 de 2017 del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), establece que es función de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas, evaluar y conceptuar técnicamente sobre nuevos aditivos y otras sustancias para ser utilizadas en los alimentos y bebidas, por lo que, si se requiere un nuevo compuesto para fortificar, además de los señalados en el presente acto administrativo, se deberá solicitar el respectivo concepto técnico a dicha instancia especializada.

Que conforme con lo anteriormente señalado, se considera necesario establecer una regulación que: (i) contribuya a superar las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con base en la fortificación obligatoria de los alimentos más consumidos por los habitantes del territorio nacional, como son el arroz, la harina de trigo y la harina de maíz (ii) facilite la producción para la fortificación de arroz, harina de maíz y harina de trigo de consumo humano; (iii) atienda las recomendaciones de la OMS para la fortificación de alimentos; (iv) proteja la salud humana y prevenga los posibles daños a la misma; y (v) establezca un plazo razonable para la entrada en vigencia para el cumplimiento de los nuevos requisitos, y en consecuencia derogar el Decreto número 1944 de 1996.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:
CAPÍTULO I
Disposiciones generales



Artículo 1°. Objeto. Establecer los requisitos técnicos para los procesos de fortificación obligatoria del arroz blanco o pilado, harina de maíz y harina de trigo que se producen, importan y comercializan dentro del territorio nacional, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas, de conformidad con la parte considerativa del presente acto.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente reglamento técnico se aplican en todo el territorio nacional a:

2.1 Arroz blanco o pilado de producción nacional o importado.

2.2 Harina de maíz y harina de trigo de producción nacional o importada que se comercialice en el territorio nacional, destinadas tanto para el consumo casero como para la elaboración y/o fabricación de derivados de las harinas.

Parágrafo: Se exceptúan del cumplimiento de este reglamento los siguientes productos:

a) Arroz orgánico.

b) El arroz y/o harina de arroz, que se encuentre como ingrediente en la formulación de alimentos para consumo humano envasados o empacados, ya sean de producción nacional o importados.

c) Arroz integral, parbolizado, variedades japónicas y las variedades de grano corto las cuales se utilizan específicamente para el sushi.

d) Arroces especiales, tales como: salvaje, arbóreo, basmati, jazmín, negro, rojo, dulce y sazonado.

Artículo 3°. Definiciones. Para la aplicación de este reglamento, se adoptan las siguientes definiciones:

Arroces especiales: arroces que no son de consumo masivo en Colombia, tales como: salvaje, arbóreo, basmati, jazmín, negro, rojo, dulce y sazonado.

Arroz blanco o pilado: granos de arroz a los cuales se les ha removido la cáscara, la mayor



parte de las capas exteriores del endospermo (pericarpio, tegumento y aleurona) y el embrión. También se conoce como arroz elaborado o blanqueado.

Arroz fortificado: Arroz al cual se le han agregado o adicionado los micronutrientes en las cantidades especificadas en el presente reglamento.

Arroz integral: Arroz descascarillado al que solo se le ha quitado la cascara exterior o gluma parte no comestible y que conserva el germen íntegro con la capa de salvado que lo envuelve, lo que le confiere un color moreno claro o pardo.

Arroz parbolizado o vaporizado: arroz descascarado o elaborado, que se obtiene remojando en agua el arroz con cáscara y sometiéndolo a un tratamiento térmico, de forma que se gelatinice completamente el almidón, seguido de un proceso de secado.

Derivados de las harinas: alimentos de consumo humano que contienen en su formulación como ingrediente principal a las harinas de trigo y/o maíz.

Fortificación: Adición de uno o más nutrientes esenciales a un alimento ya sea que esté(n) o no contenido(s) en el alimento, con el propósito de prevenir o corregir una deficiencia demostrada de uno o más nutrientes en la población o en grupos específicos de población.

Harina de arroz: producto que se obtiene por molienda y tamizado de granos de arroz (*Oriza sativa L.*), sanos, limpios, enteros o quebrados, con o sin cáscara, libre de impurezas y materia extraña que alteren su calidad.

Harina de maíz: Es el producto obtenido a partir de granos de maíz (*Zea mays L.*) o su endospermo, clasificados para el consumo humano, que han sido sometidos a procesos de limpieza, desgerminación (opcional), precocción y molienda o molturación.

Harina de maíz fortificada: Harina de maíz a la cual se le han agregado o adicionado los micronutrientes en las cantidades especificadas en este reglamento.

Harina de trigo: producto elaborado con granos de trigo común (*Triticum aestivum L.*), o trigo ramificado (*Triticum compactum Host.*), o combinaciones de ellos por medio de procedimientos de trituración o molienda en los que se separa parte del salvado y del germen, y el resto se muele hasta darle un grado adecuado de finura. Se incluye en esta definición las harinas reconstituidas.



Harina de trigo fortificada: Harina de trigo a la cual se le han agregado o adicionado los micronutrientes en las cantidades especificadas en el presente decreto.

Harinas reconstituidas: Es el producto constituido por la mezcla de harina refinada, salvado y germen, siempre que estos ingredientes sean añadidos al alimento en cantidades que aseguren que los componentes anatómicos endospermo amiláceo, salvado y germen estén presentes en la proporción típica que ocurre en la cariopsis intacta.

Ingrediente principal: es aquel o aquellos que se encuentren en mayor proporción y/o que se encuentren en el primer lugar en el listado de ingredientes, según la Resolución 5109 de 2005 o aquella que modifique o sustituya.

CAPÍTULO II

Fortificación de arroz blanco o pilado, harina de maíz y harina de trigo

Artículo 4°. Fortificación de arroz. El arroz blanco o pilado de producción nacional o importado, que se utiliza para el consumo humano directo y se comercialice en el territorio nacional, deberá estar fortificado con Ácido fólico, Hierro y Zinc, con adición de las siguientes cantidades mínimas de nutrientes por cada kilogramo de arroz:

Tabla 1. Nutrientes a fortificar en el arroz

Nutriente	Cantidad mínimas (mg/kg)	Compuesto vitamínico y/o mineral
Ácido fólico	2,0	Ácido pteroilmonoglutámico o ácido fólico Tetrametil hidro fólico L-metilfolato cálcico



Nutriente	Cantidad mínimas (mg/kg)	Compuesto vitamínico y/o mineral
Hierro	24	Pirofosfato Férrico Bisglicinato de hierro EDTA férrico sódico Fumarato ferroso encapsulado Gluconato ferroso encapsulado Difosfato férrico de sodio Citrato ferroso
Zinc	25	Óxido de zinc Bisglicinato de zinc Sulfato de zinc Mono-L-metionina-sulfato de zinc Picolinato de zinc Zinc metionina Zinc histidina Gluconato de zinc

Parágrafo 1°. La fortificación de este producto debe hacerse antes de su comercialización, a granel o empacado. En caso de ser arroz importado que no cumpla con las especificaciones contenidas en el presente reglamento, la fortificación puede realizarse en Colombia en establecimientos inspeccionados, vigilados y controlados por el Invima y las entidades territoriales de salud, para el procesamiento industrial, antes de su comercialización.

Paragrafo 2°. Para el caso de otros compuestos que no estén en la Tabla 1 y el fabricante o titular de registro desee utilizarlos, debe realizar una solicitud a la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del Invima, con el objetivo de obtener su aprobación.

Artículo 5°. Fortificación de Harina de Maíz. La harina de maíz para consumo humano de producción nacional o importada que se comercialice en el territorio nacional, y que su uso sea casero o destinado a la elaboración de derivados de las harinas, deberá estar fortificada con Hierro, Zinc y vitamina A, con adición de las siguientes cantidades mínimas de nutrientes por cada kilogramo de harina de maíz:

Tabla 2. Nutrientes a fortificar en la harina de maíz



Nutriente	Cantidad mínimas (mg/kg)	Compuesto vitamínico y/o mineral
Hierro	30	Bisglicinato de hierro Fumarato ferroso Fumarato ferroso encapsulado Sulfato ferroso encapsulado Sulfato ferroso seco Hierro electrolítico Gluconato ferroso Lactato ferroso Difosfato férrico de sodio Succinato ferroso Pirofosfato férrico
Zinc	30	Oxido de zinc Bisglicinato de zinc Sulfato de zinc Mono-L-metionina-sulfato de zinc Picolinato de zinc Zinc metionina Zinc histidina Gluconato de zinc
Vitamina A	2,8	Acetato de retinilo Palmitato de retinilo Betacaroteno Todo trans retinol

Parágrafo 1°. La fortificación de este producto sea de producción nacional o importado debe hacerse antes de su comercialización, a granel o empacado. En caso de ser harina importada, la fortificación puede realizarse en Colombia en planta de procesamiento industrial antes de su comercialización.

Parágrafo 2°. Para el caso de otros compuestos que no estén en la Tabla 2 y el fabricante o titular de registro desee utilizarlos, debe realizar una solicitud a la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del Invima, con el objetivo de obtener su aprobación.

Artículo 6°. Fortificación de Harina de trigo. La harina de trigo para consumo humano que se comercialice en el territorio nacional, de producción nacional o importada, y que su uso sea casero o destinado a la elaboración de derivados de las harinas, deberá estar fortificado con Hierro, Zinc, Niacina, Ácido fólico y Vitaminas B1 y B2, con adición de las siguientes cantidades mínimas de nutrientes por cada kilogramo de harina de trigo:

Tabla 3 Nutrientes a fortificar en la harina de trigo



Nutriente	Cantidad mínimas (mg/ka)	Compuesto vitamínico y/o mineral
Vitamina B1	6	Mononitrato de Tiamina Clorhidrato de tiamina
Vitamina B2	4	Riboflavina Sal sódica - riboflavina de 5'-fosfato
Niacina	55	Nicotinamida Ácido nicotínico
Ácido Fólico	1,54	Ácido Fólico (ácido pteroilmonoglutámico) Tetrametil hidro fólico L-metilfolato cálcico

Nutriente	Cantidad mínimas (mg/ka)	Compuesto vitamínico y/o mineral
Hierro	45	Bisglicinato de hierro Fumarato ferroso Fumarato ferroso encapsulado Sulfato ferroso encapsulado Sulfato ferroso seco Hierro electrolítico Gluconato ferroso Lactato ferroso Difosfato férrico de sodio Succinato ferroso Pirofosfato férrico
Zinc	30	Óxido de zinc. Sulfato de zinc monohidratado Bisglicinato de zinc Sulfato de zinc Mono-L-metionina-sulfato de zinc Picolinato de zinc Zinc metionina Zinc histidina Gluconato de zinc

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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°. La fortificación de este producto debe hacerse antes de su comercialización, a granel o empacado. En caso de ser harina importada, la fortificación puede realizarse en Colombia en planta de procesamiento industrial antes de su comercialización.

Parágrafo 2°. Para el caso de otros compuestos que no estén en la Tabla 3 y el fabricante o titular de registro desee utilizarlos, debe realizar una solicitud a la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del Invima, con el objetivo de obtener su aprobación.

Artículo 7°. *Uso de las harinas fortificadas para derivados.* Para la elaboración en el territorio nacional de derivados de las harinas, deberá usarse harina de trigo o maíz fortificada, de acuerdo con los lineamientos establecidos en este acto administrativo.

CAPÍTULO III

Control de calidad y etiquetado

Artículo 8°. *Calidad de fortificantes.* La calidad de los fortificantes y de la forma química utilizada en la premezcla deberá cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Código de Sustancias Químicas para Alimentos (FCC, por sus siglas en inglés), farmacopeas reconocidas y las normas vigentes, de tal manera que se asegure la calidad nutricional e inocuidad del producto final.

Artículo 9°. *Fortificación voluntaria.* En el caso de que el fabricante o titular de registro desee realizar fortificación voluntaria de micronutrientes adicionales a los establecidos en los artículos 4° a 6°, deberá adherirse a lo establecido en la Resolución número 810 de 2021 o la norma que la modifique o sustituya, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en este decreto.

Artículo 10. *Control de calidad.* La garantía de calidad o control interno de los niveles de fortificación establecidos en el presente reglamento para arroz blanco o pilado, harina de maíz y harina de trigo, son de responsabilidad de los productores y de los importadores o de los titulares de registro sanitario.

Artículo 11. *Control oficial.* El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), en el marco de sus competencias, diseñará y ejecutará un plan de muestreo con el fin de ejercer la vigilancia y control de los procesos de fortificación de los alimentos objeto del



reglamento técnico.

Artículo 12. *Etiquetado.* El rótulo del envase o empaque del arroz blanco o pilado fortificado, harina de maíz fortificada y harina de trigo fortificada, deberá contener en forma destacada la leyenda “Fortificación obligatoria con”, listando el contenido de los micronutrientes adicionados en miligramos por kilogramo (mg/kg) de estos alimentos, teniendo en cuenta las cantidades mínimas establecidas en este decreto, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos de rotulado o etiquetado establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución número 5109 de 2005, Resolución número 810 de 2021 modificada por la Resolución número 2492 de 2022 o, aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 1°. Los derivados de la harina de trigo o harina de maíz deben realizar el rotulado nutricional de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución número 810 de 2021 y, la Resolución número 5109 de 2005 o las normas que las modifiquen o sustituyan. En estos rótulos no podrá utilizarse la leyenda “Fortificación obligatoria con”, y tampoco la expresión “fortificado”, salvo que el alimento cumpla los criterios de fortificación voluntaria establecidos en la Resolución número 810 de 2021 o la norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2°. En el caso del arroz fortificado que se comercialice en el país deberá contener adicionalmente la leyenda: “Evite ser lavado”, o “No lavar” o “No requiere lavarse”, la cual debe ir en la cara principal de exhibición de la etiqueta.

Parágrafo 3°. Lo dispuesto en el presente artículo podrá realizarse mediante una etiqueta complementaria, que contenga en idioma español la información exigida y que pueda ser fijada durante o después del proceso de nacionalización.

CAPÍTULO IV

Evaluación de la Conformidad

Artículo 13. *Procedimiento de evaluación de la conformidad.* Para efectos de procedimiento de evaluación de la conformidad del reglamento técnico, la información relacionada con la fortificación de los productos definidos en el campo de aplicación, serán establecidas como declaración de primera parte manifestada por el productor, comercializador, o importador, o quien corresponda, quienes bajo su responsabilidad, en esta declaración, deberán demostrar la conformidad del cumplimiento de la totalidad de los requisitos establecidos en el presente decreto.



Parágrafo. La declaración de primera parte de la conformidad de los requisitos establecidos en este acto administrativo debe dar cumplimiento a la Norma ISO/IEC 17050.

Artículo 14. *Métodos de ensayo.* Los métodos de ensayo a ser empleados en la verificación de los requisitos especificados en el presente Reglamento se basarán en Métodos Normalizados de La Asociación de Colaboración Analítica Oficial (AOAC International, por sus siglas en inglés), la Sociedad Americana para Pruebas y Materiales (ASTM, por sus siglas en inglés), la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés), la Comisión del Código Alimentario (CAC, por sus siglas en inglés), el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec), entre otros) o, en su defecto, en los Métodos de Ensayo No Normalizados Validados y reconocidos por la autoridad competente del país de origen. En cualquiera de los casos los métodos empleados deberán permitir la obtención de resultados dentro de los requisitos establecidos.

CAPÍTULO V

Responsabilidad, inspección, vigilancia y control

Artículo 15. *Responsabilidad.* Las personas naturales o jurídicas o titulares de registro que se dediquen a la producción, comercialización y/o importación de arroz blanco o pilado, harina de trigo, harina de maíz para consumo humano, destinadas tanto a consumo casero como para elaboración de derivados de las harinas, serán responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente reglamento técnico.

Artículo 16. *Inspección, vigilancia y control.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control, en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental o distrital, en desarrollo del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución número 1229 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, para lo cual podrán aplicar las medidas de seguridad e imponer las sanciones correspondientes, de conformidad con lo establecido en la Ley 9a de 1979 y el Procedimiento Administrativo Sancionatorio previsto en la Ley 1437 de 2011.

Artículo 17. *Autorización para el agotamiento de existencias de etiquetas y uso de adhesivos.* No se requerirá autorización para el agotamiento de existencias de etiquetas para los productos del que trata el artículo 12, hasta tanto no se implementen por parte de las personas



naturales y/o jurídicas que ejercen las actividades de producción, importación y comercialización de estos, las disposiciones establecidas en este acto administrativo, para lo cual tendrán un plazo de veinticuatro (24) meses, en concordancia con el artículo 19 del presente Decreto, debiendo ser informado al Invima. Vencido este término, el agotamiento de etiquetas debe ser autorizado por el Invima, de conformidad con el procedimiento que para el efecto determine esa entidad.

Artículo 18. Medidas sanitarias de seguridad, procedimientos y sanciones. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y sanciones previstas en los artículos 576 y 577 de la Ley 9a de 1979, conforme con el Procedimiento Administrativo Sancionatorio previsto en la Ley 1437 de 2011.

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales

Artículo 19. Transitoriedad. Para la aplicación e implementación de las disposiciones contenidas en este reglamento técnico, se dispondrá un plazo de veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de su publicación en el **Diario Oficial**, en este término las personas naturales y/o jurídicas que ejercen las actividades de producción, importación y comercialización de arroz blanco o pilado, harina de trigo o harina de maíz, deberán dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el Decreto número 1944 de 1996 y demás normas vigentes que regulan la materia, mientras adaptan sus procesos a los lineamientos establecidos en este Decreto.

Parágrafo. Durante el período de transición previsto en este artículo, las personas naturales y/o jurídicas que desarrollen las actividades señaladas podrán acogerse voluntariamente a las disposiciones del presente Decreto. Vencido el término de veinticuatro (24) meses, las obligaciones, requisitos y demás disposiciones aquí previstas serán de obligatorio cumplimiento.

Artículo 20. Notificación. El presente decreto será notificado a través del punto de contacto (OTC/MSF) de Colombia, a los países miembros de la Organización Mundial del Comercio, de la Comunidad Andina y a los países con los cuales Colombia tenga acuerdos comerciales vigentes que contemplen dicha obligación.

Artículo 21. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación en el **Diario Oficial**. El Decreto número 1944 de 1996 mantendrá su vigencia durante el período de transición de veinticuatro (24) meses establecidos en el artículo 19 del presente



acto administrativo. Vencido dicho término, el Decreto número 1944 de 1996 quedará derogado y las disposiciones de este decreto serán de obligatorio cumplimiento.

Publíquese Notifíquese y cúmplase.



2.2. RESOLUCIONES



2.2.1. Resolución 592 de 2026

Por la cual se modifica la Resolución 2373 de 2025, que definió la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, modificatorio del artículo 65 de la Ley 715 de 2001, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, modifica el artículo 65 de la Ley 715 de 2001, y establece que el Gobierno preparará y formulará el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) incluyendo la inversión destinada a infraestructura, dotación, equipamiento y equipos biomédicos requeridos para la red pública de prestadores, lo cual se realizará cada diez (10) años, en concordancia con el período durante el cual se encuentra vigente el Plan Decenal de Salud Pública. Señala así mismo que dicha acción se desarrollará en conjunto con las secretarías de salud departamentales y distritales.

Que el párrafo tercero del mencionado artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, estableció que, “En todo caso mientras se consolidan los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS, continuarán vigentes los Planes Bienales de inversión de las entidades territoriales”.

Que, en desarrollo de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2373 de 2025, que define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, y el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1437 de 2025, por el cual se adopta el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN).

Que el artículo 30 de la señalada Resolución 2373 de 2025, define el “Proceso de preparación y formulación de los PMIDS departamentales y distritales” estipulando en el numeral 30.1.1 que el Ministerio de Salud y Protección Social habilitará el “Aplicativo de Registro de Iniciativas” para que las secretarías de salud departamentales o distritales otorguen permisos a los Usuarios

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



creadores de iniciativas para la creación y administración de iniciativas en su jurisdicción. A su vez, el párrafo 1 del citado artículo dispone que, para los primeros Planes Maestros, los Usuarios creadores de iniciativas cuentan con un plazo de sesenta (60) días calendario siguientes a la entrada en vigor de la referida Resolución, para remitir la información a las secretarías de salud departamentales o distritales.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social brindó asistencia a las Entidades Territoriales entre el 9 y 18 de diciembre de 2025, en las cuales se ha solicitado capacitaciones adicionales para la adecuada formulación del mencionado Plan Maestro, concluyéndose que los Usuarios creadores de iniciativas y las secretarías de salud departamentales o distritales requieren de un plazo adicional para evaluar la transición de las iniciativas a registrar, conocer los resultados y disposiciones del Decreto 1437 de 2025 e identificar las necesidades que sustentan la formulación de los PMIDS a su cargo.

Que, por tratarse de los primeros Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), se hace necesario modificar el plazo establecido en el párrafo 1 del artículo 30 de la Resolución 2373 de 2025 para el efectivo cumplimiento por parte de los Usuarios creadores de iniciativas

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese únicamente el párrafo 1 del artículo 30 de la Resolución 2373 de 2025, el cual quedará así:

“(…)

Parágrafo 1. *Para efectos del primer PMIDS, la información deberá ser remitida por los Usuarios creadores de iniciativas a las secretarías de salud departamentales o distritales dentro de los seis (6) meses siguientes, contados a partir de la excepción de la presente resolución.*

(…)”

Artículo 2. Las demás disposiciones del artículo 30 de la Resolución 2373 de 2025 que no fueron objeto de modificación mediante el presente acto se mantienen incólumes.

Artículo 3. 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 610 de 2026

Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 3 de la Ley 1823 de 2017, y

CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política en su artículo 44 establece que es un derecho fundamental de los niños, entre otros, la alimentación equilibrada, y que corresponde a la familia, la sociedad y el Estado asistirlos y protegerlos para garantizar su desarrollo armónico, integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

Que, de acuerdo con lo determinado en el artículo 7o del Decreto 1397 de 1992, no está permitida la realización de actividades de publicidad y promoción de alimentos de fórmula para lactantes a nivel de madres, familiares, o del público en general; dichas actividades sólo podrán hacerse a los profesionales de la salud, tanto del sector público como del privado, únicamente para la presentación y difusión científica de productos, que de ninguna manera desestimen la práctica de la Lactancia Materna exclusiva, ni sean sugeridos como sustitutos de la Leche Materna.

Que, el numeral 43.1.2 del artículo 43 y numeral 44.1.1 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, establecen como competencia de las entidades territoriales a nivel departamental y municipal en el sector salud, la adopción, difusión, implementación, ejecución y evaluación de las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos formulados y expedidos por la Nación, o que se desarrollen en armonía con estos.

Que, mediante la Ley 1823 de 2017 se adoptó la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas y empresas privadas, estableciendo en su artículo 2o la obligación de disponer de espacios adecuados, seguros y dignos para la extracción y conservación de la leche materna durante la jornada laboral, los cuales deberán cumplir normas técnicas de seguridad que garanticen su adecuada extracción, almacenamiento y transporte al hogar para la alimentación del bebé, siendo esta obligación aplicable en las empresas privadas

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



a las que cuenten con capital igual o superior a 1.500 salarios mínimos, o a aquellas con capital inferior a este que cuenten con más de 50 empleadas.

Que, el artículo 3o de la Ley 1823 de 2017, asignó al Ministerio de Salud y Protección Social la función de vigilar y controlar la implementación y el funcionamiento de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en las entidades públicas y privadas, así como la de establecer los parámetros técnicos para su operación, las especificaciones técnicas de higiene, salubridad y dotación mínima, y reglamentar la creación conjunta de dichas salas. En cumplimiento de esta competencia esta cartera Ministerial expidió la Resolución 2423 de 2018.

Que, el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021 - 2030, liderado por la presidencia de la República en coordinación con actores públicos y privados, tiene como objetivo general, mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de las niñas y niños en sus mil primeros días de vida en todo el territorio nacional, e incluye un conjunto de intervenciones organizadas en cuatro líneas estratégicas, entre las que se encuentra la línea estratégica 'Atenciones integrales, integradas y complementarias', bajo la que se pretende la continuación de la implementación de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.

Que, en Colombia la práctica de la lactancia materna exclusiva ha presentado un descenso progresivo, lo que evidenció la necesidad de crear entornos y espacios en donde se promoviera esta práctica, partiendo de la premisa de que la lactancia materna es una de las medidas de salud pública efectivas contra la morbilidad infantil. Es así, como al pasar los años, se logró establecer el proceso de implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante dentro del entorno laboral y la obligatoriedad de dichas salas de lactancia en las empresas públicas y privadas, en aras de ayudar a preservar la lactancia en mujeres trabajadoras, como mecanismo de promoción de la salud.

Que, posteriormente la Ley 2458 de 2025, por la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional, entre otras disposiciones, en su artículo 11 determinó que, *“(...) la instalación de las salas amigas de la Familia Lactante deberá realizarse en espacios que garanticen la salubridad, dotación mínima, dignidad y protección de la madre en periodo de lactancia y del menor”*

Que, el artículo 13 de la citada ley establece que la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el entorno laboral, desarrollada mediante acciones de capacitación y difusión de información dirigidas a empleados, proveedores o clientes, deberá comprender, según lo previsto en su párrafo, la divulgación de información relacionada con las Salas Amigas de la Lactancia Materna, las redes de apoyo de la comunidad lactante y los grupos de apoyo a la 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, sin perjuicio de lo dispuesto respecto del descanso remunerado durante la lactancia en la Ley 2306 de 2023

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 39 del Decreto Ley 019 de 2012, *"Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública"*, se solicitó al Departamento Administrativo de la Función Pública que rindiera concepto sobre el presente acto administrativo, y mediante radicado interno No. 20255010474331 del 23 de septiembre de 2025, emitió concepto de aprobación del trámite respecto a la inscripción de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.

Que, en el marco del seguimiento y acompañamiento técnico a la implementación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, este Ministerio, a través de sus dependencias técnicas, constató la existencia de vacíos normativos y limitaciones en la Resolución 2423 de 2018, en particular en lo relacionado con la definición clara de responsabilidades a las Secretarías de Salud Distritales, Departamentales y Municipales, o quien haga sus veces, en materia de inspección, vigilancia y control, así como aquellas orientadas a la mejora continua, al constatarse riesgos potenciales para los niños y niñas receptores de la leche materna extraída en el contexto de la operación de dichas salas como estrategia de promoción de la salud, lo que hace imperativa la derogatoria de la mencionada resolución y la expedición del presente acto administrativo, con el fin de garantizar claridad de competencias, adecuación técnica de las salas y la protección efectiva de la lactancia materna como estrategia prioritaria de promoción de la salud pública

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Establecer los parámetros técnicos para la operación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, así como las especificaciones técnicas mínimas en materia de higiene, salubridad y dotación, los cuales servirán como criterios de referencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes, y adoptar el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente Resolución aplican a:

- 2.1. Las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado.
- 2.2. Las empresas privadas con un capital igual o superior a 1.500 salarios mínimos legales

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



mensuales vigentes (SMMLV) o, con un capital inferior a 1.500 salarios mínimos legales mensuales vigentes que cuenten con más de 50 empleadas.

- 2.3.** Las Secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces.

Parágrafo 1. Las empresas privadas de que trata el numeral 2.2 del presente artículo, deberán implementar la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, en su sede principal y, en aquellas sedes que cuenten con más de 50 empleadas.

Parágrafo 2. Las empresas privadas de que trata el numeral 2.2 del presente artículo, deberán dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en esta Resolución, aun cuando implementen la modalidad de trabajo híbrida.

Artículo 3. *Implementación conjunta.* Las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado, y las empresas privadas obligadas a Implementar las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, que compartan un espacio físico o, que sus empleadas ejercen sus funciones en entidades o empresas distintas a la que pertenecen, podrán implementar la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral de manera conjunta, siempre que garanticen los requisitos y especificaciones técnicas señaladas en esta Resolución.

Artículo 4. *Responsabilidades de las Secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces.* Las Secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de:

4.1. Secretarías de salud departamentales o quien haga sus veces:

- 4.1.1.** Promover en las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado, y empresas privadas de su jurisdicción, el cumplimiento de las disposiciones normativas relacionadas con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el entorno laboral, incluyendo la implementación y funcionamiento adecuado de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.
- 4.1.2.** Brindar asistencia técnica a las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado, y empresas privadas de su jurisdicción, para la implementación, seguimiento y cumplimiento de los requisitos de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, incluyendo procesos de capacitación y acompañamiento conforme a 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



- 4.1.3. Realizar seguimiento a las entidades públicas del orden nacional y territorial del sector central y descentralizado, y empresas privadas de su jurisdicción, respecto del proceso de implementación y cumplimiento de la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno laboral, de acuerdo con lo previsto en la presente Resolución.
- 4.1.4. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a más tardar el último día hábil de enero y julio de cada año, el consolidado de empresas privadas y entidades públicas que hayan inscrito e implementado las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno laboral en su territorio.

4.2. Secretarías de salud distritales y municipales o quien haga sus veces:

- 4.2.1. Promover en las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado y, empresas privadas de su jurisdicción, el cumplimiento de las disposiciones normativas y reglamentarias relacionadas con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el entorno laboral, incluyendo la implementación y funcionamiento adecuado de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.
- 4.2.2. Brindar a las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado y, empresas privadas de su jurisdicción, el acompañamiento técnico para la implementación, de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, en los términos previstos en la presente Resolución.
- 4.2.3. Realizar seguimiento al proceso de implementación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, en las entidades públicas y empresas privadas depositarías de las disposiciones previstas en la presente resolución, con presencia en su jurisdicción.
- 4.2.4. Realizar la inscripción de las Salas Amigas en su jurisdicción y, emitir el soporte correspondiente en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de la entidad pública del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado o de la empresa privada. Una vez emitido dicho soporte, realizar la visita de verificación dentro de los dos (2) meses siguientes, conforme a los criterios del anexo técnico.
- 4.2.5. Remitir a las Secretarías de salud departamentales, o quien haga sus veces, la información relacionada con la inscripción e implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en su jurisdicción.

Artículo 5. Requisitos técnicos de operación. Las entidades públicas del orden nacional 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



territorial, del sector central y descentralizado y, las empresas privadas, que cuenten con Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, deberán cumplir los siguientes requisitos técnicos de operación:

5.1. Responsable de la Sala Amiga de la Familia Lactante.

5.1.1. Designar al responsable de la operación de la estrategia y la administración del espacio físico, el que deberá estar capacitado en temas relacionados con lactancia materna y funcionamiento de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.

5.1.2. Garantizar que las mujeres cuenten con acceso oportuno, seguro y adecuado a las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral durante su jornada laboral, en el lugar donde desempeñen sus funciones.

5.2. Capacitación a Familias Gestantes y Lactantes.

5.2.1 Elaborar e implementar un plan de capacitación dirigido a las familias gestantes o en lactancia, que deben incluir, como mínimo los siguientes aspectos temáticos: beneficios, ventajas, propiedades y efectos a corto y largo plazo de la práctica de lactancia materna, técnicas de amamantamiento, extracción, conservación, transporte y suministro de la leche humana, lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, riesgos de la alimentación artificial, normas que protegen la maternidad y la paternidad, la lactancia materna y los derechos sexuales y derechos reproductivos en Colombia, temáticas que deberán ser desarrolladas por personal de la salud con conocimiento en lactancia materna.

5.2.2 Diseñar un cronograma de capacitaciones, las cuales deberán desarrollarse como mínimo tres (3) veces al año, guardando como evidencia el registro de la asistencia y el acta de cada sesión, en los términos de la Ley General de archivo.

5.2.3 Incluir en los procesos de inducción y reinducción la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, resaltando su disponibilidad para las trabajadoras y los beneficios que este espacio aporta a la entidad o empresa como una estrategia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna

5.2.4 Difundir, a través de los mecanismos internos de comunicación e información, la existencia, el funcionamiento y la importancia de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, con el fin de garantizar que sean de conocimiento de los servidores públicos, empleados y trabajadores.



- 5.3. Infraestructura:** Las entidades públicas del orden nacional y territorial, del orden central y descentralizado y, las empresas privadas, deberán garantizar como mínimo las siguientes condiciones de infraestructura de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral:
- 5.3.1. Localización.** El espacio debe estar señalizado y ubicado en un lugar privado, exclusivo, seguro e inocuo, en el que se garantice el mínimo de ruido.
- 5.3.2. Dimensión.** Las dimensiones del espacio físico serán establecidas de acuerdo con el número de trabajadoras que la entidad pública o privada calcule, de modo tal, que se disponga de un espacio cómodo, limpio y ordenado para la extracción y conservación de la leche materna de las empleadas lactantes.
- 5.3.3. Ventilación.** El espacio debe contar con ventilación natural o mecánica, que garantice el bienestar de las mujeres en periodo de lactancia.
- 5.3.4. Iluminación.** El espacio debe contar con luminosidad natural o artificial, que garantice las condiciones necesarias para el bienestar de las mujeres en período de lactancia.
- 5.3.5. Condiciones de los pisos, paredes o muros:** Los pisos, paredes, techo o muros, deberán ser resistentes, fáciles de limpiar, desinfectar y libres de humedad.
- 5.3.6. Lavamanos;** como mínimo contará con lavamanos en la sala o cerca de ella, en donde se garantice fácil acceso al lavado de manos con agua y jabón líquido.
- 5.3.7. Mesón o mesa de apoyo:** Contar con un mesón o mesa de material liso, no poroso, de fácil limpieza y desinfección, resistente a la humedad, para soporte de los utensilios y frascos.
- 5.3.8. Requerimientos eléctricos:** Contar con instalaciones eléctricas adecuadas, que permitan la correcta conexión y el uso seguro de los equipos destinados a la extracción y conservación de la leche materna, garantizando su funcionamiento continuo y seguro en todo momento.
- 5.4. Formatos para el control y registro:** Para el control y registro de las actividades contempladas en el anexo técnico y el funcionamiento de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, las entidades públicas del orden nacional y territorial, del orden central y descentralizado y, empresas privadas, deberán



contar con la información que se relaciona a continuación, la cual deberá ser conservada en los términos de la Ley General de Archivo:

- 5.4.1. Instructivo que describa detalladamente el proceso de limpieza y desinfección del espacio, equipos y utensilios, en el cual se especifiquen las sustancias utilizadas, sus concentraciones, formas de uso, frecuencia, responsable del procedimiento y la descripción paso a paso de este.
- 5.4.2. Formato de registro diario de limpieza y desinfección, el cual debe ser diligenciado después que el personal realice dichas actividades.
- 5.4.3. Registro de temperaturas que incluya, responsable y frecuencia, la cual debe ser tomada dos veces al día a intervalos regulares y comprobar su exactitud y precisión. La temperatura de refrigeración debe ser entre - 2 y hasta 5 grados centígrados y la temperatura de congelación máxima será de -3 grados centígrados. Se exceptuará de este registro en días no laborales, en los que no podrá dejarse leche en el refrigerador o congelador.
- 5.4.4. Formato de registro diario del uso de la sala por parte de las madres lactantes, el que debe ser diligenciado cada vez que se utiliza.

Parágrafo. Se encuentran prohibidas al interior de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, las actividades de publicidad y promoción de alimentos de fórmula para lactantes y alimentos infantiles, así como el suministro de muestras gratuitas o venta a bajo precio de fórmulas para lactantes, obsequios, utensilios, biberones y chupetes.

ARTÍCULO 6. Especificaciones técnicas: Las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, deben contar con las siguientes especificaciones de higiene, salubridad y dotación mínima:

6.1. Higiene y salubridad

- 6.1.1. Contar con agua apta para el lavado de manos.
- 6.1.2. Aplicar el plan de manejo y gestión de residuos establecido para la empresa o entidad.
- 6.1.3. Contar con un plan de contingencia que garantice la calidad de la cadena de frío.

6.2. Dotación:

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



- 6.2.1. Congelador o nevera con congelador.** El área de congelación debe ser lo suficientemente amplia para permitir el almacenamiento vertical de los recipientes que contienen leche materna, evitando así su descomposición física o química y posibles derrames. En este espacio no deben almacenarse productos ni elementos distintos a los recipientes destinados exclusivamente para la leche materna.
- 6.2.2. Termómetro digital.** Deberán contar con un termómetro digital con sonda, instalado a nivel del refrigerador y congelador, que deberá cumplir con las especificaciones establecidas en la ficha técnica y ser adecuado para el uso requerido, con el fin de garantizar las temperaturas de refrigeración y congelación indicadas en la presente Resolución. Además, deberá estar calibrado conforme a las instrucciones señaladas en la ficha técnica.
- 6.2.3. Sillas.** Las sillas dispuestas para las mujeres en período de lactancia deberán tener espaldar y apoya brazos, en material de fácil limpieza y desinfección. El número de sillas deberá ser acorde con las dimensiones de la Sala.
- 6.2.4. Canecas.** La Sala contará canecas con tapa de accionamiento no manual, de fácil limpieza y desinfección, cumpliendo con lo establecido en la Resolución 2184 de 2019 o la normal que la modifique o sustituya.

6.3. Insumos.

- 6.3.1.** Toallas de papel desechables.
- 6.3.2.** Cinta de enmascarar o rótulos adhesivos para marcar frascos.
- 6.3.3.** Bolígrafo o marcador indeleble.
- 6.3.4.** Jabón líquido para manos.
- 6.3.5.** Bolsas para residuos sólidos.
- 6.3.6.** Mascarillas quirúrgicas

ARTÍCULO 7. Inscripción. Una vez implementados y cumplidos los requisitos establecidos en la presente Resolución, las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado y, empresas privadas, deberán inscribir la Sala Amiga ante la Secretaría de Salud del municipio o distrito, o quien haga sus veces, donde se ubique, quien deberá emitir en un tiempo no superior a diez (10) días hábiles, el soporte respectivo que confirme su inscripción, momento en el cual podrá iniciar su operación. A partir de dicha confirmación, la Secretaría de Salud del municipio o distrito, o quien haga sus veces, realizará, en un plazo máximo de dos (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



meses, la visita de verificación de la Sala Amiga, conforme a los criterios establecidos en el anexo técnico de este acto administrativo.

Parágrafo. Las secretarías de salud municipales deberán remitir a las secretarías de salud departamentales, o quien haga sus veces, la información relacionada con la inscripción e implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en su jurisdicción. A su vez, las secretarías de salud departamentales, o la entidad que haga sus veces, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la dependencia que para tal efecto se determine, como máximo, el último día hábil de los meses de julio y enero de cada año, la relación consolidada de las empresas privadas y entidades públicas que han inscrito e implementado dichas salas en su territorio.

ARTÍCULO 8. *Inspección, Vigilancia y Control.* Corresponden a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o quien haga sus veces, velar por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución, en desarrollo de las competencias previstas en los numerales 43.1.5 y 44.3.5, de los artículos 43 y 44, respectivamente, de la Ley 715 de 2001. Para tal fin, deberán atender lo establecido en el anexo técnico que forma parte integral de este acto administrativo.

Parágrafo. Las secretarías de salud municipales y distritales, o las entidades que hagan sus veces, podrán solicitar información a otras entidades, como el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales y la Superintendencia de Sociedades o cualquier otra entidad, a nivel nacional, departamental o municipal, a fin de identificar las empresas privadas obligadas a poner en operación las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral dentro de su jurisdicción, en los términos aquí dispuestos.

ARTÍCULO 9. *TRANSITORIEDAD.* Las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector central y descentralizado, y las empresas privadas, que ya cuenten con Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, tendrán un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, para implementar y adoptar las disposiciones establecidas en este acto administrativo.

ARTÍCULO 10. *Vigencia y derogatoria.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 2423 de 2018.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 611 de 2026

Por la cual se definen las condiciones de permanencia en el régimen subsidiado de salud de las personas vinculadas laboralmente, pertenecientes a la población en pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad 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, numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, literal b) del artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y en desarrollo del artículo 65 de la Ley 2466 de 2025, y

CONSIDERANDO

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

Que de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y d) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, todos los habitantes en Colombia deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, imponiendo al Estado el deber de garantizar los mecanismos necesarios para hacer efectiva la afiliación universal en los términos definidos por la ley; precisando además que, el recaudo de las cotizaciones generadas en el sector “*será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social – Fondo de Solidaridad y Garantía*”, hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

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

Que el artículo 94 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007, prevé que el gasto social debe asignarse a los grupos de población más pobres y vulnerables, 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



través del proceso de focalización, para lo cual el Departamento Nacional de Planeación (DNP), en cumplimiento del numeral 1 del artículo 165 de la Ley 1753 de 2015, debe definir cada tres años los criterios e instrumentos para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, así como los criterios para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Que el literal b) del artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, estableció como una de las obligaciones del Estado, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, 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.

Que el artículo 2.2.8.1.1 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, subrogado por el artículo 1 del Decreto 441 de 2017, define el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) como un instrumento de la política social para la focalización del gasto social, el cual emplea herramientas estadísticas y técnicas que permiten identificar y ordenar a la población para la selección y asignación de subsidios y beneficios por parte de las entidades y programas, con base en las condiciones socioeconómicas registradas en dicho sistema.

Que, el Consejo Nacional de Política Económica y Social aprobó el documento CONPES 3877 de 2016, en el que se establece la metodología correspondiente al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén IV), para la construcción de índices de focalización individual basado en la presunción de ingresos que permitan el gasto social y garantice que los programas sociales lleguen a las personas que viven la pobreza en sus diferentes formas.

Que conforme al proceso de identificación y clasificación de los potenciales beneficiarios de programas sociales mediante la metodología Sisbén IV, el DNP realiza el procesamiento de los datos correspondientes, con el fin de generar y publicar la clasificación de la población de acuerdo con los grupos definidos en dicha metodología, a saber: grupo A, correspondiente a la población en pobreza extrema; grupo B, población en pobreza moderada; grupo C, población vulnerable; y grupo D, que comprende a la población que no es pobre ni vulnerable.

Que, el artículo 2.1.5.1.1 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, subrogado por el artículo 3 del Decreto 616 de 2022, determinó las condiciones y calidades de los afiliados para pertenecer al régimen subsidiado en salud, así:

“Son afiliados al Régimen Subsidiado las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Régimen Contributivo y que no tienen las calidades para

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



estar en el Régimen Especial o de Excepción; así como aquellos que cumplan una o varias de las siguientes condiciones:

- 1. Personas pobres o vulnerables, así clasificadas según la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, y conforme a los criterios de focalización que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*
- 2. Personas no pobres o no vulnerables, clasificadas a partir de la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, que contribuyan solidariamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 3. Personas focalizadas e identificadas a través de listados censales.*

(...)”

Que, el artículo 2.1.6.1 del citado decreto, señala que la actualización de datos y los cambios que afecten el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS, que se produzcan con posterioridad a la afiliación, son novedades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, para garantizar la continuidad en el aseguramiento en salud, el artículo 2.1.7.8 *ibidem*, estableció las reglas para el registro y reporte de la novedad de movilidad entre regímenes.

Que, el párrafo del artículo 2.6.4.2.1.2 del Decreto 780 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 1437 de 2021, dispuso que el recaudo de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, se deberá realizar a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 1133 de 2021, la información referente a la afiliación y las novedades de traslado y de movilidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), atendiendo la estructura definida en el anexo técnico adoptado a través de la Resolución 762 de 2023 expedida por este Ministerio.

Que el inciso primero del artículo 65 de la Ley 2466 de 2025 establece que, con el fin de fomentar la formalización laboral, las personas que se encuentren vinculadas laboralmente podrán permanecer en el régimen subsidiado de salud por un plazo de seis (6) meses, siempre y cuando pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad, conforme a la focalización que determine el Gobierno nacional, sin que ello signifique que dicha población no



pueda acceder a las prestaciones sociales y económicas del régimen contributivo, conforme a las reglas y requisitos señalados en el Decreto 780 de 2016.

Que, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, resulta necesario establecer un código específico de recaudo en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), con el fin de que las cotizaciones de esta población sean giradas a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Que con el fin de garantizar la continuidad, oportunidad y efectividad en el reconocimiento y pago de dichas prestaciones económicas, se hace necesario establecer que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado donde mantendrán la afiliación estas personas, serán las responsables de reconocer y efectuar el pago de las prestaciones a que haya lugar, conforme a los requisitos, procedimientos y reglas señaladas en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que regulan el aseguramiento y la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el Decreto 780 de 2016, en el marco de la regulación de la movilidad entre los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció procedimientos que hicieron necesario que las EPS del Régimen Subsidiado adoptaran y ajustaran sus procesos operativos, administrativos y tecnológicos para el reconocimiento, liquidación y pago de prestaciones económicas cuando se presente la novedad de cambio de régimen.

Que, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado cuentan actualmente con la capacidad operativa y administrativa para gestionar el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas a cargo del sistema, conforme a las reglas, requisitos y controles previstos en el Decreto 780 de 2016.

Que teniendo en cuenta que las prestaciones reconocidas se financiarán con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado estarán facultadas para solicitar ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) el cobro correspondiente, de conformidad con los mecanismos, condiciones, soportes y procedimientos que para el efecto establezca dicha entidad.

Que en virtud de lo anterior, se requiere establecer las condiciones para la permanencia durante el período de seis (6) meses en el régimen subsidiado, el reporte de novedades, el recaudo de las cotizaciones a salud y el pago de las prestaciones económicas de las personas que 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



vinculen laboralmente y pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Capítulo I Aspectos generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir las condiciones de permanencia en el régimen subsidiado, hasta por el término de seis (6) meses, contados de manera continua o discontinua, de las personas que se vinculen laboralmente y que, conforme a la focalización que establezca el Gobierno nacional, pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, así como lo referente al recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el reconocimiento y pago de prestaciones económicas de estas personas, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución se aplican a las personas que, conforme a la focalización que establezca el Gobierno nacional, pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, que inicien una relación laboral y decidan permanecer afiliadas en el régimen subsidiado; así como a los empleadores, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y a los Operadores de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Parágrafo 1. En el caso en que las personas pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, inicien una relación laboral y no expresen por cualquier medio su voluntad de permanecer en el régimen subsidiado, deberá darse aplicación a lo dispuesto en el artículo 2.1.6.2 y siguientes del Decreto 780 de 2016.

Parágrafo 2. Los trabajadores de tiempo parcial, esto es, que laboren por períodos inferiores a un mes y que, por tanto, su remuneración mensual sea inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV), así como los trabajadores rurales del sector agropecuario a que se refiere el parágrafo 1 del artículo 65 de la Ley 2466 de 2025, que sean formalizados mediante el contrato especial agropecuario, mantendrán su afiliación al régimen subsidiado de salud como mecanismo de protección social para la superación de la pobreza. En estos casos, los empleadores deberán realizar las cotizaciones al Sistema General de Pensiones y al Sistema de



Subsidio Familiar por semanas, y al Sistema General de Riesgos Laborales por el periodo mensual, conforme a la normatividad vigente que regula la materia. En consecuencia, las disposiciones previstas en la presente resolución no les son aplicables.

Capítulo II

Afiliación y reporte de novedades

Artículo 3. Reglas de permanencia en el régimen subsidiado. Las personas que se vinculen laboralmente y que pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, según la clasificación del Sisbén en su última metodología, podrán manifestar de manera expresa a su empleador, su voluntad de permanecer en el régimen subsidiado por el término de seis (6) meses, contados a partir de la vinculación laboral en dicha condición, para lo cual, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- 3.1** La permanencia en el régimen subsidiado se otorgará y mantendrá, sin que en ningún evento su duración supere el término de seis (6) meses.
- 3.2** Si la vinculación laboral finaliza antes del término de los seis (6) meses y se presenta en cualquier momento una nueva relación laboral, el trabajador podrá hacer uso de la permanencia en el régimen subsidiado de que trata la presente resolución, por el término que le falte para cumplir los seis (6) meses de permanencia en el régimen subsidiado.
- 3.3** Si la vinculación laboral supera el término de seis (6) meses, el empleador deberá reportar la novedad de traslado de EPS o de movilidad al régimen contributivo, según corresponda.

Artículo 4. Responsabilidades del empleador. Son responsabilidades del empleador, sin perjuicio de las establecidas en otros artículos, las siguientes:

- 4.1** Consultar con el trabajador, una vez formalizada la vinculación laboral, su voluntad de permanecer en el régimen subsidiado conforme a lo previsto en el inciso primero del artículo 65 de la Ley 2466 de 2025.
- 4.2** Validar en caso de que el afiliado manifieste su voluntad de permanecer en el régimen subsidiado, que este pertenezca a población en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, según la clasificación del Sisbén en su última metodología.



- 4.3** Reportar la vinculación laboral y permanencia en el régimen subsidiado mediante el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4.4** Efectuar las cotizaciones para pensión, salud, riesgos laborales y parafiscales de conformidad con las reglas y porcentajes establecidos para trabajadores dependientes según la normatividad vigente, durante el término de permanencia del trabajador en el régimen subsidiado.
- 4.5** Reportar ante la respectiva EPS mediante el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la decisión de los trabajadores que se encuentran dentro del término de seis (6) meses de permanencia en el régimen subsidiado, de modificar el régimen de afiliación.
- 4.6** Reportar la novedad de retiro a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en caso que el afiliado pierda su capacidad de pago con ocasión de la terminación de su relación laboral antes de los seis (6) meses máximos definidos para permanecer en el régimen subsidiado.

Artículo 5. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Son responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud, sin perjuicio de las establecidas en otros artículos, las siguientes:

- 5.1** Verificar que el trabajador respecto del cual se reporta la vinculación laboral y la permanencia en el régimen subsidiado se encuentre en pobreza extrema, pobreza moderada o vulnerabilidad, según la clasificación del Sisbén en su última metodología.
- 5.2** Reportar en la Base Única de Afiliados (BDUA) la novedad correspondiente al inicio de la condición de vinculación laboral y permanencia en el régimen subsidiado, conforme a los términos y reglas establecidas en el artículo 3 de la presente resolución.
- 5.3** Aplicar en la BDUA la novedad de traslado de EPS si se cumplen las condiciones establecidas para el efecto o de movilidad al régimen contributivo de salud, según corresponda, cuando el empleador reporte dichas novedades a través del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5.4** Realizar el reporte de las novedades a que hace referencia el párrafo 1º del artículo 7 de la presente Resolución.



- 5.5** Aplicar en la BDUA, de acuerdo con la información dispuesta por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la novedad correspondiente a la finalización de la condición de vinculación laboral y permanencia en el régimen subsidiado.

Artículo 6. Responsabilidades de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Son responsabilidades de la ADRES, sin perjuicio de las establecidas en otros artículos, las siguientes:

- 6.1** Contabilizar el término de los seis (6) meses previstos para permanecer en el régimen subsidiado, una vez reportadas las novedades de inicio de la relación laboral y permanencia en el régimen subsidiado.
- 6.2** Poner a disposición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, la información de las cotizaciones efectuadas por la población de que trata la presente resolución, incluyendo las novedades reportadas a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).
- 6.3** Realizar la aplicación de la novedad de terminación de la relación laboral en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) cuando evidencie que la EPS no efectuó el reporte de la misma.
- 6.4** Disponer semanalmente a los Operadores de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), la información de los afiliados vigentes de que trata la presente Resolución, verificando que no superen el término de los seis (6) meses permitidos y considerando las condiciones previstas en el artículo tercero de este acto administrativo.

Artículo 7. Finalización del término de permanencia en el régimen subsidiado. Cumplidos los seis (6) meses de permanencia en el régimen subsidiado de manera continua, y si la relación laboral se mantiene, el empleador deberá reportar ante la Entidad Promotora de Salud (EPS) la novedad de traslado de EPS o de movilidad al régimen contributivo, según corresponda. Lo anterior, a través del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispuesto en la Resolución 1823 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya.

Si, por el contrario, la vinculación laboral finaliza antes del término de los seis (6) meses y posteriormente se presenta una nueva relación laboral, el último empleador deberá reportar ante la Entidad Promotora de Salud (EPS) la novedad de traslado de EPS o de movilidad al régimen



contributivo, según corresponda, una vez el trabajador haya completado el término que le falte para cumplir los seis (6) meses de permanencia en el régimen subsidiado

Parágrafo 1. Cuando el empleador no registre la novedad de traslado de EPS o de movilidad al régimen contributivo, según corresponda, la EPS deberá reportarla de manera inmediata en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) de acuerdo con el mecanismo establecido en la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya, e informar al afiliado.

Parágrafo 2. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) evidencie que la EPS no realizó el reporte de la novedad de traslado de EPS o de movilidad al régimen contributivo, según corresponda, derivada de la existencia de una relación laboral y gestionada conforme al mecanismo previsto en el presente acto administrativo, procederá a adelantar las auditorías correspondientes a la EPS.

Artículo 8. Reporte de información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para Operadores de información Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Una vez reportada la información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá publicar a los Operadores de información, los afiliados vigentes de que trata la presente Resolución, verificando que no superen el término de los seis (6) meses permitidos y considerando las condiciones previstas en el artículo tercero de este acto administrativo.

Capítulo III

Proceso de recaudo de cotizaciones por parte de la ADRES

Artículo 9. Código para el recaudo de las cotizaciones. Cuando la persona inicie una relación laboral de acuerdo con las condiciones descritas en el inciso primero del artículo 3 de la presente resolución, las cotizaciones en salud deberán ser giradas directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del Código MIN005, el cual deberá ser parametrizado en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), conforme al término establecido en el artículo 13 de la presente Resolución.

Parágrafo 1. Los Operadores de información solo podrán efectuar el recaudo de los aportes al código MIN005 durante los períodos reportados entre la fecha de inicio y de fin de la condición de vinculación laboral y permanencia en el régimen subsidiado, según la información reportada por la ADRES



Parágrafo 2. El Operador de información deberá direccionar el aporte al código de movilidad de la respectiva EPS, cuando el período a cotizar supere la fecha final de la condición de vinculación laboral y permanencia en el régimen subsidiado reportada en el archivo dispuesto por la ADRES a los Operadores de Información.

Artículo 10. *Devolución de cotizaciones.* Cuando el aportante realice aportes erróneos, deberá solicitar su devolución en los términos y condiciones que establezca la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Capítulo IV Pago de prestaciones económicas

Artículo 11. *Liquidación y pago de Prestaciones Económicas.* El reconocimiento y pago de prestaciones económicas de las personas que en virtud de lo previsto en la presente resolución permanezcan en el régimen subsidiado durante el término de los seis (6) meses contabilizados de manera continua o discontinua, estarán a cargo de las EPS del régimen subsidiado o quien haga sus veces, en las que se encuentren afiliadas, de conformidad con los requisitos, procedimientos y condiciones descritas en el Decreto 780 de 2016. Las prestaciones económicas de origen laboral serán tramitadas por el empleador ante la Administradora de Riesgos Laborales correspondiente.

Parágrafo 1. Las prestaciones económicas reconocidas y pagadas en los términos del presente artículo, se financiarán con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la ADRES.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado o quien haga sus veces, deberán solicitar ante la ADRES, el cobro de las prestaciones económicas reconocidas y pagadas. Dicha entidad definirá los mecanismos e instrumentos mediante los cuales efectuará el respectivo trámite.

Parágrafo 3. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entregará a las EPS del régimen subsidiado la relación de los períodos recaudados, para que estas entidades realicen la gestión frente a las cotizaciones en mora y demás aspectos, según corresponda.

Capítulo V Disposiciones finales



Artículo 12. Pago de la Unidad de Pago por Capitación en la EPS del régimen subsidiado. Durante el período en que el afiliado permanezca vinculado laboralmente y continúe en el régimen subsidiado, conforme a lo dispuesto en la presente resolución, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocerá a la Entidad Promotora de Salud correspondiente, el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) aplicable al régimen subsidiado.

Artículo 13. Plazo para la implementación de ajustes operativos. Los Operadores de información PILA tendrán un plazo de seis (6) meses contados desde la expedición de esta resolución, para realizar los ajustes correspondientes en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Este mismo plazo tendrá la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para que efectúe los ajustes a que haya lugar, con el fin de garantizar la adecuada implementación de las disposiciones contenidas en este acto administrativo.

Artículo 14. Aplicación de las condiciones de permanencia en el Régimen Subsidiado. La aplicación de las condiciones de permanencia en el régimen subsidiado estará sujeta a la implementación de los ajustes operativos respectivos por parte de los Operadores de información PILA y la ADRES, por lo que, una vez implementados y verificados por parte de este Ministerio, serán aplicables a partir del primer día calendario del mes siguiente, circunstancia que será comunicada a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 15. Vigencia: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.4. Resolución 793 de 2026

Por la cual se crea la Red Nacional de Toxicología – RENATO y se establecen sus competencias, funciones, estructura, coordinación, lineamientos técnicos administrativos para su organización y funcionamiento y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades establecidas por el artículo 209 de la Constitución Política, especialmente las consagradas en el artículo 22 del Decreto 3518 de 2006 y los artículos 1.1.1.1., 2.8.8.1.1.2., 2.8.8.1.1.6., 2.8.8.1.1.13 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que la Carta Política indica en el artículo 49, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, los cuales deben ser garantizados a todas las personas mediante el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiendo al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 43, 44, 45 y, en especial, el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, corresponde a las entidades territoriales dirigir el sector salud en el ámbito de su jurisdicción y ejecutar las acciones de salud pública, en el marco de la concurrencia con la Nación. En particular, les compete desarrollar las actividades de promoción y prevención dirigidas a la población, incorporarlas en los instrumentos de planificación territorial con participación comunitaria, y garantizar su adecuada ejecución, priorizando la contratación con prestadores públicos según su capacidad técnica y operativa, todo ello como parte de la función esencial del Estado en la gestión de la salud pública.

Que el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) es un instrumento internacional jurídicamente vinculante, adoptado por 196 países, incluido Colombia. Su propósito y ámbito de aplicación se basa en prevenir la propagación internacional de enfermedades, así como proteger frente a ella, controlarla y responder mediante acciones de salud pública proporcionales y limitadas a los riesgos existentes. Todo ello procurando, además, evitar interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio 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



Que el Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece en su artículo 41 que, con el fin de prevenir o controlar la ocurrencia de eventos o situaciones que pongan en riesgo la salud individual o colectiva, se contemplan diversas medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control. Entre ellas, en el literal *d)*, se incluye el *“control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios”*.

Que el literal c) del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007 define la Red de prestación de servicios, como el conjunto organizado e interrelacionado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un ámbito geográfico determinado, que operan de manera coordinada dentro de un proceso de integración funcional. Este se rige por los principios de complementariedad y subsidiariedad, así como por los lineamientos de referencia y contrarreferencia definidos por la entidad responsable del pago, con el fin de asegurar la calidad en la atención en salud y dar respuesta adecuada a las necesidades de la población, garantizando condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y uso eficiente de los recursos.

Que la Resolución 1220 de 2010, en su artículo 1, establece las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), con el propósito de que las Entidades Territoriales aseguren una regulación oportuna y adecuada de los pacientes en situación de urgencia, fortalezcan la coordinación en la atención de emergencias y desastres, estandaricen los procesos de referencia y contrarreferencia, e integren de manera eficiente los recursos asociados a estos eventos.

Que, de conformidad con el artículo 4 de la citada resolución, todo CRUE deberá cumplir con los requisitos y condiciones necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones; en particular, según lo indicado en el literal d) “De información”, dicho centro debe tener acceso a información sistematizada que le permita realizar la coordinación, integración y regulación de la atención en salud en forma oportuna y adecuada y apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica, incluyendo, la información toxicológica que le permita brindar la asesoría y asistencia técnica que le sea requerida, conforme el numeral 10.

Que el Instituto Nacional de Salud (INS) es una entidad de naturaleza científica y técnica, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, creada mediante el Decreto 470 de 1968, con cambio de naturaleza efectuadas por el Decreto 4109 de 2011 y regulado, entre otras disposiciones, a través de los Decretos 2774 y 2775 de 2012, estableciéndose como un entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 numeral 10 del artículo 4 del Decreto 4109 de 2011 establece como función del Instituto Nacional de Salud (INS) la emisión de conceptos sobre clasificación toxicológica y evaluación del riesgo de toxicidad.

Que de acuerdo con el artículo 1 del Decreto 2774 de 2012, se estableció como objeto del Instituto Nacional de Salud (INS), lo siguiente: *“(i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.”*

Que el artículo 2 de la Ley 1523 de 2012 dispone que, la gestión del riesgo es responsabilidad de todas las autoridades y de los habitantes del territorio colombiano y, en cumplimiento de ello, las entidades públicas, privadas y comunitarias desarrollarán y ejecutarán los procesos de gestión del riesgo.

Que el artículo 2 del Decreto 2774 de 2012 establece que el Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como funciones, entre otras, generar, desarrollar, aplicar y transferir conocimiento científico en salud pública; promover, dirigir, ejecutar y coordinar la investigación y gestión del conocimiento en salud pública, conforme a las políticas del sector; asesorar en la formulación de normas técnico-científicas; ejercer las funciones del Observatorio Nacional de Salud; emitir conceptos sobre clasificación toxicológica y evaluación de riesgos toxicológicos; participar en la planeación, desarrollo y coordinación de sistemas de información; formular, promover y controlar, la ejecución de programas de promoción y prevención; elaborar diagnósticos de riesgos asociados a desastres; coordinar acciones de evaluación, superación y mitigación de riesgos en salud pública; apoyar la transferencia tecnológica y la asistencia técnica de la Red Nacional de Laboratorios; y participar en el diseño y ejecución de programas y actividades para prevenir, reducir o atender efectos en salud derivados de desastres, así como en iniciativas de cooperación científica. También cumple las demás funciones que le asigna la ley.

Que, de conformidad con el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en el ámbito individual como colectivo, y dispone que el Estado debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las personas. Asimismo, la prestación de este servicio público esencial se desarrolla bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control indelegables 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, a su vez, el artículo 6 de la citada ley establece que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y continuidad, lo que implica la necesidad de fortalecer las redes funcionales de conocimiento y respuesta como garantía del goce efectivo de este derecho fundamental.

Que el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015 estableció que *“El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas”*; elemento que ya había sido establecido en los artículos 61 a 64 de la Ley 1438 de 2011 disponiendo que la prestación de servicios de salud dentro del actual sistema de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Que el artículo 1.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, determina que el Ministerio de Salud y Protección Social actúa como entidad rectora del Sector Administrativo de Salud y Protección Social y tiene como finalidad, en el ámbito de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública y promoción social en salud. Asimismo, participar en la formulación de políticas relacionadas con pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, funciones que se desarrollan a través de las entidades que integran dicho sector administrativo.

Que de acuerdo con el documento denominado *“Intoxicaciones por sustancias químicas - código: 365”* (2017) del Instituto Nacional de Salud, la carga de enfermedad asociada a la exposición ambiental y al manejo de sustancias químicas asciende aproximadamente a 4,9 millones de muertes (8,3% de la carga global) y a 86 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), equivalentes al 5,7% del total. Una proporción significativa de estos eventos es prevenible mediante sistemas eficaces de vigilancia, atención, respuesta y educación toxicológica, lo que sustenta la necesidad de consolidar redes nacionales estructuradas en toxicología.

Que el documento técnico *“Directrices para el establecimiento de centros de información toxicológica”* (OMS, 2021), identifica como elementos esenciales para un sistema nacional de toxicología: la existencia de un ente coordinador, infraestructura de centros regionales, personal especializado, herramientas de comunicación e información toxicológica y una plataforma de datos interoperable.

Que el documento de bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 *“Colombia, Potencia Mundial de la Vida”* indica que el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo contempla, entre sus lineamientos, la conformación de redes integrales e integradas de salud a nivel territorial, con la participación de prestadores públicos, privados y mixtos, orientadas a garantizar la prestación de servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cercanos al lugar de residencia de la población.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Que el Plan Estratégico Institucional 2023 – 2026 del Instituto Nacional de Salud prioriza como objetivos estratégicos la generación y gestión del conocimiento en salud, la consolidación de redes de conocimiento e innovación, y la interoperabilidad de los sistemas de información para mejorar la respuesta a los riesgos sanitarios.

Que la Organización Mundial de la Salud el 30 de mayo de 2023, mediante el documento denominado *“Efectos de los productos químicos, los desechos y la contaminación en la salud humana”*, reconoce que existen problemas de salud pública asociados a sustancias químicas que están afectando la salud de la población por la exposición a sustancias peligrosas y contaminantes a lo largo del ciclo de vida, así como a los desechos y diversas formas de contaminación, los cuales generan una carga significativa de morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables, lo que hace necesario fortalecer la gestión racional de dichas sustancias y la adopción de medidas integrales para prevenir y reducir sus efectos adversos en la salud humana.

Que según datos del SIVIGILA, en los últimos años se ha presentado un aumento sostenido de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas, principalmente asociadas a medicamentos, sustancias psicoactivas y plaguicidas, lo cual exige una respuesta estructurada y especializada del sistema de salud pública.

Que en el documento “Alerta Epidemiológica Intoxicaciones con sustancias químicas asociadas a retos en redes sociales” del 18 de diciembre del 2024, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los Estados miembros implementen un sistema de información toxicológica, estructurado como una red funcional, científica y operativa, liderada por una entidad sanitaria nacional, para consolidar capacidades en evaluación de riesgos, atención clínica y gestión de intoxicaciones. De esta forma, el modelo propuesto por la OMS promueve que los centros de información toxicológica y las redes nacionales desarrollen protocolos uniformes, diccionarios toxicológicos interoperables, herramientas de clasificación de riesgo y líneas de atención 24/7 para apoyar al personal de salud en la atención oportuna y basada en evidencia.

Que el Instituto Nacional de Salud como entidad adscrita y estructura técnica del Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con amplia experiencia en la coordinación de redes en salud pública, como lo son la Red Nacional de Bancos de Sangre desde 1993 y la Red Nacional de Trasplantes desde el año 2004, lo que evidencia una importante capacidad para implementar, coordinar, liderar y operar la RENATO.

Que el establecimiento de una Red Nacional de Toxicología en Colombia resulta necesario y urgente ante la dispersión actual de los servicios toxicológicos, la heterogeneidad en la 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



clínica de intoxicaciones, la escasa capacidad diagnóstica en regiones y la falta de articulación entre los actores del sistema de salud pública en Colombia para esta materia.

Que por tanto, es oportuno y pertinente diseñar, implementar y establecer una Red Nacional de Toxicología – RENATO, como una estructura funcional, colaborativa e interinstitucional liderada por el Instituto Nacional de Salud, orientada a fortalecer la capacidad preventiva, diagnóstica, formativa, investigativa y de vigilancia, a fin de dar respuesta a los riesgos toxicológicos en el país; esta labor se enmarca en las recomendaciones técnicas emitidas por organismos nacionales e internacionales, así como las prioridades definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la gestión integral del riesgo químico, el abordaje diferencial en poblaciones vulnerables y la atención efectiva de emergencias y desastres en salud pública.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. CREACIÓN DE LA RED NACIONAL DE TOXICOLOGÍA – RENATO. Créase la Red Nacional de Toxicología – RENATO, como una estructura colaborativa, interdisciplinaria e interinstitucional de carácter nacional, especializada en el estudio, prevención, vigilancia, diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta frente a eventos toxicológicos y problemas de salud asociados al uso y exposición a sustancias tóxicas, bajo la coordinación general del Instituto Nacional de Salud (INS) y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La Red Nacional de Toxicología – RENATO, operará en el marco de las redes integradas e integrales conforme a la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

ARTÍCULO 2. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto establecer el marco normativo, técnico y administrativo para la organización, funcionamiento, coordinación, integración y desarrollo de la Red Nacional de Toxicología – RENATO, con el fin de fortalecer la capacidad del país para la gestión integral del riesgo toxicológico en salud pública.

ARTÍCULO 3. ALCANCE E IMPLEMENTACIÓN. La presente resolución será aplicable a las entidades del orden nacional y territorial, así como a las instituciones públicas, privadas y mixtas que desarrollen actividades relacionadas con la vigilancia, prevención, diagnóstico, manejo, investigación y control de eventos toxicológicos en el territorio nacional, en el marco de la Red Nacional de Toxicología – RENATO.

El alcance de esta resolución comprende:



1. La articulación de las entidades del orden nacional y territorial que intervienen y participan en la vigilancia, prevención y atención de eventos toxicológicos.
2. La participación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, centros de información toxicológica, universidades y centros de investigación.
3. El desarrollo e implementación de protocolos, sistemas de información y acciones de respuesta ante intoxicaciones y exposiciones a agentes tóxicos.
4. El fortalecimiento de las capacidades institucionales, del talento humano, de la infraestructura y de las redes funcionales requeridas.
5. La interoperabilidad con los sistemas nacionales de vigilancia en salud pública, emergencias y desastres.

PARÁGRAFO. La implementación de lo dispuesto en la presente resolución se realizará de manera progresiva y articulada entre las entidades que integran la Red Nacional de Toxicología – RENATO, de conformidad con sus competencias, capacidades institucionales y los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 4. FUNCIONES DE LA RED NACIONAL DE TOXICOLOGÍA. Son funciones de la Red Nacional de Toxicología – Renato, las siguientes:

1. Coordinar y articular las instituciones públicas y privadas que desarrollan actividades relacionadas con la toxicología clínica, ambiental, ocupacional, forense, analítica entre otras a nivel nacional e internacional.
2. Consolidar la información toxicológica a nivel nacional y territorial, así como, la infraestructura y sistemas existentes
3. Desarrollar e implementar sistemas de información y comunicación que permitan el reporte, análisis, gestión y respuesta oportuna ante intoxicaciones y emergencias toxicológicas, así como la toma de decisiones informadas en salud pública, acorde a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social
4. Impulsar la formación y fortalecimiento de capacidades del talento humano en toxicología, atención de intoxicaciones y comunicación de riesgos en salud para la comunidad y diferentes actores.
5. Apoyar y asesorar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la construcción de los lineamientos técnicos, protocolos, procedimientos y metodologías aplicables a la toxicovigilancia y la atención de intoxicaciones, acorde a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Establecer y fortalecer los centros regionales de información y atención toxicológica, así como los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres a nivel territorial como nodos funcionales de la red.



7. Fomentar la investigación aplicada en toxicología, especialmente en poblaciones vulnerables y territorios de alta exposición acorde al comportamiento epidemiológico de las intoxicaciones y las prioridades definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Promover estrategias de prevención y educación en salud a poblaciones priorizadas en el marco de los planes, programas y proyectos del sector salud, sobre el uso seguro de agentes tóxicos y el abordaje de intoxicaciones.
9. Socializar información técnica y científica sobre los principales agentes tóxicos, su clasificación, riesgos y medidas de mitigación a través del Observatorio Nacional de Salud.
10. Coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades del Estado acciones de gestión del riesgo toxicológico.

ARTÍCULO 5. CREACIÓN DE LA UNIDAD COORDINADORA DE RENATO. Créese la Unidad Coordinadora RENATO para el funcionamiento de la Red Nacional de Toxicología, la cual cumplirá las siguientes funciones:

1. Designar un equipo técnico nacional responsable de articular los nodos regionales que deberá contar como mínimo con un profesional con formación académica formal en el área de la toxicología.
2. Establecer un sistema de información que permita la consolidación, el seguimiento y evaluación técnica con indicadores operativos, asistenciales y de vigilancia.
3. Elaborar y publicar de lineamientos, guías, documentos técnicos estandarizados que permitan el correcto funcionamiento y operación de la red.
4. Garantizar la interoperabilidad funcional con el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), los CRUE, el Sistema de Emergencias Médicas y los sistemas de las entidades territoriales.
5. Implementar mecanismos de articulación con otras redes nacionales e internacionales del sector salud y de ciencia y tecnología para la consolidación de información, análisis y toma de decisiones.

PARÁGRAFO. La Unidad Coordinadora RENATO estará a cargo del Instituto Nacional de Salud.

ARTÍCULO 6. COMITÉ RENATO. La Red Nacional de Toxicología – RENATO tendrá un Comité asesor que estará integrado por:

1. El (la) jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, con voz y voto.
2. El (la) Director (a) de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, con voz y voto.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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. El (la) Director (a) de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, con voz y voto.
4. El (la) Director (a) de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, con voz y voto.
5. El (la) Director (a) del Instituto Nacional de Salud o su delegado, como coordinador, con voz y voto.
6. El (la) Superintendente Nacional de Salud o su delegado, con voz y sin voto.
7. El (la) Director (a) del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o su delegado, con voz y sin voto.

PARÁGRAFO. El comité podrá invitar, cuando lo considere pertinente, a representantes de entidades públicas o instituciones privadas, cuyas funciones y competencias estén relacionadas con el tema a tratar en la sesión correspondiente o con el objeto de la presente resolución.

ARTÍCULO 7. FUNCIONES DEL COMITÉ RENATO: El Comité tendrá las siguientes funciones:

1. Formular lineamientos estratégicos para el desarrollo técnico y operativo de la Red Nacional de Toxicología – RENATO.
2. Asesorar en la definición de criterios técnicos para la priorización de eventos toxicológicos de interés en salud pública.
3. Revisar, validar y recomendar protocolos, guías y anexos técnicos que regulen el funcionamiento de la red.
4. Emitir recomendaciones para la articulación de la RENATO con otras redes nacionales e internacionales de salud, así como con los sistemas de vigilancia y respuesta en salud pública.
5. Promover la investigación, innovación y generación de evidencia científica relacionada con el riesgo toxicológico y su gestión.
6. Acompañar el proceso de fortalecimiento del talento humano en toxicología, incluyendo formación y actualización de competencias.
7. Realizar el seguimiento y evaluación de la red con base en los indicadores definidos por el Instituto Nacional de Salud.
8. Fungir como instancia consultiva para el análisis de eventos toxicológicos complejos o emergentes que requieran intervención nacional o intersectorial.
9. Proponer acciones de mejora continua para el desarrollo institucional de la red.
10. Facilitar el intercambio de información, experiencias y buenas prácticas entre los miembros de la red y actores estratégicos.
11. Recomendar prioridades temáticas y territoriales a los actores del sector salud.
12. Las demás relacionadas con sus competencias.



ARTÍCULO 8. PRESIDENCIA DEL COMITÉ. El (la) Director(a) de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud o su delegado(a) ejercerá la presidencia del Comité RENATO, y tendrá las siguientes funciones:

1. Convocar las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité.
2. Presidir y moderar las reuniones, garantizando la participación técnica y la toma de decisiones en condiciones de objetividad e independencia.
3. Presentar las propuestas estratégicas y políticas generales para el funcionamiento y fortalecimiento de la RENATO.
4. Someter a consideración del Comité las propuestas de lineamientos, guías técnicas, criterios de priorización y documentos técnicos.
5. Dirimir los empates en las decisiones del Comité mediante voto dirimente.
6. Firmar las actas y demás documentos oficiales del Comité.
7. Presentar ante la Dirección General del INS los informes de gestión y resultados del Comité.

ARTÍCULO 9. SECRETARÍA TÉCNICA. La Dirección de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud – INS designará un funcionario para que ejerza la secretaria técnica del Comité RENATO, y realizará las funciones:

1. Elaborar y remitir las convocatorias, orden del día y documentos técnicos previos a cada sesión.
2. Coordinar con las dependencias del INS y con los miembros del Comité la preparación técnica de los temas a tratar.
3. Llevar el registro de asistencia, elaboración y archivo de actas, documentos de trabajo y conceptos emitidos.
4. Asegurar el cumplimiento del reglamento interno y el seguimiento a las decisiones adoptadas.
5. Apoyar técnicamente la redacción de propuestas normativas, anexos técnicos y documentos estratégicos.
6. Consolidar las observaciones y recomendaciones de los miembros y garantizar su integración a los instrumentos de planeación de RENATO.
7. Apoyar el monitoreo y seguimiento a los compromisos, indicadores y acciones definidas por el Comité.
8. Las demás funciones que sean propias de su competencia.

ARTÍCULO 10. REGLAMENTO DEL COMITÉ RENATO. El Comité RENATO se regirá por el siguiente reglamento:



1. **Funcionamiento:** El Comité sesionará de manera ordinaria cada cuatro (4) meses y de manera extraordinaria cuando sea convocado por la Dirección de Redes en Salud Pública del INS. Las sesiones podrán desarrollarse de manera presencial, virtual o híbrida, garantizando mecanismos de participación efectiva y deliberación técnica.
2. **Quóruns:** El Comité podrá sesionar válidamente con la presencia de la mitad más uno de sus miembros con derecho a voto. Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de los asistentes. En caso de empate, el voto del Presidente tendrá doble valor dirimente.
3. **Convocatorias:** Las convocatorias deberán realizarse con una antelación mínima de cinco (5) días hábiles para sesiones ordinarias y dos (2) días hábiles para sesiones extraordinarias, incluyendo el orden del día y documentos de soporte.
4. **Agenda y deliberaciones:** El (la) Director(a) de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud elaborará el orden del día con base en las propuestas de los miembros del Comité, priorizando asuntos técnicos y estratégicos de la red. Los puntos tratados serán discutidos bajo criterios de rigor científico, pertinencia normativa y viabilidad institucional.
5. **Confidencialidad y conflictos de interés:** Los miembros del Comité deberán actuar con independencia técnica y declarar cualquier conflicto de interés o impedimento antes de deliberar sobre un tema. La información técnica y estratégica discutida en el Comité tendrá carácter reservado hasta que se apruebe su publicación por parte del INS.
6. **Seguimiento:** El Comité realizará un informe anual de gestión, el cual será remitido al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Dirección General del INS e incorporado en el informe de gestión de RENATO.
7. **Reformas al reglamento:** Cualquier modificación al reglamento deberá ser aprobada por mayoría calificada de dos tercios (2/3) de los miembros del Comité y ratificada por el Instituto Nacional de Salud mediante acto administrativo.

ARTÍCULO 11. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RENATO. El Instituto Nacional de Salud en el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente resolución, desarrollará los lineamientos técnicos necesarios para el correcto funcionamiento y operación de la Red Nacional de Toxicología – RENATO. El término aquí previsto podrá ser prorrogado hasta por otros seis (6) meses más.

ARTÍCULO 12. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2.5. Resolución 812 de 2026

Por la cual se reglamenta el artículo 10 de la Ley 2361 de 2024, en relación con la creación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana y, se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 10 de la Ley 2361 de 2024 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política en su artículo 44 establece que, son derechos fundamentales de los niños y niñas, entre otros, la alimentación equilibrada, imponiendo al Estado de manera conjunta con la sociedad y la familia, la obligación de asistirlos y protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

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 el artículo 49 superior, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, dispone que, la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, quien debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Que el artículo 65 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 1 de 2025, consagra que el Estado garantizará el derecho humano a la alimentación adecuada, de manera progresiva, con enfoque intercultural y territorial, y a estar protegido contra el hambre y las distintas formas de malnutrición; asimismo, promoverá condiciones de seguridad, soberanía y autonomías alimentarias en el territorio nacional y generará acciones para minimizar la pérdida de alimentos.

Que la Ley 12 de 1991, por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, en 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



artículo 24 establece que el Estado colombiano reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y, se compromete a combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante la aplicación de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, establece las competencias en salud por parte de la Nación, destacando en sus numerales 42.1 y 42.3, la facultad de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y expedir la regulación para el sector salud, en el marco de sus competencias constitucionales y legales.

Que la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, establece en su artículo 29 que, la primera infancia comprendida entre los cero (0) y los seis (6) años de edad, es titular de los derechos reconocidos en los tratados internacionales y en la Constitución Política, precisando que el derecho a la nutrición tiene el carácter de impostergable, en el marco del derecho al desarrollo integral de los menores.

Que la Resolución 3280 de 2018 proferida por este Ministerio, adopta 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, e igualmente establece las directrices para su operación; asimismo, incorpora acciones orientadas a la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna, incluyendo información sobre los Bancos de Leche Humana (BLH), recomendando que la alimentación del recién nacido hasta los seis (6) meses sea exclusivamente de leche materna, destacando los principales beneficios de esta práctica en salud en el desarrollo integral de los niños y las niñas.

Que el artículo 2 de la Ley 2361 de 2024, define los Bancos de Leche Humana como las instituciones privadas sin ánimo de lucro o instituciones de naturaleza pública, creadas con el objetivo de promover, proteger, apoyar y fomentar la lactancia materna, y que se encuentran autorizadas para realizar las siguientes actividades: obtención, control de calidad, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de leche humana, con el propósito de conservarla y suministrarla a la población infantil, para fines preventivos, terapéuticos, de docencia o de investigación.

Que el artículo 7 de la precitada ley establece que, la infraestructura de los Bancos de Leche Humana deberá cumplir con el certificado de buenas prácticas otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), requisitos de inocuidad y tendrá funciones de recepción, almacenamiento, reenvase y distribución de leche humana.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 referida Ley 2361 de 2024, en su artículo 9 establece que, los Bancos de Leche Humana deberán estar articulados con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y con otras entidades del Estado Colombiano, según lo desarrolle la política pública y podrán apoyarse en la Superintendencia de Subsidio Familiar, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y demás entidades relacionadas.

Que en el artículo 10 de la Ley en cita, se dispone la creación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, cuyo coordinador será el Instituto Nacional de Salud, y la función de inspección, vigilancia y control será ejercida por el INVIMA, e indica que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará su conformación y funcionamiento, incluyendo las funciones y competencias de cada uno de los actores que harán parte de dicho sistema, lo que motiva la expedición del presente acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo 1 Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el artículo 10 de la Ley 2361 de 2024, en lo relativo a la conformación y funcionamiento del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, del Comité de Bancos de Leche Humana y de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, así como definir las funciones y competencias de cada uno de los actores que hacen parte de estos.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para:

- 2.1.** Instituto Nacional de Salud (INS);
- 2.2.** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA);
- 2.3.** Superintendencia Nacional de Salud (SNS);
- 2.4.** Entidades Territoriales departamentales y distritales en el sector Salud, que cuenten dentro del área de su jurisdicción con Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y/o Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada.
- 2.5.** Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- 2.6. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que cuenten con Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y/o Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada;
- 2.7. Instituciones o establecimientos de salud que desarrollen total o parcialmente actividades relacionadas con la promoción de la donación, extracción, procesamiento, almacenamiento, control de calidad y distribución de leche humana procesada, así como otros actores o sectores que contribuyan al funcionamiento y fortalecimiento de los bancos de leche humana.

Capítulo 2

Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana

Artículo 3. Conformación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana. El Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana estará conformado por:

- 3.1. Instituto Nacional de Salud;
- 3.2. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos;
- 3.3. Superintendencia Nacional de Salud;
- 3.4. Bancos de Leche Humana;
- 3.5. Centros de Recolección de Leche Humana;
- 3.6. Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada;
- 3.7. Entidades Territoriales departamentales y distritales de Salud;
- 3.8. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios;
- 3.9. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de acuerdo a lo señalado en el numeral 2.6. del artículo 2 de la presente resolución;
- 3.10. Los demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vinculados con la donación, extracción, procesamiento, almacenamiento, control de calidad, distribución y uso de leche humana.

Artículo 4. Coordinación Nacional. La Coordinación Nacional del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana estará a cargo del Instituto Nacional de Salud.

Parágrafo. El INS y el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, desarrollarán los lineamientos técnicos para la operación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Artículo 5. Objetivos del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana. El Sistema de Bancos de Leche Humana se organizará con el fin de desarrollar los siguientes objetivos:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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. Fomentar la coordinación entre las instituciones y actores que conforman el Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, para el logro de la promoción de la extracción, donación, recolección, transporte, almacenamiento, procesamiento, control de calidad, distribución y uso de la leche humana en el país.
- 5.2. Desarrollar esfuerzos conjuntos para el monitoreo y reporte coordinado de las actividades realizadas en el marco del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 5.3. Asegurar el seguimiento adecuado al cumplimiento de las funciones de los actores del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana y promover las acciones de mejora frente a los hallazgos de las acciones de inspección, vigilancia y control.
- 5.4. Emitir o actualizar los lineamientos técnicos para la operación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 5.5. Considerar las necesidades de los diferentes grupos sociales, en la ampliación del acceso de la población a los Bancos de Leche Humana, promoviendo un uso racional y eficiente de recursos.
- 5.6. Garantizar la suficiencia, seguridad, eficiencia y eficacia de los BLH en el territorio nacional.
- 5.7. Liderar y priorizar el desarrollo de capacidades del talento humano en todos los niveles.
- 5.8. Gestionar las fuentes de financiamiento que permitan apoyar la promoción de la donación, así como el acceso y la ampliación de la oferta de los Bancos de Leche Humana; de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 12 de la Ley 2361 de 2024, y demás normas aplicables.
- 5.9. Asegurar mecanismos de intercambio de información y experiencias científicas y técnicas, que permitan mejorar la eficiencia de la administración de las políticas nacionales en el ámbito de los Bancos de Leche Humana.
- 5.10. Establecer convenios de cooperación multidisciplinarios con Organismos y Agencias de Cooperación Internacional y vinculación con Redes internacionales de Bancos de Leche Humana.
- 5.11. Promover la donación de leche humana siguiendo los principios de solidaridad, gratuidad, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Artículo 6. Comité de Bancos de Leche Humana. El Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana contará con un comité técnico, conformado por representantes de cada una de las entidades que hacen parte de éste, de la siguiente manera:

- 6.1 El (la) Director (a) de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado (a);
- 6.2 El (la) Director (a) de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud o su delegado (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



- 6.3 El (la) Director (a) de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos o su delegado (a);
- 6.4 El (la) Director (a) de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud o su delegado (a);
- 6.5 Un (a) representante de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales de Salud;
- 6.6 Un (a) representante de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios;
- 6.7 Un (a) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
- 6.8 Dos representantes de los Bancos de Leche Humana, quienes ejercerán el rol de Coordinador Técnico del BLH.

Parágrafo. Para la conformación del primer Comité de Bancos de Leche Humana, las entidades señaladas en los numerales 6.5 a 6.7 deberán adelantar un proceso democrático de elección de sus representantes, mediante votación por mayoría absoluta, el cual será organizado y supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando transparencia y participación equitativa. Este procedimiento tendrá carácter transitorio y se aplicará únicamente para la designación inicial de los miembros del Comité, lo cual obrará en actas. De igual forma, el INVIMA realizará la elección de los dos representantes iniciales de los Bancos de Leche Humana. Posteriormente, las reglas definitivas sobre elección, duración y reemplazo de representantes serán establecidas en el Reglamento Interno a que hace referencia el numeral 7.11 del artículo 7 de la presente resolución.

Parágrafo transitorio: A efectos de garantizar la operatividad del Comité y el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Resolución, se entenderá que la dependencia del Director de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención corresponde a la denominada Dirección de Promoción y Prevención, hasta tanto se culmine el proceso de implementación de la reestructuración de la planta de personal de este Ministerio.

Artículo 7. Funciones del Comité Nacional de Bancos de Leche Humana. El Comité Nacional de Bancos de Leche Humana ejercerá las siguientes funciones:

- 7.1 Coordinar las acciones necesarias entre las instituciones y actores que conforman el Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, para el logro de la promoción de la donación, extracción, recolección, transporte, almacenamiento, procesamiento, control de calidad, distribución y uso de la leche humana en el país.
- 7.2 Realizar el monitoreo al cumplimiento de las funciones de los actores del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana y emitir un informe trimestral.
- 7.3 Realizar seguimiento a las acciones de mejora respecto de los hallazgos generados por el INVIMA, y las demás autoridades competentes en ejercicio de las facultades 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



- inspección, vigilancia y control; e informar a la autoridad competente los posibles incumplimientos que se identifiquen, cuando haya lugar a ello.
- 7.4** Realizar el acompañamiento requerido a las instituciones y actores que conforman la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, para la implementación de los lineamientos técnicos establecidos.
 - 7.5** Orientar la creación e implementación de nuevos Bancos de Leche Humana.
 - 7.6** Fomentar la seguridad, eficiencia y eficacia de los Bancos de Leche Humana, que serán utilizados por la población del territorio nacional.
 - 7.7** Formular un plan de desarrollo de capacidades en el talento humano de los Bancos de Leche Humana en todos los niveles.
 - 7.8** Liderar la implementación de mecanismos de intercambio de información y experiencias científicas y técnicas, que permitan mejorar la eficiencia de la administración de las políticas nacionales, en el ámbito de los Bancos de Leche Humana.
 - 7.9** Sesionar de manera ordinaria cada tres (3) meses y de forma extraordinaria cuando las circunstancias lo requieran, previa convocatoria de la Secretaría Técnica o a solicitud de la mayoría de sus integrantes. La primera sesión del Comité Nacional de Bancos de Leche Humana, será convocada por la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.
 - 7.10** Asignar por mayoría absoluta, la Secretaría Técnica a uno de los miembros que conforman el Comité, la cual tendrá a su cargo el liderazgo de las sesiones ordinarias y extraordinarias, realizar la convocatoria y elaborar las actas correspondientes. La forma de asignación, funciones generales y específicas, requisitos para el cargo, tiempo de permanencia y otros aspectos técnicos, que serán establecidos en el Reglamento Interno al que hace referencia el numeral 7.11 del artículo 7 de la presente resolución.
 - 7.11** Establecer su reglamento interno, definir los subcomités técnicos que se requieran y sus funciones de apoyo al Comité Nacional.
 - 7.12** Las demás que le correspondan por su naturaleza y para dar cumplimiento al objeto para el que fue creado.

Capítulo 3

Responsabilidades de los Integrantes del Sistema

Artículo 8. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Ministerio, de conformidad con su marco de competencias, tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

- 8.1** Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana en el país.



- 8.2** Desarrollar y actualizar, cuando se requiera, junto con el Instituto Nacional de Salud, los lineamientos técnicos para la operación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 8.3** Definir las acciones para favorecer la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en las familias lactantes y, el acceso a la leche humana de los BLH a los niños y niñas que por criterio médico o nutricional lo requieran.
- 8.4** Implementar estrategias dirigidas a la población para la promoción de la donación altruista de leche humana, de acuerdo con las necesidades del país.
- 8.5** Realizar, los convenios de cooperación multidisciplinarios requeridos para fortalecer la estrategia para la promoción de la donación altruista de leche humana.

Artículo 9. Responsabilidades del Instituto Nacional de Salud. El INS, de conformidad con su marco de competencias, tendrá las siguientes responsabilidades:

- 9.1** Coordinar el Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 9.2** Coordinar la Red Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 9.3** Desarrollar y actualizar, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, los lineamientos técnicos para la operación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 9.4** Desarrollar e implementar el sistema de vigilancia de incidentes y eventos adversos de los procesos de datos de promoción de la donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, control de calidad, conservación, distribución y uso de la leche humana.
- 9.5** Analizar y evaluar de manera sistemática los incidentes y eventos adversos reportados.
- 9.6** Establecer como Coordinador Nacional del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, el programa de auditoría y los estándares correspondientes a los procesos de asignación y distribución de la leche humana extraída y pasteurizada, según los criterios de priorización definidos, los cuales serán aplicados por las Entidades Territoriales.
- 9.7** Contribuir con la investigación de la donación, procesamiento, conservación y uso de leche humana.
- 9.8** Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social, en la definición de lineamientos para las actividades de promoción a la donación de leche humana.
- 9.9** Establecer, conforme a su marco de competencias, el procedimiento para el transporte por vía terrestre, aérea y marítima de leche humana en el territorio nacional, en articulación con las autoridades competentes.

Artículo 10. Responsabilidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. El INVIMA, de conformidad con su marco de competencias, tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- 10.1 Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control a los Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y a los Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada.
- 10.2 Otorgar el certificado de buenas prácticas a los Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y a los Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada.
- 10.3 Publicar el listado de Bancos de Leche humana, Centros de Recolección de Leche Humana y a los Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada certificados en buenas prácticas.
- 10.4 Identificar y evaluar las desviaciones de calidad o infracciones a las normas sanitarias asociadas al funcionamiento de los Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y a los Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada.
- 10.5 Adelantar las investigaciones por las desviaciones de calidad o infracciones que se presenten y aplicar las medidas sanitarias y las sanciones que sean de su competencia, de conformidad con la Ley 9 de 1979 y demás normas reglamentarias.
- 10.6 Suministrar la información sobre las actividades de inspección, vigilancia y control que les sea solicitada por la Coordinación Nacional del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, así como por las diferentes entidades que la requieran en el marco de su competencia.
- 10.7 Proponer medidas de carácter general para la aplicación de las buenas prácticas en los Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y a los Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada.
- 10.8 Remitir a las autoridades competentes la información de las posibles infracciones a las normas sanitarias del procesamiento, conservación y uso de la leche humana procesada en los Bancos de Leche Humana.
- 10.9 Apoyar, cuando se requiera, el análisis de casos relacionados con eventos adversos asociados a la donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, distribución y uso de la leche humana.
- 10.10 Verificar el cumplimiento de requisitos, previo concepto técnico del Instituto Nacional de Salud, para la entrada o salida de leche humana procesada al territorio nacional en situaciones de emergencia, desastres, calamidad pública o fines preventivos para la atención en salud.

Artículo 11. Responsabilidades de la Superintendencia Nacional de Salud. La SNS, de conformidad con su marco de competencias, tendrá las siguientes responsabilidades:

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- 11.1** Ejercer funciones de inspección, vigilancia y control respecto de las Entidades Territoriales departamentales y distritales de salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en relación con el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución y, la garantía del acceso oportuno a la leche humana procesada por los Bancos de Leche Humana a los pacientes que la requieran, de conformidad con las competencias conferidas por las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1949 de 2019, Decreto 1080 de 2021 y demás disposiciones concordantes, o aquellas que la sustituya o modifique.
- 11.2** Adelantar por el medio más expedito, el proceso democrático de elección de los representantes de las entidades, señalado en el parágrafo del artículo 6 de la presente resolución, comunicando oficialmente los resultados a la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 12. Responsabilidades de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales en el sector Salud. Las Entidades Territoriales de salud o quienes hagan sus veces, del orden departamental y distrital, en cuya jurisdicción operen Bancos de Leche Humana, de conformidad con su marco de competencias, tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

- 12.1** Ejercer, funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con Bancos de Leche Humana, en lo relacionado con el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución y la garantía del acceso oportuno a la leche humana a los pacientes que lo requieran.
- 12.2** Verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud que cuenten con Bancos de Leche Humana, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 13. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las EPS, de conformidad con su marco de competencias, tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

- 13.1** Adoptar las acciones administrativas, contractuales y operativas necesarias para facilitar el acceso de sus afiliados a la leche humana donada pasteurizada, de acuerdo con la valoración clínica y nutricional y la disponibilidad del recurso.
- 13.2** Incluir en los acuerdos de voluntades con su red prestadora de servicios de salud, la obligación de garantizar a los niños y niñas el acceso a la leche humana proveniente de los Bancos de Leche Humana, conforme a disponibilidad del recurso y a la valoración clínica y nutricional correspondiente.



Parágrafo. La gestión del acceso a leche humana se hará en coordinación con las Entidades Territoriales departamentales y distritales, los Bancos de Leche Humana en operación y las IPS que opten por implementar la estrategia de Bancos de Leche Humana, de manera que se fortalezca progresivamente la oferta regional.

Artículo 14. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las IPS públicas, privadas o mixtas, que cuenten con Bancos de Leche Humana, así como aquellas intervengan en los procesos de donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación, distribución o suministro de leche humana, de conformidad con su marco de competencias, tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

- 14.1** Identificar los incidentes y eventos adversos en los procesos de donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, conservación, distribución, suministro y uso de leche humana y notificar al Sistema Nacional de Biovigilancia.
- 14.2** Garantizar el cumplimiento de las políticas públicas y lineamientos para la promoción de la donación de leche humana.
- 14.3** Dar cumplimiento a la normatividad vigente que defina las buenas prácticas para los Bancos de Leche Humana y de habilitación de los servicios de salud.
- 14.4** Promover, proteger y apoyar la lactancia materna dentro de sus instituciones.
- 14.5** Asegurar el correcto funcionamiento de los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios, garantizando la seguridad y calidad de la leche, así como la promoción de la lactancia materna.
- 14.6** Gestionar la disposición de los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios, para recolectar, almacenar, procesar, conservar, controlar la calidad y distribuir leche materna donada a recién nacidos hospitalizados que la necesiten.
- 14.7** Establecer protocolos claros para la recolección de leche materna de donantes voluntarias, asegurando la trazabilidad y calidad de la leche, en los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios.
- 14.8** Garantizar el funcionamiento adecuado de los bancos de leche humana que hagan parte de sus servicios, incluyendo personal capacitado, equipos, insumos y materiales.
- 14.9** Gestionar la capacitación a los profesionales de la salud en lactancia materna, manipulación de alimentos, procesamiento y control de calidad de la leche humana.
- 14.10** Realizar un seguimiento constante al funcionamiento de los Bancos de Leche Humana que hagan parte de sus servicios, identificando posibles problemas y tomando medidas correctivas.
- 14.11** Exigir a los bancos de leche humana de los cuales reciban servicios, la certificación de cumplimiento de buenas prácticas.



Parágrafo: En los casos en que el Banco de Leche Humana funcione de manera independiente a una IPS, deberá cumplir con las responsabilidades establecidas en el presente artículo y que les sean aplicables.

CAPÍTULO 4

Red Nacional de Bancos de Leche Humana

Artículo 15. Conformación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana. La Red Nacional de Bancos de Leche Humana será la instancia operativa del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana y estará integrada por:

- 15.1** Bancos de Leche Humana en operación;
- 15.2** Centros de Recolección de Leche Humana;
- 15.3** Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada;
- 15.4** Instituto Nacional de Salud.

Artículo 16. Objetivos de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana. La Red Nacional de Bancos de Leche Humana tendrá como objetivos los siguientes:

- 16.1** Promover la donación de leche humana.
- 16.2** Gestionar, supervisar y garantizar que la donación de leche humana se realice con equidad, ética, seguridad y eficacia.
- 16.3** Definir los flujos de procesos e información requeridos para la operación coordinada de los Bancos de Leche Humana a nivel regional.
- 16.4** Implementar el Programa Nacional de Auditoría para Bancos de Leche Humana.
- 16.5** Implementar un sistema de información interoperable entre las instituciones que la conforman.
- 16.6** Diseñar e implementar un programa de Capacitación y Promoción de la donación de leche humana.
- 16.7** Liderar el proceso de innovación y de gestión del conocimiento sobre donación de leche humana.
- 16.8** Apoyar la respuesta humanitaria en situaciones de emergencia para priorizar la ayuda alimentaria basada en leche humana donada pasteurizada a los niños y niñas menores de 6 meses afectados.
- 16.9** Realizar convenios y alianzas estratégicas con entidades públicas, privadas, académicas y comunitarias, nacionales e internacionales, ampliando el impacto de las acciones de donación y garantizando sostenibilidad en el tiempo.



Artículo 17. Coordinación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana. La Coordinación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, estará a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 18. Funciones de la Coordinación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana. La Coordinación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana cumplirá las siguientes funciones:

- 18.1** Desarrollar los lineamientos técnicos para la operación de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana.
- 18.2** Coordinar con los actores del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana las actividades de promoción de la donación.
- 18.3** Definir la organización interna de la Red, el manual de funciones y los procedimientos de articulación entre las coordinaciones regionales.
- 18.4** Establecer los lineamientos de autoevaluación y contenidos mínimos para las instituciones oferentes de programas de formación continua relativos a los Bancos de Leche Humana.
- 18.5** Implementar un sistema de información que permita integrar las bases de datos de los Bancos de Leche Humana e incorporarlas al Sistema Integrado de Información del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 18.6** Implementar un sistema de información que permita integrar los datos de promoción de la donación, extracción, transporte, almacenamiento, procesamiento, control de calidad, conservación, distribución y uso de la leche humana, y su articulación con el Sistema Integrado de Información del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 18.7** Analizar y emitir concepto en los casos en que los criterios de selección de donantes de leche humana requieran una evaluación por una instancia superior a la coordinación regional.
- 18.8** Monitorear la disponibilidad de leche humana y en casos de emergencia, desastre o posible desastre, adelantar las acciones necesarias para brindar una respuesta oportuna ante la necesidad de este componente.
- 18.9** Emitir, conforme a su marco de competencias, concepto técnico sobre la necesidad de entrada o salida de leche humana procesada al territorio nacional en situaciones de emergencia, desastres, calamidad pública o fines preventivos para la atención en salud siempre y cuando exista suficiencia interna.
- 18.10** Verificar la gestión de acciones de las coordinaciones regionales.
- 18.11** Liderar el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores que conforman la Red de Bancos de leche humana.



- 18.12** Definir los lineamientos de autoevaluación y los contenidos mínimos para las instituciones oferentes de los programas de formación continua para los Bancos de Leche Humana, en el marco del Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud.
- 18.13** Consolidar registros de las estadísticas remitidas por los Bancos de Leche Humana a las coordinaciones regionales.
- 18.14** Cooperar y articular acciones con la Red Global de Bancos de Leche Humana.
- 18.15** Presentar un informe semestral al Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana sobre la situación actual de la donación de leche humana y gestión de los Bancos de Leche Humana del país.
- 18.16** Realizar auditoría externa a los demás niveles y actores de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana.

Artículo 19. Requisitos para la inscripción de los Bancos de Leche Humana a la Red Nacional de Bancos de Leche Humana Centros de Recolección de Leche Humana y Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada. Los Bancos de Leche Humana, Centros de Recolección de Leche Humana y Centros de Recepción y Conservación de Leche Humana Donada Pasteurizada deberán diligenciar la solicitud de inscripción y cumplir con los siguientes requisitos:

- 19.1** Contar con certificado de cumplimiento de buenas prácticas de Bancos de Leche Humana expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
- 19.2** Presentar el listado de los profesionales y técnicos, enunciando el perfil y los procesos técnicos y científicos en los que intervienen, acreditando la experiencia e idoneidad de conformidad con el cumplimiento de los requisitos señalados en el Manual de Buenas Prácticas de Bancos de Leche Humana que para tal efecto emita el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 19.3** Suministrar el listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las cuales el Banco de Leche Humana enviará leche humana donada procesada.

Capítulo 5

Disposiciones finales

Artículo 20. Promoción de la donación de leche humana. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Entidades Territoriales de salud y el Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, desarrollarán campañas públicas de promoción de la donación de la leche humana, mediante estrategias de información, educación y de comunicación para toda la población, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 12 de la Ley 2361 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya.



Artículo 21. Formación continua en el Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana.

Las instituciones que ofrezcan programas de formación continua en el marco del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana, deberán atender los lineamientos de autoevaluación y contenidos mínimos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y remitir semestralmente a esta entidad, como Coordinador de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, el listado del talento humano en salud que haya obtenido constancias de asistencia a los programas ofertados.

Parágrafo. Los programas de formación continua dirigidos específicamente al talento humano en salud estarán sujetos a lo dispuesto en la normatividad vigente, en especial a lo establecido en la Ley 1164 de 2007, el Decreto 376 de 2022 y demás normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 22. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2.6. Resolución 813 de 2026

Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho a morir dignamente, en sus dimensiones de Eutanasia y de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En desarrollo del numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y en cumplimiento de las órdenes proferidas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021, T-445 de 2024, T-057 de 2025, T-438 de 2025 y,

CONSIDERANDO

Que, según lo establecido por los artículos 3, 13 y 15 de la Ley 23 de 1981, los médicos deben proveer los beneficios de la medicina en favor de toda persona que lo necesite, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad, y cuando exista muerte cerebral, “(...) no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales”, lo que debe articularse con el deber deontológico de no exponer a los pacientes a riesgos injustificados.

Que la Resolución 13437 de 1991, en sus artículos 2 y 3, regula la conformación y funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Estas instancias, en ejercicio de su autonomía organizacional y con el propósito de responder a las necesidades específicas de sus usuarios, han evolucionado en su estructura y alcance funcional, incorporando roles de carácter consultivo propios de la bioética. En este sentido, de acuerdo con la Guía de Creación de Comités de Bioética de 2005 de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), los comités de ética asistencial y hospitalaria se enmarcan dentro de los comités de bioética orientados a mejorar la atención centrada en el paciente, lo que ha dado lugar al uso de denominaciones como Comités de Bioética, así como a la implementación de equipos de bioética clínica o servicios de interconsulta en bioética asistencial.

Que la Ley 1733 de 2014 regula los cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, en cualquier fase de la enfermedad que genere alto impacto en la calidad de vida, y reconoce, entre otros, el derecho de los pacientes a no someterse a tratamientos médicos innecesarios que impliquen la prolongación

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 la vida sin que ello represente condiciones de vida digna; asimismo, en el numeral 4 del artículo 5 consagra el derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, mediante el cual la persona puede expresar sus decisiones en caso de no encontrarse en condiciones de manifestar su voluntad.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone, en el literal b) del artículo 6, que los agentes del sistema deben respetar la ética médica, así como las diversas culturas de las personas, incluyendo sus particularidades socioculturales y cosmovisiones en salud, y responder de manera adecuada las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida, así como los establecimientos deberán prestar los servicios de salud dentro del respeto y la confidencialidad. Así mismo, el artículo 10 de la citada Ley reconoce, entre otros, el derecho de las personas a recibir información clara, apropiada y suficiente para la toma de decisiones sobre los procedimientos que se les vayan a practicar y sus riesgos, conforme a lo previsto en su literal d); a no ser obligadas a recibir tratamientos y a que se respeten sus creencias y costumbres, de acuerdo con el literal f); y a no ser sometidas a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad ni a soportar sufrimientos evitables, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento, en los términos del literal o).

Que la Ley 1996 de 2019, establece medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad mayores de edad, y define para su aplicación de manera diferenciada, apoyos, apoyos formales, ajustes razonables, y directivas anticipadas, así como define los requisitos para ser persona de apoyo y sus inhabilidades.

Que, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, en particular las Sentencias T-411 de 1994, T-744 de 1996, T-659 de 2002, T-471 de 2005 y C-355 de 2006, la objeción de conciencia no es un derecho del cual sean titulares las personas jurídicas ni el Estado, sino que se predica exclusivamente de las personas naturales. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible que instituciones prestadoras de servicios de salud, tal como clínicas, hospitales o centros de salud, aleguen objeción de conciencia.

Que la honorable Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-239 de 1997, estableció que el derecho fundamental a la vida debe ser entendido en condiciones de dignidad y que, en determinados supuestos, la conducta del médico que pone fin a la vida de un paciente no resulta penalmente reprochable cuando: i) medie el consentimiento libre, informado e inequívoco del paciente, ii) se trate de una persona con enfermedad terminal que padezca intensos sufrimientos y iii) el procedimiento sea realizado por un profesional de la medicina. Asimismo, exhortó al Congreso de la República a expedir la regulación correspondiente. En dicha providencia, precisó que dicho consentimiento debe ser emitido por una persona con capacidad para comprender su situación, lo cual implica el acceso a información suficiente, seria y confiable sobre 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



enfermedad, las alternativas terapéuticas y su pronóstico, así como la aptitud para adoptar una decisión autónoma.

Que, posteriormente, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-970 de 2014, reiteró que la despenalización condicionada de la eutanasia en los términos fijados en la Sentencia C-239 de 1997. Asimismo, estableció los criterios constitucionales para la práctica de procedimientos que tengan como propósito garantizar el derecho fundamental a la muerte digna, a saber, la prevalencia de la autonomía del paciente, la imparcialidad, la celeridad y la oportunidad, indicando a su vez que al médico que alegue objeciones morales, éticas o filosóficas no podrá ser obligado a realizar el procedimiento.

Que, en la Sentencia T-423 de 2017 se reiteró que el derecho fundamental a morir dignamente se deriva de los principios de la dignidad humana y de la autonomía personal, y advirtió que las barreras administrativas o la falta de infraestructura en el sistema de salud no pueden impedir su ejercicio efectivo; en consecuencia, la Corte evidenció fallas institucionales que vulneraron los derechos a la salud y a la muerte digna de una paciente en condición terminal, y ordenó a las autoridades sanitarias adoptar medidas para garantizar la implementación real y oportuna de los procedimientos de eutanasia, así como eliminar los obstáculos que dificulten su acceso.

Que la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-544 de 2017, reiteró el carácter fundamental del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de especial protección constitucional, en conexidad con la vida digna y el derecho a morir con dignidad, y advirtió que las barreras administrativas y las omisiones en la prestación de servicios de salud vulneran estos derechos al prolongar injustificadamente el sufrimiento; en ese sentido, ordenó la adopción de medidas para garantizar su ejercicio efectivo, incluyendo el derecho de los niños, niñas y adolescentes a morir con dignidad. En cumplimiento de dicha orden judicial, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 825 de 2018, mediante la cual reguló el derecho a morir con dignidad para los niños, niñas y adolescentes, dispuso la conformación de Comités Interdisciplinarios de Eutanasia con participación de expertos en esta población y estableció un procedimiento integral con enfoque diferencial y multidimensional, que incorpora el cuidado paliativo pediátrico, la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, la comprensión del concepto de muerte según la edad evolutiva, las habilidades para la toma de decisiones en salud y la participación de quienes ejercen la patria potestad, con el fin de garantizar de manera efectiva, oportuna y digna el ejercicio de este derecho.

Que, de conformidad con la Sentencia T-721 de 2017, la Corte Constitucional analizó un caso relacionado con la solicitud de eutanasia respecto de una paciente que no recibió cuidados paliativos ni fue tratado su caso a través de la adecuación de los esfuerzos terapéuticos; en dicha providencia, reiteró que el derecho fundamental a morir con dignidad tiene un carácter

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



multidimensional y no se agota en la eutanasia, sino que comprende también otras alternativas como los cuidados paliativos y la limitación del esfuerzo terapéutico. Así mismo, examinó la procedencia del consentimiento sustituto a la luz de la Resolución 1216 de 2015 y concluyó la necesidad de ajustar su alcance, ordenando al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar el trámite aplicable en los casos en que se configure esta modalidad de consentimiento, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo de este derecho

Que, posteriormente, mediante la Sentencia T-060 de 2020, la Corte Constitucional profundizó en el alcance del derecho fundamental a morir dignamente, destacando que este no se limita a la eutanasia, sino que comprende distintas dimensiones orientadas al cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo como forma de alivio del sufrimiento y de garantía de una mejor calidad de vida para la persona y su familia. En dicha providencia, la Corte resaltó además la necesidad de asegurar que las decisiones relacionadas con la anticipación de la muerte estén fundadas en la autonomía del paciente, sean genuinas, firmes y libres de presiones o vicios del consentimiento, y ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto, particularmente en aquellos casos en los que el paciente se encuentre en imposibilidad de manifestar su voluntad y no exista documento de voluntad anticipada, debiendo considerar las distintas dimensiones de este derecho y los criterios desarrollados por la jurisprudencia constitucional, con el fin de asegurar su garantía efectiva.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2665 de 2018, mediante la cual se reglamentan aspectos de la Ley 1733 de 2014 con relación a los requisitos y mecanismos para la suscripción de los Documentos de Voluntad Anticipada, como instrumento para garantizar la manifestación libre, previa e informada de la voluntad de las personas frente a decisiones en salud, en armonía con los desarrollos jurisprudenciales sobre la autonomía del paciente en el marco del derecho a morir con dignidad.

Que, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-423 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 229 de 2020, mediante la cual se impartieron lineamientos para la adopción y divulgación de la carta de derechos y deberes de los pacientes, disponiendo la inclusión expresa del derecho fundamental a morir con dignidad, así como el desarrollo de un capítulo específico orientado a garantizar su conocimiento, alcance y ejercicio efectivo por parte de los usuarios del sistema de salud.

Que, en igual sentido, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-423 de 2017 y en ejercicio de sus competencias regulatorias, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 971 de 2021, mediante la cual se adoptaron disposiciones para el registro, recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia en personas mayores de edad.

Que, con posterioridad a la expedición de las resoluciones antes señaladas, la Corte Constitucional ha consolidado y profundizado la línea jurisprudencial en materia del derecho fundamental a morir con dignidad, impartiendo órdenes específicas al Ministerio de Salud y Protección Social orientadas a la actualización y armonización de la regulación vigente. En este sentido, mediante la Sentencia C-233 de 2021 dispuso la necesidad de adecuar la normativa para hacer operativas las garantías del derecho en sus distintas dimensiones, esto es, cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y eutanasia, así como regular integralmente la manifestación del consentimiento, incluyendo el consentimiento propio, el sustituto y los Documentos de Voluntad Anticipada, precisando que no puede exigirse la condición de enfermedad en fase terminal ni la obligación de agotar previamente otras alternativas terapéuticas, y que deben establecerse criterios para determinar la procedencia del consentimiento sustituto cuando existan condiciones que permitan determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna.

Que, mediante la Sentencia T-048 de 2023, la Corte Constitucional reiteró las subreglas que deben incorporarse en la regulación del derecho a morir con dignidad, en particular en lo relativo a la eutanasia, precisando que la facultad para decidir hasta cuándo la vida es compatible con la dignidad humana radica, de manera principal, en el titular del derecho a la vida, cuya voluntad prevalece. Así mismo, destacó que el consentimiento constituye un elemento esencial para la garantía de este derecho, el cual debe ser libre, informado e inequívoco, y cuya validez debe analizarse en atención a las condiciones particulares de salud y a las circunstancias específicas de cada persona en el contexto de las decisiones al final de la vida.

Que, mediante la Sentencia T-445 de 2024, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social modificar y actualizar la Resolución 971 de 2021 por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia, incorporando los criterios fijados en dicha providencia y en la Sentencia C-233 de 2021 para garantizar este derecho fundamental.

Que, en particular, la Corte precisó que la prestación del servicio público de salud debe garantizarse sin desconocer la libertad individual y las convicciones íntimas de las personas, reconociendo su facultad de elegir, dentro de las opciones disponibles en el sistema, la forma de finalizar su vida en condiciones de dignidad. Así mismo, estableció que el acceso a la eutanasia procede cuando exista una solicitud libre, informada e inequívoca, formulada antes o después del diagnóstico, y se verifique la existencia de un sufrimiento intenso derivado de lesión corporal 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



enfermedad grave e incurable, sin que sea exigible la condición de enfermedad en fase terminal; y, adicionalmente, reiteró la procedencia del consentimiento sustituto en aquellos eventos en los cuales sea necesario evitar la prolongación del sufrimiento de una persona que no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad, siempre que existan elementos que permitan determinar su posición frente al derecho a morir con dignidad o se cuente con manifestaciones previas, tales como Documentos de Voluntad Anticipada.

Que, posteriormente, mediante la Sentencia T-057 de 2025, la Corte Constitucional ordenó ajustar la regulación vigente para garantizar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva no sean excluidos del acceso al procedimiento eutanásico, incorporando el marco del modelo social de discapacidad, el sistema de apoyos a través del principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad. Respecto del derecho a morir con dignidad, la Corte en dicha sentencia indica que la muerte constituye una situación tan radicalmente irreversible que no es admisible, cuando no existe el consentimiento de la persona enferma o no es posible identificar el sentido posible de su decisión, que otra persona tome la decisión de que la vida llegue a su fin.

Que, mediante la Sentencia T-438 de 2025, la Corte Constitucional precisó el alcance del denominado consentimiento sustituto y dispuso la adopción del concepto de “apoyos interpretativos de la voluntad”, por considerarlo más acorde con el respeto a la autonomía, en particular de las personas con discapacidad. En dicha providencia, la Corte identificó dos escenarios en los cuales resulta procedente este enfoque: el primero, cuando la persona, en ejercicio de su autonomía y con anterioridad a la condición de salud que le impide manifestar su voluntad, expresó de manera clara su posición frente a la muerte digna, ya sea mediante la suscripción de un Documento de Voluntad Anticipada o a través de manifestaciones orales o verbales a sus allegados; y el segundo, cuando la persona no cuenta con conciencia o con medios para expresar su voluntad en el momento de enfrentar una condición de salud extrema, pero es posible conocerla a partir de sus preferencias, valores e intereses vitales. En consecuencia, la Corte ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social adecuar el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento de Comité de eutanasia, en lo relacionado con los apoyos interpretativos de la voluntad de una persona para el ejercicio del derecho a morir dignamente, puesto que la Corte considera que dicha denominación se ajusta de manera más adecuada al principio de autonomía, especialmente en lo que respecta a las personas con discapacidad.

Que mediante la Resolución 309 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social impartió lineamientos para la garantía del derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños, niñas y adolescentes, a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado, incluyendo en el numeral 14

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 su anexo técnico las recomendaciones para atenciones que requieren especial atención a la autonomía progresiva y contextual el derecho a morir con dignidad.

Que para dar cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional con respecto al derecho a morir con dignidad en sus dimensiones Eutanasia y Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos, es necesario unificar y actualizar las regulaciones pertinentes, contenidas en las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021, respecto a la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, las directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia, el procedimiento en los eventos de indicación o solicitud de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, así como el proceso a seguir por los Comités de Ética Hospitalaria, de requerirse su participación frente a casos de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos. Igualmente, respecto a las instrucciones específicas para los diferentes tipos de Comités cuando se trate de una solicitud de eutanasia en la cual se solicita usar como mecanismo de expresión de la solicitud de eutanasia el uso de apoyos interpretativos de la voluntad.

Que, para efectos de la unificación y actualización normativa de que trata la presente resolución, se tendrán en cuenta, además de las sentencias C-233 de 2021, T-445 de 2024, T-057 de 2025 y T-438 de 2025, los precedentes jurisprudenciales establecidos por la Corte Constitucional en materia del derecho a morir dignamente, en particular las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, T-048 de 2023 y T-239 de 2023, así como las demás decisiones que integran la línea jurisprudencial aplicable en esta materia.

Que, en desarrollo de la citada jurisprudencia, corresponde al Estado adoptar medidas regulatorias orientadas a asegurar el ejercicio efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en el marco de las atenciones en salud, mediante la reducción de barreras de acceso, la definición de procedimientos de verificación seguros y garantes, y el establecimiento de reglas jurídicamente homogéneas que otorguen claridad a los actores del sistema de salud y fortalezcan las garantías para el ejercicio de este derecho.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto dar cumplimiento a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho fundamental a morir con

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



dignidad, en sus dimensiones de eutanasia y de adecuación de los esfuerzos terapéuticos, de conformidad con las sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021, T-445 de 2024, T-057 de 2025 y T-438 de 2025, así como en consecuencia, modificar parcialmente los artículos 2 y 3 de la Resolución 13437 de 1991, derogar las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021 y, adoptar los siguientes anexos técnicos, que hacen parte integral de la presente resolución:

1. Anexo Técnico 1: “ESPECIFICACIONES DE LOS DATOS A REPORTAR SOBRE EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE REPORTE DE SOLICITUDES DE EUTANASIA”.
2. Anexo Técnico 2: “ESPECÍFICACIONES DE LOS DATOS A REPORTAR SOBRE LOS CASOS DE EUTANASIA SEGÚN LO REGULADO POR EL ARTÍCULO 54 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO”.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí previstas se aplicarán a:

- 2.1. El Talento Humano en Salud.
- 2.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- 2.3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento.
- 2.4. Los pacientes colombianos y los extranjeros domiciliados en Colombia.

Parágrafo. Los extranjeros domiciliados en Colombia que deseen acceder al procedimiento de eutanasia, en el marco del derecho a morir dignamente, deberán acreditar al menos un (1) año de domicilio ininterrumpido en el territorio nacional. Esta acreditación podrá realizarse mediante cualquier medio idóneo, incluidos, entre otros, la cédula de extranjería, la visa o el permiso de residencia vigente, así como los certificados de movimientos migratorios expedidos por la autoridad competente.

Artículo 3. Derecho fundamental a morir con dignidad. El derecho a morir con dignidad enmarca las facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte, en conformidad a valores, principios, creencias e ideología del titular del derecho.

La garantía de este derecho, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), comprende las atenciones en salud y el cuidado integral del proceso de muerte. La elección de una opción sobre otra no es excluyente, como tampoco es necesario ni mandatorio que se agote una para acceder a otra. En el marco de lo anterior, el derecho incluye las siguientes opciones, cuya elección debe realizarse en coherencia con la prevalencia de la autonomía 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



paciente y con la dignidad humana del titular del derecho:

- 3.1. Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET).** Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone la retirada o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos. La AET no es ni se configura como un procedimiento eutanásico. Cuando se trate de las atenciones en el marco de la garantía del derecho a morir con dignidad, la AET está orientada a prevenir la obstinación terapéutica y a evitar prolongar la condición biológica o la generación de daño y sufrimiento.
- 3.2. Cuidados Paliativos.** Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad grave e incurable, lesión corporal o condición clínica de fin de vida, en los que el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. Cuando se trate de las atenciones del proceso de muerte, en el marco de la garantía del derecho a morir con dignidad, los cuidados paliativos de final de la vida están orientados a potenciar la calidad de vida, sin adelantar o retrasar el momento de muerte.
- 3.3. Cuidados Paliativos Pediátricos.** El cuidado paliativo para los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), es el enfoque de atención hacia el cuidado activo y total, desde el diagnóstico o del reconocimiento de su necesidad, a través de la vida y el proceso de muerte a través de un modelo integral que incluye la atención de los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Se enfoca especialmente en mejorar la calidad de vida del niño, niña o adolescente y en apoyar a su familia durante el proceso de enfermedad amenazante para la vida y/o la evolución de una enfermedad crónica y compleja, y posterior a la muerte del niño, niña o adolescente. El cuidado activo y total incluye el manejo de síntomas angustiantes, la provisión de descansos cortos durante los tratamientos curativos, la AET y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo.
- 3.4. Eutanasia.** Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada, a una persona que ha realizado la solicitud voluntaria, informada e inequívoca, al encontrarse en una condición de salud extrema, la cual le genera sufrimiento intratable e irremediable.

Parágrafo 1. Cuando se dan circunstancias que impiden al paciente manifestar su voluntad sobre

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



las opciones del derecho a morir con dignidad, se requiere partir de los principios de no daño y vulnerabilidad, en ponderación con los principios de autonomía y dignidad humana. Adicionalmente, se debe actuar bajo la prohibición de sustitución de la voluntad y en conformidad a la presunción de capacidad, el enfoque de apoyos y ajustes razonables, así como con precaución reforzada frente a conflictos de interés.

Parágrafo 2. Cuando la imposibilidad del paciente para expresar su voluntad sea resultado de una alteración en el estado de conciencia, transitoria o potencialmente reversible, no se adoptarán decisiones definitivas sobre el acceso al procedimiento eutanásico, sin perjuicio de la garantía permanente del Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Parágrafo 3. Cuando se establezca, mediante una evaluación integral, que la persona nunca contó con la capacidad necesaria para desarrollar las habilidades para la toma de decisiones, ni para formar y expresar preferencias propias, no procederá el acceso al procedimiento eutanásico. En estos casos, las opciones disponibles son el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Artículo 4. Criterios de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad. Son criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia: la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.

Artículo 5. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y de la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

5.1. Apoyos interpretativos de la voluntad. Mecanismo excepcional para interpretar, con base en manifestaciones previas verificables del paciente, su voluntad cuando exista imposibilidad fáctica no transitoria para comunicarla de manera directa. No constituyen una forma autónoma de solicitud ni crean, completan o sustituyen la voluntad del paciente. Su aplicación se regirá por lo dispuesto en el Capítulo VI de la presente resolución.

Estos apoyos tienen carácter excepcional, instrumental y procedimental, y se emplean exclusivamente para contribuir a la valoración de las condiciones que permitan establecer la viabilidad del consentimiento sustituto. En ningún caso constituyen, por sí mismos, una manifestación autónoma de voluntad, una solicitud directa ni un consentimiento informado, ni suplen o reemplazan los requisitos exigidos para la procedencia del consentimiento sustituto.

5.2. Condición de salud extrema. Situación médica derivada de un diagnóstico clínico

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



comprobado, que se caracteriza por una alteración fisiopatológica grave, que compromete significativamente la vida del paciente, afectando el pronóstico de vida, la respuesta a tratamientos y la funcionalidad. La condición de salud extrema engloba tanto las condiciones incurables como aquellas que, aunque tratables, no tienen solución definitiva en términos de recuperación funcional. Esta condición debe ser percibida por el paciente como dolorosa, inhumana, degradante, insoportable, abrumadora o incompatible con su concepto de vida digna. En el contexto del derecho a morir con dignidad, la condición se caracteriza por la ausencia de perspectivas razonables de alivio o curación, desde la óptica del paciente, con verificación clínica interdisciplinaria conforme a la *lex artis*, sin que ello implique el agotamiento de todas las opciones disponibles ni la intervención obligatoria de una especialidad determinada.

Una condición de salud extrema puede evidenciarse, entre otros, por: (i) alteraciones significativas de la funcionalidad; y/o (ii) requerimientos de intervenciones médicas continuas o recurrentes que, en el caso concreto, resulten fútiles o desproporcionadas, o que impongan cargas que el paciente considera incompatibles con su concepto de vida digna.

Para los efectos de esta resolución, las categorías comprendidas dentro de la condición de salud extrema se desarrollan en el artículo 8 del presente acto administrativo.

- 5.3. Procedimiento eutanásico.** Protocolo de inducción de la muerte que se realiza al paciente que, tras haber recibido respuesta favorable para materializar el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, da el Consentimiento Informado para que sean administrados los medicamentos que inducen la muerte de forma anticipada.
- 5.4.** Protocolo para la aplicación del procedimiento eutanásico. Documento técnico que, entre otras cuestiones, define el esquema farmacológico para la inducción de la muerte. Su observancia es obligatoria para quien realiza el procedimiento.
- 5.5.** Rechazo Terapéutico. Es la no autorización de inicio o la solicitud de suspensión, de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, aunque los mismos pudieran resultar en beneficios para el paciente.

Parágrafo 1. La definición de condición de salud extrema comprende también los casos con pronóstico incierto o fluctuante en los que la *lex artis* y el juicio clínico deberán orientar la toma de decisiones sobre la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, de manera proporcional y razonable.



Parágrafo 2. Para efectos de la presente resolución, el criterio de mejor interés deberá interpretarse de manera armónica y subordinada a la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias del paciente. Solo en ausencia absoluta de manifestaciones, valores o preferencias identificables, dicho criterio operará de manera residual como mecanismo de protección reforzada de la dignidad, integridad y vulnerabilidad del paciente, sin que pueda fundarse en consideraciones de piedad, juicio sustitutivo, utilidad, conveniencia o interés de terceros.

Artículo 6. Modificación parcial de los artículos 2 y 3 de la Resolución 13437 de 1991. Modifíquense los artículos 2 y 3 de la Resolución 13437 de 1991, en cumplimiento de las indicaciones sobre las actuaciones de los Comités de Ética Hospitalaria, ordenadas en las Sentencias T-721 de 2017 y T-060 de 2020, respecto a la conformación y funciones de este órgano, los cuales quedaran así:

“ARTÍCULO 2º. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera:

- 1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.*
- 2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.*

PARÁGRAFO 1. En las entidades de salud que, dentro de su área de influencia presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

PARÁGRAFO 2. En caso de presentarse una situación de incertidumbre ético-clínica por Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, los Comités de Ética Hospitalaria deberán sesionar con una integración multidisciplinaria mínima, de conformidad a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, frente al derecho a morir con dignidad.

ARTÍCULO 3º. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

- 1. Divulgar los derechos de los pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual, entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria la carta de derechos de los pacientes y personas afiliadas.*
- 2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan*



servicios de salud, acerca de la importancia del respeto y garantía de los derechos de los pacientes.

3. Velar por el cumplimiento oportuno y efectivo de los derechos de los pacientes.

4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por vulneración de los derechos de los pacientes.

5. Emitir conceptos de tipo consultivo para orientar el proceso de toma de decisiones clínicas cuando se dé una situación de incertidumbre ético-clínica”.

Artículo 7. Participación de Comités en el proceso de toma de decisiones sobre el derecho fundamental a morir con dignidad. La participación de Comités como grupos multidisciplinarios o interdisciplinarios para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad, está enmarcada en el tipo de opción elegida por el paciente sobre cómo vivir el momento de muerte, y corresponde a instancias diferentes. Dentro de los Comités que hacen parte de las instancias que realizan acciones para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad, están los siguientes:

- 1. Comité de Ética Hospitalaria.** Grupo multidisciplinario, constituido al interior de una institución prestadora de servicios de salud, que desarrolla actividades de tipo consultivo, las cuales estarán enfocadas en la asesoría para la toma de decisiones en situaciones de conflictos ético-clínicos.

El Comité de Ética Hospitalaria, actuará en los eventos de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, estando presente en los casos en que se requiera su participación para brindar asesoría sobre la toma de decisiones al presentarse un conflicto ético-clínico.

- 2. Comité Interdisciplinario de Eutanasia.** Grupo de expertos interdisciplinarios, cuyo propósito es la verificación del cumplimiento de condiciones de elegibilidad para acceder a la eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad.

El Comité Interdisciplinario de Eutanasia estará presente en todos los casos de eutanasia; su rol principal es de verificador de cumplimiento de las condiciones de elegibilidad y funcionará como instancia de garantía para ejercer el derecho a través de esta opción.

Parágrafo 1. En las situaciones en las cuales el paciente que se encuentra en el manejo de una Solicitud de Eutanasia y en medio de tal manejo, opta por iniciar AET, se dará por finalizada la actuación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Parágrafo 2. Cuando un paciente se encuentre en el proceso AET y exprese una Solicitud 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



Eutanasia se dará la activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, dando aplicación al trámite establecido en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3. Los Comités de Ética Hospitalaria que en adición a su trabajo central de educación en derechos a la comunidad asistencial y público en general, realizan funciones consultivas, pueden dar recomendaciones sobre conductas asistenciales por medio de la revisión de casos prospectiva y retrospectivamente, así como brindar recomendaciones sobre políticas institucionales y pautas para el actuar ético.

Artículo 8. Condiciones de salud extrema y el ejercicio del derecho a morir con dignidad. El ejercicio del derecho a morir con dignidad puede hacerse exigible cuando se presenten situaciones clínicas que originen una condición de salud extrema. Para que pueda resultar la condición objetiva de elegibilidad, se deberá verificar la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones:

- 8.1.** Condiciones clínicas de fin de vida. Estadios clínicos del proceso de muerte, diferenciados por la capacidad del organismo para responder a los tratamientos y la proximidad al momento de la muerte. Puede tratarse de:
 - a. Enfermedad o condición incurable avanzada. Enfermedad o condición incurable cuyo curso es progresivo, con múltiples grados de afectación, y que tiene una respuesta variable a los tratamientos disponibles. La cual, a pesar de las intervenciones evolucionará hacia la muerte a mediano plazo, generalmente de meses a un año.
 - b. Enfermedad o condición terminal. Enfermedad o condición médicamente comprobada, avanzada, progresiva e incontrolable, donde los tratamientos y cuidados existentes no ofrecen una respuesta significativa para el control del proceso. Se caracteriza por la generación de sufrimiento físico-psíquico, a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.
 - c. Agonía. Estadio que precede al momento de muerte, en el que existe deterioro físico extremo, debilidad severa, pérdida de capacidad cognoscitiva o conciencia, junto con incapacidad de ingesta de alimentos y líquidos, lo que lleva un pronóstico de vida de horas o de días.
- 8.2.** Enfermedad grave e incurable. Diagnóstico(s) objetivo(s), clínicamente validado(s) en el (los) cual(es) se presentan condiciones de agotamiento de alternativas de curación, paliación y alivio sintomático. Condiciones clínicas en las que es posible la identificación de la irrecuperabilidad e intratabilidad.
- 8.3.** Lesión Corporal. Alteración irreversible de la integridad física, que involucra la pérdida 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



uno o varios sistemas orgánicos debido a una causa externa. Se caracteriza por la ausencia de perspectivas de curación o mejora significativa; a menudo implican una limitación funcional permanente y grave.

Parágrafo 1. Las referencias a tratamientos, paliación o alternativas en este artículo son de carácter descriptivo y no suponen la exigencia de agotar todas las opciones disponibles ni condicionan la autonomía del paciente. Su finalidad es orientar la verificación clínica proporcional, de acuerdo con la *lex artis*, sin imponer intervenciones no deseadas.

Parágrafo 2. Las condiciones de salud extrema cuyo origen sea una enfermedad o trastorno mental podrán constituir enfermedad grave e incurable cuando cumplan las características previstas en el numeral 8.2 y deberán cumplir con los mismos requisitos mínimos definidos en el artículo 22 del presente acto administrativo.

Capítulo II

Del consentimiento y el derecho a morir con dignidad

Artículo 9. Medios para la manifestación de la voluntad sobre las opciones del derecho fundamental a morir con dignidad. En ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad, para dar prevalencia a la autonomía del paciente y a su concepto de dignidad humana y calidad de vida frente a la condición de salud extrema, se deberán tener en consideración varias etapas y mecanismos de manifestación de la voluntad. En primer lugar, la Solicitud de Eutanasia o la Solicitud de AET son expresiones del paciente que permiten determinar la posición voluntaria de la persona en torno a estas opciones de muerte digna; en segundo lugar, se encuentra la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia, y en tercer lugar, el Consentimiento Informado para la realización del procedimiento eutanásico.

La Solicitud de Eutanasia o de AET y el Consentimiento Informado deberán registrarse en la historia clínica, mientras que la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia se documentará en el Acta del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Con el fin de garantizar la prevalencia a los principios de autonomía y dignidad humana, así como al concepto de calidad de vida del paciente frente a su condición de salud extrema y el sufrimiento derivado de esta, las distintas formas de manifestación de voluntad y su registro, se regulan a través de los siguientes medios:

9.1. Solicitud de Eutanasia. Expresión verbal o escrita, realizada por un paciente que desea acceder al procedimiento eutanásico. La solicitud debe ser personal, inequívoca y voluntaria, y solo podrá ser comunicada por una persona diferente al paciente de forma



excepcional, si existen condiciones para determinar la posición de la persona frente a esta opción del derecho a morir con dignidad. La Solicitud de Eutanasia no corresponde a un Consentimiento Informado, en tanto la solicitud corresponde a la voluntad y elección de una opción del ejercicio del derecho a morir con dignidad, a partir de la cual puede iniciar el proceso de trámite y verificación de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico.

- 9.2. Solicitud de Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos.** Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea que se le inicie la Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos. La solicitud de inicio de AET puede ser expresada por medio de un DVA o por el representante del paciente.
- 9.3. Directiva Anticipada (DA).** Herramienta por medio de la cual una persona mayor de edad ha establecido una expresión fidedigna de su voluntad y preferencias en decisiones relativas al cuidado de la salud y el proceso de muerte, incluyendo indicaciones sobre el derecho a morir con dignidad. Las DA deben cumplir con los requisitos de formalidad establecidos en la Ley 1996 de 2019.
- 9.4. Documento de Voluntad Anticipada (DVA).** Documento por medio del cual se declaran de forma libre, consciente e informada, la voluntad de someterse o no someterse, a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y; las preferencias específicas sobre las opciones disponibles frente al derecho a morir con dignidad. Corresponde a una forma de Consentimiento Informado directo. Los DVA deben cumplir con los requisitos de formalidad establecidos en la Resolución 2665 de 2018 o normativa vigente al momento de su suscripción.
- 9.5. Reiteración de la Solicitud de Eutanasia.** Expresión, verbal o escrita, realizada por el paciente después de haber sido informado por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia que cumple con los criterios de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico. La reiteración debe ser inequívoca, informada y voluntaria, esto es, libre de presiones externas. Su finalidad es confirmar la decisión del paciente, verificando si su voluntad se mantiene firme y consciente, luego de haber recibido información integral sobre su condición de salud, el procedimiento y las alternativas disponibles, haciendo la solicitud persistente en el tiempo. La reiteración no sustituye el Consentimiento Informado, sino que corresponde a un requisito adicional dentro del proceso de trámite de la Solicitud de Eutanasia. En caso de pacientes en estado de imposibilidad fáctica de expresar, de forma verbal o escrita, la reiteración de su decisión esta podrá darse conforme a lo previsto para el Documento de Voluntad Anticipada en el presente artículo y en las disposiciones que regulan su verificación. También si la Solicitud de Eutanasia expresada al médico y



registrada en la historia clínica durante las valoraciones, permite al Comité Interdisciplinario de Eutanasia determinar de manera clara y consistente la voluntad inicial del paciente y cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna.

- 9.6. Registro de Solicitud de Eutanasia (RSE).** Se entenderá por RSE el registro en historia clínica o registros incorporados en ella, que documenten la expresión de voluntad del paciente de acceder al procedimiento eutanásico, en el que el Comité Interdisciplinario de Eutanasia pueda verificar las siguientes condiciones: (i) que contenga la expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente, de su voluntad de acceder al procedimiento eutanásico; (ii) que refiera sufrimiento intenso e insoportable, secundario a la condición de salud extrema; (iii) que tal expresión de la voluntad haya sido realizada directamente por el paciente al médico, durante la valoración y el proceso asistencial y; (iv) que permita constatar, con absoluta claridad y sin lugar a dudas, que la manifestación fue voluntaria, informada e inequívoca. La verificación de un RSE permitirá al Comité Interdisciplinario de Eutanasia evaluar la procedencia de un Consentimiento Sustituto.
- 9.7. Consentimiento Informado.** Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión, tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El Consentimiento Informado equivale a la autorización del paciente para que ocurra un acto médico y responde a un acto deliberado y elegido por el paciente, conteniendo voluntariedad e intencionalidad. Cuando el consentimiento es expresado por el paciente, corresponde a un Consentimiento Informado directo.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado se rige por lo dispuesto en la Resolución 309 de 2025, bajo el estándar de autonomía progresiva y contextual allí desarrollado, en armonía con las disposiciones del presente acto administrativo.

- 9.8. Consentimiento Sustituto.** Tipo de Consentimiento Informado indirecto, otorgado por un tercero, para que tenga lugar un acto asistencial. En lo que compete a esta resolución, es aquel que da una persona diferente al paciente, cuando este se encuentra en imposibilidad fáctica de dar el Consentimiento Informado directo para la realización del procedimiento eutanásico. La persona que da el consentimiento tiene el deber de actuar bajo la prevalencia de las preferencias e intereses vitales del paciente, más no para reemplazar la voluntad del mismo. El Consentimiento Sustituto no se traduce en un poder absoluto puesto que el paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés optando por las preferencias que expresaría el paciente si estuviera



consciente. Este no corresponde a una forma de apoyo o ajuste razonable para los pacientes. El Consentimiento Sustituto es un mecanismo excepcional que debe orientarse exclusivamente a preservar la autonomía del paciente en el marco de su mejor interés, evitando interpretaciones arbitrarias o decisiones que resulten en abusos o vulneraciones a la dignidad del paciente.

Parágrafo 1. Para determinar la posición de la persona frente a la eutanasia, se considerará la existencia de cualquiera de los siguientes instrumentos: (i) el Documento de Voluntad Anticipada (DVA), (ii) la Declaración Anticipada (DA) o (iii) el Registro de Solicitud de Eutanasia (RSE). De manera excepcional, podrá acudirse a un apoyo para la interpretación de la voluntad, en los términos previstos en el Capítulo VI de la presente resolución.

Parágrafo 2. La solicitud del paciente para acceder a las opciones de Eutanasia o AET podrá ser manifestada a través de un Documento de Voluntad Anticipada (DVA). Este documento será válido para expresar la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia y el Consentimiento Informado para la realización del procedimiento eutanásico, cuando por imposibilidad fáctica derivada de condiciones clínicas específicas el paciente no pueda hacerlo de manera directa. Su aplicación se regirá por las disposiciones previstas en esta resolución para su verificación y procedencia.

Artículo 10. Viabilidad del Consentimiento Sustituto. Procederá el uso del Consentimiento Sustituto de manera excepcional, teniendo en cuenta las distintas dimensiones del derecho, y previa procura de apoyos y ajustes razonables conforme al artículo 12 de esta resolución y cuando sea posible, así:

10.1. Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos. La Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos es viable por Consentimiento Sustituto cuando se verifiquen las siguientes condiciones:

- a) Su uso se oriente a evitar medios, procedimientos o tratamientos fútiles o desproporcionados que en la condición del paciente puedan resultar en obstinación terapéutica.
- b) Su uso esté orientado a permitir el proceso de muerte natural o prevenir la prolongación de una condición biológica que el paciente no considerase una condición de vida digna.

10.2. Consentimiento sustituto con expresión previa verificable. La realización del procedimiento eutanásico será procedente por Consentimiento Sustituto cuando se verifique que el paciente manifestó voluntariamente la Solicitud de Eutanasia luego de recibir información sobre el procedimiento, y se presenten circunstancias clínicas que le impidan al paciente, en ausencia de un DVA o una DA, reiterar su solicitud ante el Comité Interdisciplinario de Eutanasia o dar el Consentimiento Informado al médico que realizará



el procedimiento eutanásico.

Para determinar cuál sería la posición de la persona que presenta circunstancias clínicas que le impiden reiterar la solicitud o dar el Consentimiento Informado, es necesario que se verifiquen las siguientes condiciones:

- a) El paciente ha expresado la Solicitud de Eutanasia al médico en el marco de la atención y trámite de la solicitud.
- b) Existen valoraciones médicas en las cuales se pueda determinar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad por parte del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.
- c) Existe un RSE, referencias verificables en la historia clínica que documentan la expresión previa de la voluntad del paciente, incluso si fueron previas al inicio del trámite, en los que se puede identificar, fecha, folio y profesional que realiza el registro, y que permita determinar al Comité Interdisciplinario de Eutanasia cual sería la posición de la persona en torno a la eutanasia como forma de muerte digna.

10.3. Consentimiento sustituto en los casos excepcionales de una solicitud de uso de apoyos interpretativos de la voluntad. La realización del procedimiento eutanásico podrá formalizarse a través de Consentimiento Sustituto cuando se acredite la imposibilidad fáctica de carácter no transitorio, del paciente para expresar directamente su preferencia sobre la eutanasia, en los términos definidos en el artículo 13 de la presente resolución y se haya recibido una Solicitud de Eutanasia comunicada por alguien diferente al paciente en la cual puedan mediar los apoyos interpretativos de la voluntad. En estos casos, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá adelantar un trámite específico de verificación reforzada de forma diferenciada, para determinar la viabilidad del consentimiento sustituto, si se dan los siguientes escenarios:

- a) Cuando se trate de una persona que hubiere desarrollado plenamente su autonomía y capacidad para la toma de decisiones en salud, pero que no dejó un Registro de Solicitud de Eutanasia (RSE) ni un Documento de Voluntad Anticipada (DVA); y sobre quien existen manifestaciones previas verificables orales o verbales realizadas a sus allegados, que permitan atribuir de manera inequívoca, razonable, consistente y fundada una posición frente al ejercicio del derecho a morir con dignidad a través eutanasia y se encuentre acreditada la imposibilidad fáctica y no transitoria de expresar directamente su voluntad al momento del trámite.



- b) Cuando se trate de una persona con discapacidad en quien se han agotado los apoyos y ajustes razonables para conocer su voluntad y preferencias, y no se cuenta con una Directiva Anticipada (DA), solo podrá acudir al análisis de apoyos interpretativos cuando existan elementos previos verificables que permitan, de manera inequívoca, razonable, consistente y fundada, atribuir una posición del paciente frente al ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia.

En ningún caso dicha interpretación podrá fundarse en apreciaciones subjetivas, valoraciones aisladas o intereses de terceros, ni constituir creación, reconstrucción o sustitución de la voluntad; tampoco equivalen a Solicitud de Eutanasia ni habilitan el consentimiento sustituto las manifestaciones orales o verbales, por sí solas, únicamente podrán ser consideradas como insumos dentro del trámite reforzado de verificación.

Parágrafo. Los supuestos previstos en el numeral 10.3 habilitan la revisión y verificación reforzada por parte del comité interdisciplinario de eutanasia, sin que ello implique la habilitación automática del acceso al procedimiento eutanásico. tratándose de casos especialmente complejos, basados en manifestaciones no formalizadas, el comité interdisciplinario de eutanasia deberá realizar un análisis cuidadoso y contextual orientado a determinar si es posible atribuir de manera clara y verificable la voluntad del paciente para acceder a la eutanasia. en ningún caso dichas manifestaciones podrán equipararse a voluntades presuntas ni utilizarse para crear o sustituir la voluntad del paciente; de no ser posible dicha atribución, no procederá la eutanasia y deberán garantizarse el cuidado paliativo y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, conforme al artículo 13 de esta resolución.

Artículo 11. Pautas para la Viabilidad del Consentimiento Sustituto. Para establecer la viabilidad del Consentimiento Sustituto, se requiere un nuevo proceso de información sobre las condiciones clínicas del paciente, su pronóstico, la respuesta a tratamientos, la funcionalidad, y sobre la toma de decisiones orientadas a aliviar el sufrimiento intenso e insoportable del paciente, así como en su concepto de vida digna, sin basarse en la percepción de sufrimiento de la familia, representantes o equipo médico.

11.1. Establecimiento de la viabilidad del Consentimiento Sustituto para AET. Para los casos de AET, será el médico a cargo del caso, con el apoyo del equipo interdisciplinario, quien identifique y verifique de manera estricta, que el uso del Consentimiento Sustituto garantice el cumplimiento de los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, y con ello la no prolongación del sufrimiento del paciente. En caso de presentarse diferencias entre los familiares, representantes y/o el equipo interdisciplinario, se deberá realizar la activación del Comité de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET.



11.2. Establecimiento de la viabilidad del Consentimiento Sustituto para Eutanasia. Para establecer si el Consentimiento Sustituto es viable, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia debe identificar que este responda al mejor interés del paciente. Para establecer que el mejor interés del paciente es el uso del Consentimiento Sustituto, deberá encontrarse estrictamente subordinado a la verificación de una voluntad previa, expresa o atribuible, y orientarse por el criterio de la mejor interpretación de la voluntad, en los términos de los artículos 10 y 13 de la presente resolución. Su uso debe corresponder a la garantía de la prevalencia de la autonomía del paciente con respecto a lo que el paciente calificaba como sufrimiento intenso e insoportable, secundario a la condición de salud extrema y debe orientarse por medio del criterio de la mejor interpretación de la voluntad.

El proceso de toma de decisiones del que resulta el Consentimiento Sustituto debe buscar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y autonomía. Cuando se trate del Registro de Solicitud de Eutanasia, este registro deberá constar en la historia clínica y debe permitir evidenciar la preferencia del paciente de manera clara e inequívoca.

Cuando se trate de una solicitud por medio de uso de apoyos interpretativos de la voluntad deberán seguirse de manera irrestricta los supuestos del capítulo VI de la presente resolución.

Artículo 12. Apoyos y ajustes razonables para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de Eutanasia y AET. Cuando por causa de una discapacidad el paciente no pueda o se le dificulte comunicar su preferencia o decisión sobre el derecho fundamental a morir con dignidad, se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables de forma que permita o facilite la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta. La condición de discapacidad no comporta, por sí sola, la presunción de incapacidad para la toma de decisiones ni habilita automáticamente la sustitución de la voluntad del paciente.

La capacidad para decidir deberá evaluarse de manera clínica, contextual y específica en relación con el acto concreto y el momento del proceso asistencial tras la implementación efectiva de apoyos y ajustes razonables. Los apoyos y ajustes razonables no podrán utilizarse para sugerir, inducir o influenciar la decisión del paciente sobre el procedimiento ni para obtener su consentimiento con base en consideraciones de terceros. Se deberá garantizar que su manifestación de voluntad sea voluntaria, inequívoca y persistente.

Cuando existan instrumentos de Directivas Anticipadas emitidas de acuerdo con lo establecido por Ley 1996 de 2019, la IPS los incorporará en la historia clínica, y se tendrán como referente preferente para la información, la provisión de apoyos y ajustes razonables, así como para la mejor interpretación de la voluntad del paciente. Las Directivas Anticipadas no sustituyen la manifestación actual cuando la persona conserva la capacidad para tomar decisiones en salud ni



suplen, en el trámite de eutanasia, los requisitos del artículo 10.2, ni eximen de las valoraciones médicas correspondientes a la atención y trámite de la solicitud.

Parágrafo 1. Para el uso de estos apoyos o ajustes razonables se tendrán en cuenta las definiciones establecidas por la Ley 1996 de 2019, y los elementos estructurales del sistema de apoyos a saber, el principio de primacía de la voluntad, y de manera subsidiaria, y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad.

Parágrafo 2. Solo cuando se determine mediante evaluación clínica la incapacidad para tomar la decisión será procedente acudir al mecanismo excepcional de apoyos interpretativos de la voluntad. En el caso de personas con discapacidad, estos apoyos se orientarán a interpretar manifestaciones previas verificables conforme a lo dispuesto en la presente resolución. En los demás supuestos excepcionales previstos en el literal b) del artículo 10.3, su uso se registrará por las reglas especiales allí establecidas.

Artículo 13. *Voluntad, preferencias y límites en el ejercicio del derecho a morir con dignidad.* Para la prestación de las atenciones relacionadas con cada una de las opciones del derecho fundamental a morir con dignidad, deberán tenerse en cuenta, de manera concurrente, los siguientes elementos:

- 13.1** El nivel de desarrollo de la autonomía de la persona y su capacidad de toma de decisiones para elegir dentro de las opciones disponibles.
- 13.2** La posibilidad de expresar su voluntad sobre cómo enfrentar el momento de muerte.
- 13.3** La existencia de expresión de preferencias sobre las opciones para el ejercicio del derecho a morir con dignidad.

Con base en dichos elementos se deberá identificar si el paciente puede o no expresar su voluntad en el momento de la toma de decisiones en salud y si es posible evaluar su capacidad de toma de decisiones de manera clínica y contextual, a fin de definir el contexto particular del caso y dar continuidad a las atenciones que correspondan conforme a su preferencia, ya sea Cuidados Paliativos, Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos o Eutanasia.

Parágrafo 1. En las circunstancias en que no exista manifestación actual de la voluntad ni expresión previa verificable, ni sea posible, aun con apoyos y ajustes razonables, identificar de manera fundada e inequívoca el sentido de la decisión de la persona, el ejercicio del derecho a morir con dignidad no podrá realizarse a través de la eutanasia, y únicamente estarán disponibles como opciones el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Parágrafo 2. Se deberá diferenciar entre los pacientes con discapacidad y la presencia de alteraciones del estado de conciencia que impidan o limiten la expresión de la voluntad sobre

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



cómo enfrentar el momento de muerte. La alteración del estado de conciencia corresponde a una circunstancia determinada mediante valoración clínica y no equivale automáticamente a imposibilidad fáctica para expresar la voluntad. La imposibilidad fáctica solo se configura cuando, aun con la implementación de apoyos y ajustes razonables, resulte materialmente imposible para la persona comunicar de manera directa su decisión, y dicha imposibilidad no sea transitoria ni potencialmente reversible.

Parágrafo 3. Los apoyos interpretativos de la voluntad constituyen un mecanismo excepcional, principalmente aplicable en personas con discapacidad, orientado a interpretar, con base en manifestaciones previas verificables, las preferencias y decisiones expresadas por el paciente cuando, por circunstancias sobrevinientes, no pueda reiterarlas o comunicarlas directamente. En ningún caso estos apoyos podrán utilizarse para crear, completar, reconstruir o sustituir la voluntad, ni para legitimar decisiones adoptadas por terceros en ausencia de una expresión previa identificable del paciente, de conformidad con lo dispuesto por la Sentencia T-438 de 2025.

Capítulo III

De la atención y el proceso asistencial derivado de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos

Artículo 14. Atención de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET). Para el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, se debe priorizar la realización de un proceso continuo de toma de decisiones, basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad. En todo proceso de toma de decisiones frente a la AET, la orientación principal será identificar al mejor interés de la persona y lo que representa una vida digna para ella.

El objetivo principal de la AET es prevenir la obstinación terapéutica y permitir el proceso de evolución de la enfermedad o condición, aunque esto pueda derivar en la muerte. El proceso de AET, puede ser iniciado cuando a juicio clínico conforme a la *lex artis* o a solicitud del paciente, o de su representante, no se evidencien resultados razonablemente esperados frente a terapias curativas, de sostén vital o paliativas. Todo proceso de deliberación sobre la AET debe incluir el planteamiento de opciones terapéuticas disponibles y el señalamiento de lo que en cada caso puede ser inapropiado, no indicado, no soportado por la ciencia médica o generar daño. La AET incluye el rechazo terapéutico de medidas de sostén vital y de medios que reemplazan funciones biológicas.

Artículo 15. Indicación de la AET por un médico o equipo médico. En el marco de la autonomía profesional, los médicos deben cumplir con el deber profesional que supone la AET en virtud de la protección de la dignidad humana, de acuerdo con la evaluación de la condición clínica del paciente, podrán dar o no inicio al proceso de AET.



Para disminuir posibles conflictos de criterio médico debe procurarse el consenso entre los grupos inter y multidisciplinarios que estén a cargo del cuidado integral del paciente. En caso de no poder definir un plan de cuidado por consenso, se podrá requerir al Comité de Ética Hospitalaria o a profesionales que realicen consultas de apoyo de bioética (donde estos se encuentren disponibles), para que ofrezcan posibles cursos de acción frente al caso en particular, conforme al artículo 20 de esta resolución.

Artículo 16. Solicitud de AET por el paciente o su representante. El paciente podrá solicitar el inicio de un proceso de ajuste de objetivos y tratamientos, de acuerdo con su condición clínica y con su concepto de calidad de vida y dignidad humana. Cuando exista un Documento de Voluntad Anticipada con preferencias relevantes para la AET, este se tendrá como referente preferente para el inicio, sin que constituya requisito cuando el paciente conserve capacidad mental.

El inicio del proceso de AET podrá ser solicitado por el representante del paciente en caso de que este se encuentre en una condición de incapacidad mental o alteración del estado de conciencia derivada de una condición de salud extrema, que hagan imposible su participación en la toma de decisiones. El representante debe guiar sus decisiones basándose en las preferencias conocidas del paciente y, cuando no existan, con base en el mejor interés del paciente.

En el proceso de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos no se requerirá la firma de un documento de consentimiento informado por parte de la familia, allegados o apoyos. Su participación tiene carácter informativo y deliberativo, orientado a la comprensión y acompañamiento del proceso clínico, sin que ello implique asumir la responsabilidad de las decisiones médicas que se fundamentan en la *lex artis*, la proporcionalidad y la razonabilidad del acto médico.

En los casos en los cuales no se encuentre un representante designado por voluntad del paciente se podrá elegir dentro de los familiares o allegados al paciente que puedan dar cuenta de las preferencias conocidas del paciente. Cuando no sea posible alcanzar un acuerdo sobre quién puede representar el mejor interés del paciente, se solicitará la actuación del Comité de Ética Hospitalaria para la evaluación del caso de AET.

Parágrafo 1. Para el caso de las personas con discapacidad, el proceso de toma de decisiones sobre la solicitud de AET, debe hacerse en primer lugar procurando los apoyos y ajustes razonables, siempre que existan condiciones para determinar cuál es la posición de la persona en torno a la decisión, dando prevalencia al principio de primacía de la voluntad y de manera subsidiaria al criterio de la mejor interpretación de la voluntad. Cuando existan instrumentos de



directivas anticipadas formalizadas de acuerdo con la Ley 1996 de 2019, estas se tendrán como referente preferente para la deliberación y ajuste del plan de cuidados.

Parágrafo 2. Para efectos de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, se entenderá por allegados la familia elegida, la familia de crianza, la red de cuidado del paciente, en atención a la interpretación amplia de los vínculos familiares y redes de apoyo reconocida por la Corte Constitucional. Podrá ser designada como representante aquella persona que mejor refleje las preferencias conocidas del paciente y su proyecto de vida. La elección se realizará con enfoque de derechos, diferencial y de género, sin discriminación por orientación sexual, identidad de género, estado civil, filiación o composición familiar, dejando registro en la historia clínica y, de ser el caso, en el acta del Comité de Ética Hospitalaria.

Artículo 17. Proceso de AET. El ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, como proceso continuo de toma de decisiones, está basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad, e incluye decisiones sobre la continuidad o suspensión de terapias, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos diagnósticos o terapéuticos y curativos o paliativos.

Durante todo el proceso de AET, se debe garantizar el alivio de síntomas con el enfoque integral de cuidados paliativos, de la misma manera que ha de continuarse el acompañamiento integral a la familia o representantes del paciente.

Todos los procesos de AET deben ser registrados en la historia clínica, sin excepción, y deben incluir como mínimo los registros sobre:

17.1 El proceso de información y comunicación permanente entre el paciente, sus representantes y el equipo médico. La definición simultánea de cuáles actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos:

- a) Se retirarán.
- b) Se continuarán por un tiempo determinado.
- c) Se continuarán indefinidamente o hasta nueva valoración.
- d) No se instaurarán.

17.2 La definición del paciente de que considera daño y sufrimiento intenso e insoportable, en la condición de salud extrema en la que se encuentra, así como su concepto de calidad de vida en relación con la desproporción entre los fines terapéuticos y los medios disponibles en su condición. En los casos en los cuales el paciente no pueda expresarlo de manera directa,

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



esta definición se construirá en conjunto con su familiares o allegados, o representantes del paciente.

- 17.3** Las medidas de paliación de los síntomas emergentes y esperados de la evolución natural de la enfermedad o condición de salud extrema, así como aquellos resultados de las intervenciones que se han retirado o no instaurado.

Parágrafo. Cuando las IPS cuenten con servicios de consultoría ético-clínica o servicios de bioética asistencial, éstos podrán ser consultados, a consideración de los médicos, para participar y orientar el proceso de toma de decisiones relacionado con la situación de incertidumbre ético-clínica, así como en la mediación de conflictos o desacuerdos relacionados con la AET, sin perjuicio de las responsabilidades legales y clínicas de los intervinientes.

Artículo 18. Atención de la AET en el caso de NNA. Para el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, se debe priorizar el proceso continuo de toma de decisiones compartidas, basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad, teniendo en cuenta el principio de interés superior del menor, el respeto por su autonomía progresiva y lo establecido en los artículos 16 y 17 de la presente resolución.

En todo proceso de toma de decisiones frente a la AET, de acuerdo con la edad del NNA, se procurará informar a este y promover la participación en determinación de lo que se considera su mejor interés, teniendo en cuenta su desarrollo cognitivo y madurez, así como el contexto en el que se encuentra, el proceso de información sobre su condición clínica, diagnóstico, pronóstico, funcionalidad, y posibilidades de desarrollar calidad de vida en salud de acuerdo con sus metas y expectativas, para lo cual se deberán tener en cuenta las definiciones del artículo 36 de la presente resolución.

El proceso de AET para menores de edad incluye los NNA susceptibles de verse beneficiados de la atención por cuidados paliativos pediátricos, según lo regulado en el presente acto normativo, en especial en los artículos 37 y 38, sin que dicha atención constituya requisito, condición previa ni limitación para el acceso o continuidad de la AET.

Parágrafo. Para el caso de los NNA, el paciente podrá solicitar el inicio del proceso, que incluirá el establecimiento de las habilidades para participar en la toma de decisiones en salud de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 309 de 2025 o la norma que la modifique o actualice.



Artículo 19. Conformación de Comités de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET. Para los casos de AET, que sea necesario elevar a consulta, los Comités de Ética Hospitalaria de las IPS, deberán sesionar con una integración multidisciplinar mínima, que incluya:

- a) Una persona con entrenamiento en bioética.
- b) Un médico con la especialidad del diagnóstico principal que padece el paciente.
- c) Un abogado representante de la oficina jurídica.
- d) Un representante de los pacientes.
- e) Un representante del equipo psicosocial.

Parágrafo. Los abogados representantes de la oficina jurídica deberán contar con un perfil, idoneidad, independencia, confidencialidad según lo definido por el parágrafo del artículo 61 de esta resolución.

Artículo 20. Actuación de Comités de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET. En los eventos en que se presenten situaciones de incertidumbre ético-clínica, diferencias técnicas, conflictos o desacuerdos relacionados con la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, así como ante la presencia o sospecha de conflictos de interés, cualquier integrante del equipo de salud, el paciente o quien actúe como su apoyo o representante podrá solicitar concepto al Comité de Ética Hospitalaria.

El Comité de Ética Hospitalaria encargado de revisar los casos de AET deberá adoptar, de manera previa, una metodología específica de deliberación antes de iniciar la revisión del caso para la emisión de un concepto. Como resultado de la deliberación, deberá elaborarse un acta en la que se registre la conclusión de los posibles cursos de acción consensuados. Dicha acta deberá ser entregada al médico o equipo médico que haya solicitado el concepto, así como al paciente y a las personas que este considere que deben estar en conocimiento de la recomendación, incluido el representante del paciente cuando sea el caso. El concepto emitido deberá registrarse en la historia clínica del paciente.

La metodología usada por el Comité de Ética Hospitalaria debe poder dar cuenta de la identificación del conflicto, el análisis y la evaluación de proporcionalidad y razonabilidad.

Los conceptos de los Comités de Ética Hospitalaria son de tipo consultivo orientativo, y podrán ser o no tenidos en cuenta para dar curso al proceso de toma de decisiones en conjunto con el paciente o su representante.

El tiempo de resolución y definición de cursos de acción no debe superar los quince (15) días

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



calendario, esto sin perjuicio de los tiempos propios de la deliberación del caso.

Durante el tiempo de deliberación del caso, el equipo asistencial deberá garantizar el control de síntomas, medidas de alivio de sufrimiento y cuidado basado en proporcionalidad orientado a evitar la prolongación innecesaria de la condición de salud extrema, o la obstinación terapéutica que puedan resultar en tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Parágrafo 1. Donde se encuentren disponibles equipos de bioética clínica o interconsulta a bioética asistencial en adición a los Comités de Ética Hospitalaria, estos pueden ser llamados a apoyar el proceso de toma de decisiones. La intervención de estos equipos o Interconsultantes no reemplaza la actuación de los Comités de Ética Hospitalaria, ni suponen un paso previo para que estos sean consultados.

Parágrafo 2. Para los casos de AET de menores de edad, dentro de la conformación del Comité de Ética Hospitalaria se incluirá un Pediatra, en sustitución del médico con la especialidad del diagnóstico principal que padece el paciente.

Capítulo IV

De la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia

Artículo 21. Inicio de la atención de una Solicitud de Eutanasia. Para iniciar la atención de una Solicitud de Eutanasia el paciente debe expresar de forma voluntaria su elección de esta opción para ejercer el derecho a morir con dignidad. La solicitud se estructura como autónoma, informada, inequívoca y persistente durante el proceso de atención y trámite de esta.

Para el caso de las personas con discapacidad que se les dificulte comunicar la solicitud, se les prestarán todos los apoyos y ajustes razonables que permitan expresar de manera voluntaria, libre, informada e inequívoca la solicitud. Mediante los apoyos y ajustes no se podrá sugerir, insinuar o buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros, incluyendo a los propios profesionales de la salud.

Cuando la Solicitud de Eutanasia, se presente ante una instancia administrativa, IPS o EPS, la entidad responsable designará dentro del día hábil siguiente, un médico de su red para recibirla y dar inicio al manejo de esta según lo dispuesto por esta resolución, sin suspender términos y dejando registros de la designación.

Artículo 22. Requisitos mínimos para dar trámite a la Solicitud de Eutanasia. Una vez el paciente exprese de forma voluntaria que desea la eutanasia, el médico que recibe la solicitud, deberá constatar la presencia de los siguientes aspectos:

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



22.1. Que el paciente presente una condición de salud extrema.

22.2. Que el paciente refiera sufrimiento intenso e insoportable, secundario a la condición de salud extrema.

Parágrafo. Cuando el paciente manifieste que, por la evolución de su diagnóstico, prevé sufrimientos intensos e incompatibles con su dignidad, derivados de una condición de salud extrema, el médico que reciba la solicitud activará el Comité Interdisciplinario de Eutanasia para que evalúe el caso de manera particular y rigurosa, conforme al trámite previsto en esta resolución y con especial atención al numeral 23.2 del artículo 23 de esta resolución, teniendo en cuenta las creencias y convicciones personales, así como la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 23. *Recepción de la Solicitud de Eutanasia.* Una vez el médico que recibió la solicitud haya constatado la presencia de los requisitos señalados en el artículo 22, deberá:

23.1. Informar al paciente sobre el proceso a seguir, como lo establece el artículo 24 de esta resolución; en caso de que la Solicitud de Eutanasia sea por un Documento de Voluntad Anticipada o a través de un RSE, informar a la familia del paciente o a la persona que haya sido delegada para tal fin como lo establece el artículo 24 de la presente resolución.

23.2. Revisar que la solicitud sea voluntaria, autónoma, informada e inequívoca.

23.3. Registrar la Solicitud de Eutanasia en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente.

23.4. En caso de que se cumplan las condiciones antes señaladas: (i) reportar la solicitud al Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia dentro de las primeras 24 horas siguientes, y (ii) activar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Parágrafo 1. Todos los médicos son competentes para recibir una Solicitud de Eutanasia, quien la reciba es el primer responsable de iniciar el reporte de información de que trata el artículo 53 de esta resolución. Este acto asistencial no está limitado ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición de salud extrema. La recepción de la solicitud activa un proceso asistencial que lleva a evaluaciones y verificaciones por las partes respectivas a las valoraciones que determinan el cumplimiento de condiciones para acceder a la eutanasia.

Parágrafo 2. Cuando se trate de una solicitud, expresada por medio de una Directiva Anticipada estas se entenderán según lo previsto en el artículo 12, y se tratarán de la misma manera que un Registro de Solicitud de Eutanasia.



Artículo 24. Información al paciente que realiza la Solicitud de Eutanasia. Una vez el médico ha identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 22 de esta resolución, deberá:

24.1 Informar al paciente que expresa la solicitud sobre:

- a) Derecho a la AET, lo que incluye orientación sobre las opciones disponibles.
- b) Derecho a recibir atención por cuidados paliativos.
- c) Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.
- d) Proceso de activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia y que es a este a quien le corresponde verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia.
- e) Viabilidad del Consentimiento Sustituto en caso de que sobrevenga una situación que impida la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia o el Consentimiento Informado, para el procedimiento eutanásico conforme al numeral 10.2 del artículo 10 de la presente resolución.

24.2 En caso de que la solicitud del paciente persista tras recibir la información, se deberá indicar cuál es el proceso asistencial de las evaluaciones y valoraciones para dar curso a su solicitud y que determinarán la:

- a) Capacidad y competencia mental.
- b) Presencia de sufrimiento intratable e irremediable.
- c) Condición de salud extrema y características de esta.
- d) Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la condición de salud extrema o evidencia de rechazo terapéutico a estas alternativas.

Cuando sea necesaria la revisión de Directivas Anticipadas de la Ley 1996 de 2019, esta se realizará indicando que estas directivas se entenderán según lo previsto en el artículo 12 de la presente resolución. Lo anterior, sin sustituir la voluntad presente del paciente, y el trámite de evaluaciones y valoraciones que deben realizarse. Esta no modifica los requisitos establecidos en el numeral 10.2 del artículo 10 para la viabilidad del Consentimiento Sustituto.

Parágrafo 1. La razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica. La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos.



Parágrafo 2. La valoración de sufrimiento se centra en el significado que el paciente atribuye a sufrimientos intensos e insoportables, que tornan incompatible su condición de salud extrema con su vida digna, verificando clínicamente que sean intratables y no susceptibles de ser tratados o aliviados de forma razonable conforme a la *lex artis*, de acuerdo con las preferencias del paciente y los principios de autonomía, proporcionalidad y no daño.

Artículo 25. Información sobre la Solicitud de Eutanasia a través de un Documento de Voluntad Anticipada (DVA). El médico que ha recibido una solicitud por medio de un DVA deberá informar a la familia, o a quien haya sido designado en el documento, sobre:

25.1 El derecho a recibir atención por cuidados paliativos y el acceso a la AET.

25.2 El proceso de activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

25.3 El proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones que determinarán:

- a) La validez jurídica del documento para la Solicitud de Eutanasia.
- b) La presencia de sufrimiento intratable e irremediable.
- c) La presencia de condición de salud extrema y características de esta.
- d) La inexistencia de alternativas razonables de tratamiento.

Artículo 26. Incumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la Solicitud de Eutanasia. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia no se activará en los siguientes casos: (i) cuando la solicitud sea por medio de un tercero en ausencia de un DVA o de un RSE, (ii) exista ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida o (iii) se dé el desistimiento de la solicitud tras ser informado de acuerdo con lo establecido por el artículo 24 de esta resolución.

Parágrafo. Para la activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia en los casos del uso de apoyos interpretativos de la voluntad, se deben seguir las disposiciones del capítulo VI del presente acto administrativo.

Artículo 27. Desistimiento de la Solicitud de Eutanasia. En cualquier momento del proceso de atención y trámite de una Solicitud de Eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos. Alternativas que deben ser iniciadas tan pronto se dé la expresión de desistimiento.

Artículo 28. Valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico. Las valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico deben darse dentro de los diez (10) días calendario



siguientes a la expresión de la solicitud. Como parte del trámite de la solicitud se requieren las siguientes valoraciones y evaluaciones:

- 28.1** Valoración de la capacidad mental para la toma de decisiones.
- 28.2** Evaluación de la presencia de una condición de salud extrema debidamente diagnosticada.
- 28.3** Evaluación de identificación de la perspectiva del paciente, en la que califica la condición de salud extrema como dolorosa, inhumana, insoportable, abrumadora e incompatible con su concepto de vida digna, ante la cual no hay alivio desde la perspectiva del paciente.
- 28.4** Valoración del sufrimiento como intratable e irremediable y la identificación de alternativas razonables de alivio de este.

Parágrafo 1. Todas las actuaciones relacionadas con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones y conceptos derivados de dicho trámite serán registradas en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité Interdisciplinario de Eutanasia, para ser usada en el proceso de verificación. Los conceptos emitidos por los especialistas en el marco de las valoraciones previstas en el presente artículo tienen carácter estrictamente clínico y se circunscriben a la evaluación técnica de la condición de salud del paciente, su evolución, pronóstico y alternativas terapéuticas conforme a la *lex artis*. La emisión de dichos conceptos no implica participación en la decisión sobre la procedencia del procedimiento eutanásico, la cual corresponde exclusivamente al Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Parágrafo 2. Para el caso de las personas con discapacidad, se le ofrecerán los ajustes y apoyos razonables mediante los cuales se pueda determinar la capacidad y competencia mental, para la toma de la decisión de anticipación de la muerte, así como la evaluación del sufrimiento intratable e irremediable. En caso de que estas no puedan ser evaluadas o se encuentre un incumplimiento, esta información debe ser indicada al Comité Interdisciplinario de Eutanasia de manera clara y objetiva.

Parágrafo 3. Para las evaluaciones que se dan en el contexto del uso de un Registro de Solicitud de Eutanasia (RSE), deberán explorarse dentro de las valoraciones las condiciones clínicas en las que se encontraba el paciente, indicando si su expresión se considera libre, informada e inequívoca, frente a la condición de salud extrema y presencia del sufrimiento que motivó la expresión.

Parágrafo 4. Cuando, pese a esfuerzos razonables de contacto, reprogramación y oferta de alternativas de atención, se presenten tres (3) inasistencias injustificadas del paciente a las valoraciones requeridas en este artículo, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia podrá suspender motivadamente el trámite. La suspensión no constituye archivo definitivo ni impide la



reactivación del proceso ni la presentación de una nueva solicitud por parte del paciente. Para efectos de este párrafo, se entiende por inasistencia injustificada aquella no mediada por intercurencia clínica, hospitalización, fuerza mayor, barreras de acceso o falta de apoyos y ajustes razonables.

Artículo 29. Valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico, cuando se trata de una Solicitud de Eutanasia por medio de DVA. Las valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico, cuando se trata de una Solicitud de Eutanasia por medio de un Documento de Voluntad Anticipada, deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud. Como parte del trámite de la Solicitud de Eutanasia por medio de DVA se requieren las siguientes valoraciones y evaluaciones:

- 29.1.** Evaluación de validez jurídica del documento.
- 29.2.** Evaluación de la presencia de una condición de salud extrema debidamente diagnosticada.
- 29.3.** Valoración de la perspectiva del paciente, en la que califica la condición de salud extrema como dolorosa, inhumana, insoportable, abrumadora e incompatible con su concepto de vida digna, ante la cual no hay alivio desde la perspectiva del paciente, de acuerdo con lo registrado en el DVA.
- 29.4.** Evaluación del sufrimiento e identificación de alternativas razonables de alivio de este, de acuerdo con lo registrado en el DVA.

El uso del DVA, supone que el paciente está en incapacidad mental o en estado alterado de conciencia para expresar su voluntad en el inicio o continuidad del trámite, y por lo tanto no se realizará evaluación de la capacidad mental en tanto que, al momento de suscribirlo, el paciente ha realizado la declaración concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que está informado de las implicaciones de su declaración.

La verificación jurídico-formal será realizada por el profesional del derecho integrante del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, conforme a lo previsto en el artículo 61, e incluirá la revisión de solemnidades, integridad, competencia y firmas, cuando apliquen. Esta verificación no exige certificaciones externas y su resultado se dejará consignado en el acta del Comité.

Parágrafo. En caso de que en el DVA se registre el rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco, sobre la recepción de cuidados paliativos, la valoración de cuidados paliativos no tendrá que ser incluida.

Artículo 30. Trámite de revisión de la Solicitud de Eutanasia por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Realizadas las evaluaciones y valoraciones, el Comité deberá sesionar y verificar

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 existencia de las condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico, esto es, la presencia de:

- 30.1.** Diagnóstico(s) que se configure en una condición de salud extrema.
- 30.2.** Sufrimiento intratable e irremediable, secundario a la condición de salud extrema.
- 30.3.** Capacidad mental para tomar la decisión de anticipación de la muerte por medio del procedimiento eutanásico.
- 30.4.** Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para el diagnóstico que provoca la condición de salud extrema o para el alivio de síntomas derivados de esta.
- 30.5.** La oferta de cuidados paliativos y de AET.

Si se cumplen condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico, se informará al paciente la decisión y se solicitará al paciente la reiteración de la Solicitud de Eutanasia, esto puede ser por medio de un delegado del Comité o a través de un miembro del equipo médico designado para tal fin.

En el evento de que el paciente reitere su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y este será programado en la fecha que la persona indique. En caso de que el paciente no cumpla con las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico, deberá continuarse el cuidado integral al paciente. En este caso se mantendrán las atenciones relacionadas con AET y Cuidados Paliativos, según corresponda a las circunstancias clínica del paciente.

Parágrafo 1. No será tramitado el DVA que se identifique como inadecuadamente formalizado o cuyo contenido le haga carecer de validez jurídica, de acuerdo con la normatividad vigente para tal fin.

Parágrafo 2. Cuando la condición de salud extrema tenga origen en enfermedad o trastorno mental, antes de emitir decisión, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia verificará la refractariedad documentada a alternativas terapéuticas y psicosociales razonables conforme a la *lex artis*; que no se trate de una fase aguda susceptible de estabilización clínica inmediata. De existir fluctuación de la capacidad para la toma de decisiones o dudas razonables, el Comité podrá posponer la decisión hasta una ventana de capacidad para la toma de decisiones.

Artículo 31. Trámite de verificación del Consentimiento Sustituto por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Cuando el Comité Interdisciplinario de Eutanasia se encuentre realizando el trámite de verificación de que trata el artículo anterior, y se den circunstancias clínicas sobrevinientes que generen la imposibilidad fáctica para Reiterar la Solicitud de Eutanasia o dar el Consentimiento Informado para el procedimiento eutanásico, se deberá identificar la situación de viabilidad, según lo definido por los artículos 10 y 11 de la presente resolución, 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



acuerdo con el caso, proceder a una revisión minuciosa de las condiciones de elegibilidad. Para realizar una revisión minuciosa que permita identificar la viabilidad del Consentimiento Sustituto, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, debe adelantar las siguientes actividades:

- 31.1.** Verificar que el paciente se encuentre en la imposibilidad fáctica de reiterar su solicitud o dar su consentimiento directo para el procedimiento eutanásico.
- 31.2.** Verificar que el paciente haya expresado la Solicitud de Eutanasia directamente al médico, durante la valoración y el proceso asistencial.
- 31.3.** Verificar que existen valoraciones médicas en las cuales se pueda determinar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad.
- 31.4.** Corroborar la existencia de al menos un registro en la historia clínica sobre la voluntad del paciente frente a las opciones de muerte digna, dado durante la atención y trámite de la solicitud que permita de forma inequívoca identificar cual sería la posición de la persona en torno a la muerte digna.
- 31.5.** Revisar, con sustento en la historia clínica y, cuando resulte pertinente, en conceptos de Trabajo Social y Psicología, la existencia de posibles ganancias secundarias de terceros o de la institución que puedan afectar la viabilidad del consentimiento sustituto por no responder a la voluntariedad del paciente, sino a elecciones o intereses de terceros. Su finalidad es identificar y mitigar riesgos de coacción, inducción o conflicto de intereses, orientándose a situaciones que puedan comprometer la determinación del mejor interés del paciente, tales como presiones indebidas o incentivos económicos, patrimoniales o contractuales, así como condiciones psicosociales relevantes, incluida la presencia de un cuidador cansado que pueda incidir en el proceso decisorio.
- 31.6.** Dejar constancia de este trámite de verificación en el acta de la sesión.

En caso de considerarlo necesario, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia podrá solicitar nuevos conceptos y valoraciones a los profesionales de la salud, en aras de garantizar el criterio de prevalencia de la autonomía del paciente, sin que la solicitud de nuevos conceptos o nuevas valoraciones afecten los criterios de oportunidad, celeridad o imparcialidad. Se establece un máximo de cinco (5) días adicionales a los diez (10) días calendarios ya establecidos como plazo de celeridad para el trámite del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

La decisión del Comité Interdisciplinario de Eutanasia será comunicada al paciente o a su representante por un delegado del Comité, que puede ser un miembro o por un médico del equipo de cuidado del paciente, dejando constancia en la historia clínica.

Parágrafo 1. El Comité está facultado para citar directamente a los familiares, a personas íntimamente ligadas al paciente o allegados al paciente que puedan dar cuenta de las preferencias conocidas del paciente, con el fin de solicitar que estas personas brinden elementos

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



adicionales a través de valoraciones por trabajo social o psicología, y a convocar al Ministerio Público, de considerarlo necesario, para dar garantía la prevalencia de la voluntad del paciente frente al derecho a morir con dignidad.

Parágrafo 2. En los casos en los que el Comité Interdisciplinario de Eutanasia haya sido activado a través de un Registro de Solicitud de Eutanasia, el Comité está facultado para citar al médico que realizó el registro y para definir si dicho registro de la solicitud de eutanasia, tiene las características de voluntario e inequívoco teniendo en cuenta el tiempo que haya pasado desde cuando se realizó el registro en la historia clínica hasta el momento en el cual se realizan las sesiones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Artículo 32. Programación del procedimiento. Una vez sea reiterada la decisión del paciente, este definirá la fecha de realización del procedimiento. La programación del procedimiento eutanásico podrá ser concertada con el personal encargado de la realización, de acuerdo con su disponibilidad, sin perjuicio de los criterios para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad.

Hasta la realización del procedimiento, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá mantener sesiones de seguimiento, para lo cual podrá delegar a uno de sus integrantes u otro profesional del talento humano en salud, que vigile la continuación el cuidado integral de las necesidades del paciente.

En caso de que el paciente no establezca una fecha para la realización del procedimiento, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia realizará seguimiento activo a la situación clínica y a la vigencia de la voluntad expresada. Si del seguimiento se concluye que la decisión ha cambiado o que existen razones clínicas, éticas o jurídicas para reconsiderarla, el Comité podrá suspender o reiniciar el proceso de verificación conforme a lo establecido en el artículo 31 de la presente resolución.

Parágrafo. Para los casos de los que tratan los numerales 10.2 y 10.3 del artículo 10, la programación del procedimiento será definida por quien dará el Consentimiento Sustituto para que se realice el procedimiento eutanásico. La programación deberá realizarse dentro de un término razonable acorde con la condición clínica del paciente, sin dilaciones injustificadas y, en todo caso, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de verificación de la viabilidad del consentimiento sustituto, salvo circunstancias clínicas debidamente justificadas y documentadas en la historia clínica y en el acta del Comité.

Artículo 33. Consentimiento Informado para la realización de procedimiento eutanásico. El Consentimiento Informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, 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



es resultado del proceso de información, valoraciones, trámite y verificación de las condiciones de elegibilidad de la persona que expresó la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma. Cuando se ha tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como Consentimiento Informado para la realización del procedimiento.

Artículo 34. *Consentimiento Sustituto para la realización de procedimiento eutanásico.* En caso de que el paciente, durante el proceso de la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia, presente circunstancias clínicas que lleven a una situación de incapacidad para la toma de decisiones, que no le permitan dar el Consentimiento Informado para el procedimiento eutanásico, este podrá ser otorgado por medio del Consentimiento Sustituto de acuerdo con la viabilidad definida en el artículo 10 de esta resolución.

Cuando el paciente ha reiterado su Solicitud de Eutanasia, tras haber recibido un concepto favorable por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, y ha programado el procedimiento eutanásico, pero sobrevienen circunstancias clínicas que le impiden dar su Consentimiento Informado antes de llevar a cabo el procedimiento eutanásico, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, en cumplimiento de las funciones dispuestas por el artículo 62, numerales 62.14 y 62.15, verificará si en la historia clínica se han registrado cambios en la preferencia del paciente.

Artículo 35. *Revisión de decisiones sobre improcedencia de la eutanasia.* Sobre las decisiones que niegan la procedencia de la eutanasia, se actuará así:

35.1. Petición de segunda opinión de recepción de solicitud por parte del paciente. El paciente que no esté de acuerdo con la decisión del médico que recibió su Solicitud de Eutanasia, respecto a la no activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, puede requerir una segunda opinión a su EPS o a la entidad que cumpla la función de aseguramiento. Esta designará a otro profesional de la salud, disponible dentro de la red prestadora, para que revise el caso y adopte decisión. En todo caso, cuando el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos señalados en los artículos 21 y 22, debe activar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, para que se adelanten las verificaciones pertinentes.

35.2. Petición de revisión de decisión por parte del paciente, cuando la respuesta del Comité Interdisciplinario de Eutanasia es de no cumplimiento de requisitos. El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento de requisitos al trámite de su solicitud podrá requerir una segunda opinión de un Comité conformado por integrantes distintos a los que sesionaron previamente.



En caso de que se presente una nueva negativa, se entenderá agotado el trámite administrativo, sin perjuicio de los mecanismos judiciales a los que haya lugar; ello no impide la presentación de una nueva solicitud cuando se presenten cambios verificables en la situación clínica del paciente o en el sufrimiento experimentado por el paciente, caso en el cual se dará inicio a un nuevo trámite conforme a lo previsto en los artículos 21 y siguientes de la presente resolución.

Parágrafo. La segunda opinión del médico o revisión de la decisión del Comité solo pueden ser requeridas por el paciente; no podrán ser presentadas a través de Consentimiento Sustituto ni por quienes se encuentren en ejercicio de derechos de patria potestad, ni por aquellas personas que actúen como apoyos interpretativos de la voluntad.

Capítulo V

Atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia en menores de 18 años

Artículo 36. Definiciones para la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia en menores de 18 años. Para hacer efectivo trámite de la Solicitud de Eutanasia de NNA, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

- 36.1 Toma de decisiones de NNA en el ámbito médico.** La toma de decisiones de NNA en el ámbito médico está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión; (ii) capacidad de entendimiento; (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio.
- 36.2 Concepto de muerte según edad evolutiva de NNA.** El entendimiento del concepto de la muerte evoluciona con la edad hasta consolidarse como irreversible e inexorable, así:
- a) *De 0 a 3 años.* La muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia.
 - b) *De 3 a 6 años.* El niño o niña desarrolla su pensamiento prelógico e intuitivo; aparece la idea de muerte como fenómeno temporal; la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia.
 - c) *De 6 a 12 años.* El niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de muerte, como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. El concepto de muerte se elabora con gradual consciencia de irreversibilidad y de final. La muerte propia o de un ser querido puede ser difícil de comprender.
 - d) *A partir de los 12 años.* Desde los doce años se presenta el concepto de muerte vinculado a la capacidad de abstracción, desde el cual se logra el entendimiento de



que todas las personas, incluido uno mismo, vamos a morir en algún momento. La propia muerte se percibe lejana de manera general. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable.

Sobre el concepto de muerte se debe reconocer que de forma excepcional algunos niños o niñas, en los últimos dos rangos, pueden alcanzar conceptos móviles dependiendo de la experiencia, su desarrollo cognitivo y madurez, en cada situación particular, en especial, para los niños y niñas cercanos a los 12 años.

36.3 Patria potestad. Para efectos del ejercicio de la patria potestad se tendrá en cuenta lo definido por las leyes colombianas. Para los efectos de esta resolución, la patria potestad será ejercida para mejorar las condiciones de salud de los menores, sin embargo, no se traduce en un poder absoluto sobre ellos, por el contrario, debe tenerse en consideración la opinión de los menores de 18 años, y bajo circunstancias específicas, sólo será válido el consentimiento emanado de los menores que han sido evaluados para la toma de decisiones de una opción en particular.

Artículo 37. *Derecho a cuidados paliativos pediátricos.* Tienen derecho a cuidado paliativo pediátrico todos los NNA, con condiciones limitantes para la vida, o que acortan el curso de la misma, en las cuales no hay esperanza razonable de cura y por la cual el NNA podría morir, así como las condiciones amenazantes para la vida, las cuales pueden ser susceptibles de manejo curativo de eficacia comprobada, que puede fallar y derivar en la muerte.

Artículo 38. *Niños, Niñas y Adolescentes susceptibles de requerir cuidados paliativos pediátricos.* Son sujetos de cuidados paliativos pediátricos:

- 38.1.** NNA con condiciones amenazantes para la vida, susceptibles de manejo curativo que puede fallar. El cuidado paliativo pediátrico puede ser necesario durante una crisis, durante el tratamiento o en caso de que el mismo falle.
- 38.2.** NNA con condiciones donde la muerte prematura es inevitable, quienes pueden presentar largos periodos de tratamiento intensivo que tengan como objetivo prolongar la vida y permitir la participación en actividades normales.
- 38.3.** NNA con enfermedades progresivas, sin opciones de tratamiento curativo, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede verse extendido durante muchos años.
- 38.4.** NNA con enfermedades irreversibles, pero no progresivas que causan discapacidad severa y derivan en susceptibilidad a complicaciones de salud y a la muerte prematura.

Parágrafo 1. Los NNA que cursen con condiciones crónicas pediátricas complejas, o aquellos que necesiten especiales de atención de su salud y los dependientes de tecnología, por el solo

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



hecho de presentar estas condiciones especiales, no serán sujetos directos de cuidado paliativo pediátrico. Sin embargo, de acuerdo con la severidad y características de su condición, serán susceptibles de ser beneficiarios de este y podrán iniciarse el manejo por cuidados paliativos pediátricos a solicitud del NNA, de quien ejerza la patria potestad o de los adultos responsables de su cuidado.

Parágrafo 2. Los cuidados paliativos para NNA deben ser ofertados y garantizados sin que medie solicitud previa del niño, niña o adolescente o de quien ejerza la patria potestad o de los adultos responsables de su cuidado.

Artículo 39. *Sujetos de exclusión de la solicitud del procedimiento eutanásico.* Se excluyen de la posibilidad de presentar una solicitud para el procedimiento eutanásico, las siguientes personas:

39.1. Recién nacidos y neonatos.

39.2. Primera infancia.

39.3. Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las condiciones definidas en el parágrafo del presente artículo.

Parágrafo. Sin perjuicio de que se cumplan todos los requisitos establecidos en el artículo 22 de la presente resolución, los niños o niñas del grupo poblacional entre los 6 y 12 años, podrán presentar solicitudes de aplicación del procedimiento eutanásico si: (i) alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico y (ii) su concepto de muerte alcanza el nivel esperado para un niño o niña de 12 años o más, según lo descrito en el literal d) del numeral 36.2, artículo 36, de la presente resolución.

Artículo 40. *Información al adolescente que solicita eutanasia.* Una vez el médico haya identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 22 de esta resolución, deberá suministrar al paciente la información estipulada en el artículo 24, teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra. Deberá informarse igualmente a quien ejerza la patria potestad sobre la solicitud presentada y sobre las características de la concurrencia en caso de que sea necesaria, en los términos del acompañamiento y la información. Esta comunicación no implica autorización, consentimiento sustituto, ni atribuye competencia para oponerse o condicionar la decisión del adolescente cuando el adolescente cuente con capacidad para la toma de decisiones frente a la eutanasia.

El proceso de información al adolescente debe tener en cuenta lo estipulado por la Resolución 309 de 2025, o la norma que la modifique, derogue, sustituya, con respecto a las

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



recomendaciones para atenciones que requieren especial atención a la autonomía progresiva y contextual.

Artículo 41. Concurrencia para la Solicitud de Eutanasia. La concurrencia para solicitar eutanasia de quien ejerza la patria potestad del NNA se regirá por el interés superior del menor, de la siguiente forma:

- 41.1.** De los 6 años hasta los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente.
- 41.2.** De los 14 a los 17 años no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. No obstante, siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

Parágrafo. Cuando se presente una diferencia entre la voluntad del adolescente de 14 a 17 años, y quienes ejercen la patria potestad, prevalecerá la decisión del adolescente. Si la discrepancia persiste y genera vulneración de los derechos del adolescente, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, puede solicitar apoyo al Defensor de Familia.

Artículo 42. Valoraciones, evaluaciones y verificación de condiciones. Las valoraciones, y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico deben darse dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la Solicitud de Eutanasia, por lo demás deberán cumplir con lo establecido en el artículo 28 de la presente resolución. Adicionalmente, para el caso de adolescentes, o de un caso excepcional de 6 a 12 años, se deberá incluir:

- 42.1** Evaluación del concepto de muerte según edad evolutiva. Se debe hacer énfasis en el concepto personal del adolescente frente a la muerte en su situación particular.
- 42.2** Una evaluación de la condición psicológica y emocional y, la capacidad y competencia para concurrir de quien ejerza la patria potestad; en caso de que corresponda la concurrencia.

En las solicitudes presentadas por adolescentes, la IPS y la EPS deberán garantizar la valoración oportuna por un equipo de cuidados paliativos pediátricos, o por un equipo de cuidados paliativos con enfoque especializado en pediatría cuando no exista oferta específica, para control de síntomas, apoyo psicosocial y la toma de decisiones informada. Esta valoración se realizará en paralelo al trámite ante el Comité Interdisciplinario de Eutanasia y no constituye requisito de agotamiento de tratamientos ni condición suspensiva para acceder al procedimiento eutanásico. El rechazo del adolescente a intervenciones específicas de cuidados paliativos no impedirá la continuidad del trámite.



Artículo 43. Trámite de revisión de la solicitud de un adolescente. Realizadas las evaluaciones y valoraciones, el Comité deberá sesionar y verificar la existencia de las condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico a saber:

- 43.1.** Lo establecido por el artículo 30 de la presente resolución.
- 43.2.** El concepto de muerte según edad evolutiva.
- 43.3.** La presencia de evaluaciones favorables sobre la condición psicológica y emocional y la capacidad y competencia para concurrir, de quienes se encuentren en necesidad de concurrir para los menores de 14 años.

Si estas se cumplen, se informará la decisión al paciente y a quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad y se preguntará al paciente, si reitera su decisión. En el evento de que el paciente reitere su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y este será programado en la fecha que el paciente lo indique. En caso de que el paciente no cumpla con las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico, deberá continuarse el cuidado integral al paciente, y mantener las atenciones relacionadas con AET y Cuidados Paliativos Pediátricos, según corresponda al caso.

Artículo 44. Consentimiento Informado para la realización de procedimiento eutanásico. Para el caso de NNA, el Consentimiento Informado para el procedimiento se configura desde la autonomía progresiva y contextual, en reconocimiento a que la capacidad civil de ellos no es aplicable en forma automática al consentimiento en los tratamientos médicos. En consecuencia, se podrá considerar válido el Consentimiento Informado dado de manera directa por el paciente para la realización del procedimiento eutanásico.

En los casos de NNA que, durante el proceso de manejo de la Solicitud de Eutanasia, presenten un deterioro clínico que los lleve a una situación de incapacidad para la toma de decisiones o a una imposibilidad fáctica para manifestar su voluntad que les impida otorgar el Consentimiento Informado para la realización del procedimiento eutanásico, este podrá formalizarse por quienes se encuentren en ejercicio de la patria potestad exclusivamente para efectos de suscripción del consentimiento informado del procedimiento, siempre que exista una voluntad previa del NNA, libre, informada e inequívoca, debidamente verificada conforme a lo establecido en los numerales 10.2 del artículo 10 y 11.2 del artículo 11 y en el artículo 32 de la presente resolución. En todo caso, dicha intervención no implica sustitución de la voluntad del NNA, y deberá prevalecer, en todo caso, la voluntad expresada por el NNA.

Parágrafo. Quienes siendo mayores de 14 años hayan tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como Consentimiento Informado para la realización del procedimiento.



Capítulo VI

De la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia por medio de apoyos interpretativos de la voluntad

Artículo 45. Apoyo interpretativo de la voluntad. Para efectos de la presente resolución, los apoyos interpretativos de la voluntad son el conjunto de insumos relacionales, contextuales y narrativos aportados por terceros significativos, que podrán ser complementados por el equipo de salud, y que permiten aproximarse razonablemente al sentido de la voluntad de una persona cuando exista imposibilidad fáctica y no transitoria de expresarla de manera directa, a partir de su trayectoria vital, valores, creencias, contexto de vida y preferencias previamente manifestadas, sin que ello constituya por sí mismo una manifestación autónoma de voluntad, una solicitud directa ni un consentimiento para la realización del procedimiento eutanásico.

Para todos los efectos de la presente resolución, los apoyos interpretativos de la voluntad deberán entenderse como un mecanismo excepcional, instrumental y procedimental, orientado exclusivamente a evaluar si se configuran las condiciones que permiten la viabilidad del consentimiento sustituto, en los términos del numeral 10.3 del artículo 10 de este acto administrativo.

En ningún caso los apoyos interpretativos de la voluntad constituyen, por sí mismos, una manifestación autónoma de voluntad, un consentimiento informado, ni habilitan de manera directa la realización del procedimiento eutanásico, y no suplen ni reemplazan el cumplimiento de los requisitos para la viabilidad del consentimiento sustituto previstos en el artículo 10.3 del presente acto normativo, ni constituye por sí misma el consentimiento informado para la realización del procedimiento eutanásico.

Parágrafo. La aplicación de estos apoyos solo es posible en escenarios en los que es posible determinar las expresiones previas o intereses vitales de la persona, y no suple ni reemplaza el cumplimiento de los requisitos para la viabilidad del Consentimiento Sustituto previstos en el artículo 10.3 de la presente resolución.

Artículo 46. Activación del trámite por apoyos interpretativos de la voluntad. La atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia manifestada mediante apoyos interpretativos de la voluntad, procederá únicamente en los supuestos previstos en el numeral 10.3 del artículo 10 de la presente resolución, cuando se haya recibido una solicitud por parte de un tercero y se acredite la imposibilidad fáctica y no transitoria del paciente para expresar directamente su preferencia sobre la eutanasia.



La recepción de la Solicitud de Eutanasia manifestada mediante apoyos interpretativos de la voluntad se realizará siempre por escrito. Se excluye expresamente cualquier interpretación que permita fundar la realización del procedimiento eutanásico en criterios de piedad, mejor interés, voluntad presunta o decisiones sustitutivas no ancladas en manifestaciones previas verificables del titular del derecho.

Parágrafo. La interpretación y aplicación de las disposiciones de esta resolución deberá realizarse de manera armónica con los artículos 10, 13 y 30, de forma tal que, en ausencia de una voluntad previa identificable, verificable y trazable del paciente, no procederá la eutanasia, debiendo garantizarse las opciones de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y atención por Cuidados Paliativos.

Artículo 47. *Recepción de manifestaciones relacionadas con el uso de apoyos interpretativos de la voluntad.* Cuando un familiar, allegado o persona de apoyo exprese ante un médico tratante la intención de que se evalúe una Solicitud de Eutanasia mediante apoyos interpretativos de la voluntad, el médico deberá informar que dicha evaluación solo puede iniciarse a partir de una solicitud escrita dirigida al Comité Interdisciplinario de Eutanasia de la IPS, conforme a lo dispuesto en el presente capítulo.

La recepción de dicha manifestación no constituye, por sí misma, una Solicitud de Eutanasia ni obliga al médico a emitir concepto alguno sobre su viabilidad, sin perjuicio de garantizar la información sobre las opciones disponibles para la atención del paciente, incluyendo Cuidados Paliativos y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Artículo 48. *Naturaleza excepcional del trámite por apoyos interpretativos de la voluntad.* El trámite por apoyos interpretativos de la voluntad constituye un mecanismo excepcional y no constituye una forma autónoma de solicitud ni una modalidad distinta de acceso al procedimiento eutanásico. Su finalidad es adelantar una vía reforzada de análisis y verificación para determinar si se configuran las condiciones que habilitan el consentimiento sustituto, conforme a lo dispuesto en los artículos 10, 11 y 13 de la presente resolución.

En ningún caso los apoyos interpretativos de la voluntad podrán utilizarse para crear, completar, reconstruir o sustituir la voluntad del paciente, ni para atribuir una voluntad presunta.

Parágrafo. La aplicación de este trámite no altera la estructura del proceso de solicitud, verificación, reiteración y consentimiento informado establecidos en la presente resolución.

Artículo 49. *Actuaciones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia en el trámite por apoyos interpretativos de la voluntad.* En los casos excepcionales en los que se tramite una



Solicitud de Eutanasia mediante apoyos interpretativos de la voluntad, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá adelantar una verificación reforzada, cuidadosa y contextual, orientada a evaluar si el ejercicio del apoyo interpretativo busca honrar las preferencias e intenciones previamente manifestadas por la persona, y que no esté indebidamente influenciado por conflictos de interés, presiones externas, cargas emocionales o por el sufrimiento propio de la red de apoyo.

Con el fin de realizar dicha verificación, el Comité deberá constatar que las manifestaciones previas alegadas como expresión de la voluntad del paciente sean verificables, entendidas como aquellas cuya existencia, contenido y contexto puedan ser corroborados de manera consistente y trazable, dejando constancia motivada de esta valoración en el acta correspondiente.

Como parte del trámite, el Comité deberá realizar al menos una sesión de información con la persona o personas que actúan como apoyo interpretativo, en la cual se explicarán las reglas especiales aplicables a este mecanismo excepcional, así como las opciones disponibles para la garantía del derecho a morir con dignidad, esto es, la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, la atención por Cuidados Paliativos y la posibilidad de desistir del proceso en cualquier momento, dejando constancia de dicha actuación.

Artículo 50. Sesión de información en trámites de Solicitud de Eutanasia mediante apoyos interpretativos de la voluntad. Cuando se reciba una Solicitud de Eutanasia manifestada mediante apoyos interpretativos de la voluntad, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia citará a una sesión de información, dirigida exclusivamente a la persona o personas que actúan como apoyo interpretativo.

En dicha sesión, el Comité explicará que la determinación de la mejor interpretación de la voluntad y preferencias del paciente:

- 50.1.** No constituye una tarea universalizable ni susceptible de aplicación automática;
- 50.2.** No se deriva de fórmulas únicas o estandarizadas; y
- 50.3.** Exige un análisis individualizado, contextual y reforzado, orientado a alcanzar un grado razonable de certeza sobre la opción de eutanasia.

El Comité informará expresamente que, cuando no exista consentimiento del paciente o no sea posible atribuir de manera fundada el sentido de su decisión, no resulta jurídicamente válido que un tercero adopte la decisión de que la vida llegue a su fin mediante el procedimiento de la eutanasia, aun cuando se invoquen motivos de piedad, solidaridad o compasión.

En esta sesión se informará igualmente sobre las opciones disponibles para la garantía del derecho a morir con dignidad, esto es, la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, la atención



por Cuidados Paliativos y la posibilidad de desistir del trámite en cualquier momento. Así como los tiempos máximos establecidos para llegar a una decisión y las valoraciones y conceptos que según el caso puedan requerirse.

De esta actuación se dejará constancia en el acta correspondiente a la sesión.

Parágrafo. La sesión de información no tiene carácter de verificación ni decisorio, ni implica pronunciamiento previo del Comité Interdisciplinario de Eutanasia sobre la viabilidad del consentimiento sustituto.

Artículo 51. *Del trámite de la solicitud por medio de apoyo interpretativo de la voluntad.* El Comité Interdisciplinario de Eutanasia adelantará una o varias sesiones de deliberación y verificación reforzada, de carácter reservado, orientadas a determinar si se configuran las condiciones que habilitan el consentimiento sustituto conforme a lo dispuesto en el numeral 10.3 de la presente resolución, para proceder a realizar las verificaciones correspondientes de acuerdo con el artículo 30.

Para efectos de esta verificación, el Comité podrá valorar, de manera conjunta y no excluyente, registros en la historia clínica, valoraciones médicas o interdisciplinarias previas, documentos o comunicaciones institucionales, así como declaraciones de personas de confianza, y deberá:

- 51.1.** Identificar si se trata de: (i) un paciente con discapacidad que cuenta con un apoyo formal para la toma de decisiones, conforme a la Ley 1996 de 2019; o (ii) un paciente que desarrolló plenamente su autonomía y capacidad para la toma de decisiones en salud, respecto del cual se conocen manifestaciones previas de voluntad, incluidas expresiones orales o verbales realizadas a sus allegados, anteriores a la ocurrencia de una situación de salud que le impide expresarla de manera directa.
- 51.2.** Identificar si la persona enfrenta una condición de salud extrema y, sin haber hablado previamente de eutanasia, existen preferencias e intereses vitales verificables y anteriores a la imposibilidad actual de expresar su voluntad.
- 51.3.** Identificar y verificar en los casos de personas con discapacidad con apoyo formal para la toma de decisiones, la autoridad judicial o el instrumento que lo haya determinado, distinguiéndolo expresamente de la red de apoyo fáctica o relacional, la cual no tiene carácter representativo ni decisorio.
- 51.4.** Constatar que, con independencia de la existencia o no de apoyo formal, se hayan agotado de manera efectiva todos los apoyos y ajustes razonables disponibles para permitir la expresión directa, voluntaria e inequívoca de la voluntad y preferencias del paciente, antes de acudir al mecanismo excepcional de apoyos interpretativos de la voluntad.



- 51.5.** Verificar que se hayan agotado, de manera razonable y proporcional, los medios disponibles para conocer la voluntad y preferencias del paciente, incluidos mecanismos de comunicación no verbal, sistemas aumentativos o alternativos y ajustes razonables mediados por tecnologías, antes de acudir al mecanismo excepcional de apoyos interpretativos de la voluntad. La red de apoyo se limitará a aportar insumos de manifestaciones previas, sin que sus opiniones constituyan ni sustituyan la voluntad del paciente.
- 51.6.** Cuando el paciente no cuente con un apoyo formal para la toma de decisiones, identificar la existencia de una red de apoyo fáctica o relacional que aporte insumos para la interpretación de la voluntad del paciente, sin carácter representativo ni decisorio.
- 51.7.** Verificar que la red de apoyo identificada mantenga una relación de confianza y conocimiento suficiente con el paciente, que permita afirmar razonablemente que conoce su trayectoria vital, metas, proyectos, valores y preferencias, con base en elementos verificables como declaraciones concordantes de terceros, documentos, registros previos o manifestaciones expresadas en distintos contextos sociales o institucionales.
- 51.8.** Verificar si existe un verdadero compromiso para actuar de acuerdo con los intereses de la persona a la que se está apoyando, lo cual implica analizar elementos que sugieran que la relación está marcada por intereses propios exclusivamente o por conflictos de interés que influyan directamente en la decisión, entre otros.
- 51.9.** Verificar cuando se trate de personas con discapacidad que la persona o personas que conforman la red de apoyo cuentan con la capacidad relacional y comunicativa para identificar y comprender patrones, modalidades y comportamientos relevantes del paciente, especialmente cuando se trate de una persona con discapacidad, lo cual podrá analizarse, entre otros aspectos, a partir del tiempo de relación, la frecuencia e intensidad de la comunicación, y la consistencia de los patrones descritos.
- 51.10.** Cuando se trate de una persona con discapacidad, realizar un análisis específico del criterio de la mejor interpretación posible de la voluntad, con base en los elementos establecidos en el artículo 4.3 de la Ley 1996 de 2019, dejando constancia motivada de su aplicación al caso concreto.
- 51.11.** Establecer la existencia de un consenso decisorio entre las personas que integran la red de apoyo y quien presta el apoyo interpretativo de la voluntad, respecto de la interpretación atribuida a las preferencias, valores e intereses vitales del paciente. La ausencia de dicho consenso impedirá continuar el trámite por esta vía excepcional.
- 51.12.** Evaluar, en todos los casos y como salvaguardia reforzada, la posible presencia de conflictos de interés, cargas emocionales significativas, relaciones de dependencia económica, desgaste del cuidador o presencia de cuidador cansado, así como factores relacionados con el acceso, continuidad o calidad de la atención en el sistema de salud, que puedan influir indebidamente en la interpretación de la voluntad del paciente.
- 51.13.** Como medida de precaución reforzada, cuando se identifiquen o existan indicios razonables de conflictos de interés, divergencias relevantes en la interpretación de la voluntad,



cargas emocionales significativas, relaciones de dependencia económica o desgaste del cuidador, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá solicitar concepto del Comité de Ética Hospitalaria. Dicho concepto tendrá carácter consultivo y deberá ser valorado e incorporado de manera motivada en la decisión final sobre la viabilidad del uso del Consentimiento Sustituto.

Parágrafo 1. El trámite descrito no modifica ni amplía el alcance del artículo 13, ni redefine el concepto de expresión previa verificable, sino que establece un procedimiento reforzado para verificar su existencia y alcance en los supuestos del numeral 10.3, se adelantará únicamente una vez verificada la concurrencia de una condición de salud extrema y las condiciones de elegibilidad clínica, conforme a los artículos correspondientes. El tiempo máximo para el trámite del que trata el presente artículo será de treinta (30) días calendario.

Parágrafo 2. La atribución razonable de la voluntad no podrá fundarse exclusivamente en inferencias, analogías o reconstrucciones retrospectivas, ni en la proyección de valores del apoyo o de la red de apoyo. En ausencia de manifestaciones previas verificables, concordantes y trazables, no procederá la eutanasia.

Parágrafo 3. Se entiende como consenso decisorio la concordancia sustancial entre las personas que acrediten vínculo significativo, continuidad relacional y conocimiento directo del paciente, según lo verificado por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Capítulo VII

Reporte de las solicitudes de ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia

Artículo 52. Reporte de las Solicitudes de Eutanasia. El prestador de servicios de salud, a través de los médicos que reciben la solicitud y del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, debe reportar a este Ministerio, mediante el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia (SRSE), la información de la Solicitud de Eutanasia contenida en el Anexo Técnico 1 que hace parte de la presente resolución. El reporte tendrá los siguientes pasos:

- 52.1.** Reporte del médico que recibe la solicitud.
- 52.2.** Reporte del Comité, cuando recibe la solicitud por parte del médico.
- 52.3.** Reporte del Comité, cuando actualiza el estado, al verificar si el paciente cumple o no con condiciones para acceder al procedimiento eutanásico.
- 52.4.** Reporte del Comité, cuando cambia de estado de la solicitud por finalización de la atención por medio de una de las siguientes opciones: la realización del procedimiento eutanásico,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 fallecimiento por otras causas diferentes a la realización del procedimiento eutanásico o el desistimiento del paciente.

Las IPS que no estén obligadas a conformar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, deberán contar con rutas administrativas claras, que permitan dar curso a la recepción de la Solicitud de Eutanasia del paciente.

Parágrafo 1. Las solicitudes presentadas ante una instancia administrativa de la IPS en la cual es atendida la persona deberán ser tramitadas de manera inmediata ante el médico que se designe para tal fin, quien realizará el reporte de la solicitud tras adelantar el proceso de información del que tratan los artículos 24 o 25, según las particulares del caso.

Parágrafo 2. En el caso de que una solicitud sea presentada a una instancia administrativa de la EPS, se debe tramitar la solicitud de manera inmediata ante una IPS de su red y esta deberá seguir lo previsto en el parágrafo 1 de este artículo.

Parágrafo 3. Cuando se trate de una solicitud de Eutanasia por medio de apoyos de interpretación de la voluntad para definir la viabilidad del consentimiento sustituto, será el Comité quien realice los reportes y actualice el estado de la solicitud.

Artículo 53. Reporte de recepción y trámite por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. El Comité reportará la fecha en que es notificada la Solicitud de Eutanasia, dentro de las 24 horas siguientes a su recibo, de acuerdo con el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Dentro de los diez (10) o quince (15) días calendario siguientes, según corresponda a la recepción de la Solicitud de Eutanasia, el Comité deberá actualizar el estado de la revisión de la solicitud, tras la verificación del cumplimiento de condiciones para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, diligenciando la parte pertinente del Anexo Técnico 1.

Parágrafo. El reporte de la solicitud no reemplaza ni exime de la notificación de las circunstancias que rodean el proceso asistencial de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento eutanásico, el cual se hará teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el artículo 54 de esta resolución.

Artículo 54. Reporte del trámite verificación y realización del procedimiento eutanásico por parte del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, el Anexo Técnico 2, en el cual se resuma el proceso de manejo de la solicitud y la realización del procedimiento eutanásico, en un plazo

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



máximo de diez (10) días calendario siguientes a la realización del procedimiento. Dicho reporte debe incluir los siguientes documentos adjuntos:

- 54.1.** Soporte escrito de la solicitud realizada o registro de la solicitud en la historia clínica, o copia del Documento de Voluntad Anticipada que cumpla con los requisitos previstos en la Resolución 2665 de 2018.
- 54.2.** Resumen de historia clínica con copia de las evaluaciones, valoraciones y conceptos relacionados con la identificación de la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico.
- 54.3.** Nota en la historia clínica del procedimiento eutanásico.
- 54.4.** Actas de las sesiones del Comité.
- 54.5.** Información adicional que el Comité considere pertinente.

El reporte debe ser realizado a través del correo electrónico correo@minsalud.gov.co, desde el cual será realizada la gestión documental interna.

Parágrafo. Las solicitudes de eutanasia en las cuales se dé el desistimiento por parte del paciente, en cualquier momento del proceso, o el fallecimiento del paciente por circunstancias diferentes al procedimiento eutanásico, deben reportarse a través del SRSE.

Artículo 55. Incumplimiento del reporte. Ante el incumplimiento del reporte por parte del personal médico, del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud o de las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, este Ministerio realizará los traslados pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, adopte las medidas necesarias para verificar la correcta implementación de la regulación sobre el derecho fundamental a morir dignamente a través de la eutanasia.

Artículo 56. Revisión y uso de la información de la solicitud reportada. El Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, realizará la revisión y análisis de los datos recibidos.

La Secretaría Técnica del Comité del Ministerio, en cumplimiento de las funciones de apoyo técnico y gestión de la información que le corresponde, debe revisar cada treinta (30) días calendario, los reportes generados por el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, y los casos de eutanasia reportadas en el marco del artículo 46. La información relacionada con las solicitudes de eutanasia reportadas por el SRSE, así como los casos de eutanasia reportados a este Ministerio, serán publicados a través de un informe de manera anual por medio de la página web del Ministerio, de acuerdo con las variables definidas por el Comité Interno del Ministerio de

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Salud y Protección Social, atendiendo el carácter de información confidencial y pública reservada.

Artículo 57. Solicitud de información adicional al reporte del trámite de verificación y realización del procedimiento eutanásico. La solicitud de información adicional a los actores que aplica la presente resolución podrá realizarse en cualquier momento del reporte y revisión de la solicitud por parte de la Secretaría Técnica del Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia; de la misma manera que durante la revisión del caso en el cual se reporta la realización del procedimiento eutanásico.

Capítulo VIII

De los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia

Artículo 58. Organización del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que tengan habilitados servicios de mediana o alta complejidad, y las que presten servicios exclusivos de psiquiatría en el nivel de alta complejidad (unidades de salud mental) deberán conformar, al interior de cada entidad, un Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

La IPS que no tenga tales servicios deberá, dentro de las primeras 24 horas después de haber recibido la Solicitud de Eutanasia, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Promotora de Salud (EPS) o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento a la cual está afiliada la persona que solicite el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar tal derecho.

Artículo 59. Conformación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia para casos de mayores de edad. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS, así:

- 59.1.** Un médico con la especialidad del diagnóstico principal que genera la condición de salud extrema.
- 59.2.** Un abogado.
- 59.3.** Un psiquiatra o un psicólogo clínico.

Parágrafo. Las IPS con prestación de servicios exclusivos de psiquiatría (unidad de salud mental de alta complejidad) deberán designar siempre dos psiquiatras y un abogado.



Artículo 60. Conformación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia para casos de adolescentes. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS. Esta conformación del Comité no debe ser modificada, y se integrará siempre así:

- 60.1. Un médico pediatra.
- 60.2. Un médico psiquiatra.
- 60.3. Un abogado.

Artículo 61. Sobre los integrantes del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Los integrantes del Comité Interdisciplinario de Eutanasia se regirán por los siguientes requisitos:

- 61.1. No podrán ser objetores de conciencia del procedimiento de eutanasia, condición que se declarará en el momento de la conformación de este.
- 61.2. Deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.
- 61.3. Los médicos especialistas, psiquiatras o psicólogos clínicos, no deben ser tratantes del paciente, en tanto deben cumplir con la función de verificación del concepto de quienes tienen a cargo las valoraciones y evaluaciones a verificar.
- 61.4. No podrán participar del Comité Interdisciplinario de Eutanasia personal médico del orden administrativo de la IPS ni abogados del orden directivo.
- 61.5. Los abogados que integren el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberán contar con el perfil, idoneidad, independencia y confidencialidad.

Parágrafo. El profesional del derecho que integre el Comité de Ética Hospitalaria o el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá contar con formación o experiencia acreditable en derecho sanitario, responsabilidad médico-hospitalaria y/o bioética/bioderecho.

La idoneidad podrá demostrarse mediante posgrado, diplomados o educación continuada, o experiencia profesional en las materias referidas. Su actuación se rige por el deber de confidencialidad y la protección de datos. La idoneidad y la declaración de independencia y ausencia de conflicto de interés se dejarán consignadas en el acta del Comité en el que participe.

Artículo 62. Funciones. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia tendrá las siguientes funciones:

- 62.1. Informar a este Ministerio la recepción de la solicitud y el cambio de estado de esta, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 y 53 de esta resolución.
- 62.2. Verificar dentro de un plazo no superior a diez (10) días calendario a partir de la solicitud del paciente mayor de edad, el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



a la eutanasia de acuerdo con los reportes, evaluaciones y valoraciones que determinan la capacidad mental, la evaluación del sufrimiento intratable e irremediable, la presencia de una condición de salud extrema y la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

- 62.3.** Verificar dentro de un plazo no superior a quince (15) días calendario a partir de la solicitud del paciente NNA, el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia, de acuerdo con los reportes, evaluaciones y valoraciones que determinan la capacidad y competencia mental, la evaluación del sufrimiento, la presencia de una condición de salud extrema, la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas, el concepto de muerte evolutivo, el inicio de AET y las condiciones de concurrencia en caso de ser necesaria.
- 62.4.** Verificar, en el caso del uso de un DVA, si existe alguna circunstancia que llegue a viciar la validez y eficacia de este.
- 62.5.** Realizar el seguimiento a la programación del procedimiento eutanásico y vigilar que se realice cuando la persona lo indique.
- 62.6.** Realizar seguimiento a las valoraciones y ser garante de que todo el trámite de la solicitud y el procedimiento eutanásico se desarrollen respetando los criterios de prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.
- 62.7.** Suspender el trámite de la solicitud y el procedimiento eutanásico, en caso de detectar alguna irregularidad dentro del proceso de valoraciones, especialmente aquellas relacionadas con manipulación, coacción o sustitución de la voluntad del paciente y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar.
- 62.8.** Vigilar que se brinde acompañamiento de manera constante y durante las diferentes fases, tanto al paciente como a su familia, mediante ayuda psicológica, médica y social, para mitigar los eventuales efectos negativos en el núcleo familiar y en la situación del paciente.
- 62.9.** Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social un informe sobre el manejo de la solicitud, el proceso de verificación y la realización del procedimiento eutanásico, de acuerdo con lo determinado en el artículo 54 de esta resolución.
- 62.10.** Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.
- 62.11.** Informar a la Entidad Promotora de Salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento a la cual esté afiliado el paciente, de las actuaciones que se adelanten dentro del proceso de recepción y trámite de la Solicitud de Eutanasia y mantenerse en contacto permanente con la EPS.



- 62.12.** Realizar la consolidación de un resumen clínico del caso del paciente, el cual hará parte del acta del Comité interdisciplinario para eutanasia. Para tal efecto la IPS podrá requerir información a la EPS sobre las atenciones en otras IPS de su red.
- 62.13.** En el evento del uso de un DVA, el Comité deberá ser riguroso en verificar que se hayan cumplido todos los requisitos contenidos en los artículos 28 y 29 de la presente resolución.
- 62.14.** En el evento del uso de RSE, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia podrá consultar al médico que realizó el registro, para definir si este tiene las características de voluntario e inequívoco teniendo en cuenta el tiempo que haya pasado desde cuando se realizó el registro en la historia clínica hasta el momento en el cual se realizan las sesiones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. En los casos en los que no sea posible consultar al médico que realizó el registro o se decida que no es necesario hacerlo, el Comité deberá justificar detalladamente como se garantiza la voluntad y libertad del paciente de frente a la condición de salud extrema y el sufrimiento que motivó la solicitud.
- 62.15.** Cumplir con la totalidad del trámite de verificación del Consentimiento Sustituto establecido por el artículo 31, verificando que este no esté viciado por ganancias secundarias en salud (psicológicas, sociales o materiales) o conflictos de interés.
- 62.16.** Solicitar los conceptos y valoraciones que según el caso sean pertinentes, en aras de garantizar el criterio de prevalencia de la autonomía del paciente, sin que estas afecten el criterio de oportunidad, celeridad o imparcialidad, en los casos en los cuales se adelante un procedimiento eutanásico a través de Consentimiento Sustituto, tal y como se ha descrito su viabilidad en el artículo 10 de esta resolución.
- 62.17.** Verificar y adelantar, cuando la solicitud se funde en el numeral 10.3 de la presente resolución, el trámite reforzado de evaluación del consentimiento sustituto por medio de apoyos interpretativos de la voluntad, conforme a las reglas especiales previstas en el Capítulo VI, garantizando la trazabilidad, motivación y documentación integral de las decisiones adoptadas.
- 62.18.** Evaluar, en los trámites de consentimiento sustituto activados mediante apoyos interpretativos de la voluntad, la existencia de manifestaciones previas verificables, la ausencia de influencias indebidas, la concurrencia de salvaguardias reforzadas y la existencia de consenso decisorio, dejando constancia motivada de dichas verificaciones en el acta del Comité.
- 62.19.** Solicitar, cuando existan indicios razonables de conflicto de interés, divergencias relevantes en la interpretación de la voluntad, cargas emocionales significativas o desgaste del cuidador, concepto del Comité de Ética Hospitalaria, en los términos previstos en el artículo 51, e incorporar su valoración de manera expresa y motivada en la decisión final del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.
- 62.20.** Designar el secretario técnico y darse su propio reglamento.



Artículo 63. *Instalación de los Comités.* El Comité Interdisciplinario de Eutanasia, una vez integrado en los términos de la presente resolución, tendrá una sesión de instalación en la cual adoptará el reglamento interno, designará un secretario técnico y dispondrá todo lo necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 64. *Sesiones y convocatorias.* El Comité será activado por el médico que recibió la solicitud, mediante informe a la Secretaría Técnica del Comité Interdisciplinario de Eutanasia por los canales institucionales, anexando la historia clínica pertinente y los soportes disponibles. La Secretaría Técnica registrará fecha y medio de recepción y convocará al Comité conforme a esta resolución. Una vez recibido el reporte, el Comité mantendrá sesiones permanentes con el fin de atender las funciones previstas en el artículo 62 de la presente resolución y el plazo allí establecido.

Parágrafo 1. Las sesiones de los Comités podrán ser presenciales o virtuales y las decisiones y demás aspectos pertinentes quedarán registrados en actas.

Parágrafo 2. En caso de duda razonable sobre las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia, el Comité podrá solicitar conceptos y evaluaciones adicionales, así como invitar a personas naturales o jurídicas, cuyo aporte estime que puede ser de utilidad para los fines encomendados al mismo. Los invitados tendrán voz, pero no voto. En todo caso, se deberá garantizar la debida reserva y confidencialidad de la información. La invitación de otras personas o solicitud de conceptos adicionales, deben ser suficientemente justificadas en el acta de la sesión donde la persona invitada participe.

Artículo 65. *Quórum para deliberar y decidir.* El quórum para deliberar y decidir será el de la totalidad de sus integrantes. Las decisiones serán adoptadas, de preferencia, por consenso. En caso de que el Comité no llegue a un acuerdo en alguno de los temas, se admitirá la mayoría simple.

Parágrafo. Cuando por razones de fuerza mayor o caso fortuito, o por existencia de conflictos de intereses, el Comité no pueda sesionar con la totalidad de sus integrantes, la entidad deberá designar en un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, el profesional del respectivo perfil que lo reemplace.

Artículo 66. *Secretaría Técnica.* La Secretaría Técnica de cada Comité Interdisciplinario de Eutanasia será determinada por sus integrantes y la misma tendrá las siguientes funciones:

66.1. Realizar la convocatoria a las sesiones del Comité.



- 66.2. Elaborar las actas correspondientes y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones emanadas del Comité.
- 66.3. Preparar y presentar al Comité las propuestas, documentos de trabajo, informes y demás material de apoyo, que sirva de soporte a las decisiones de este.
- 66.4. Llevar el archivo documental de las actuaciones del Comité y de los soportes respectivos y mantener la reserva y confidencialidad de estos, así como de la información que tenga conocimiento.
- 66.5. Dar respuesta a los derechos de petición, las solicitudes de información y requerimientos que se formulan al Comité.
- 66.6. Recibir el informe de la Solicitud de Eutanasia remitido por el médico que la recibió o por el designado conforme al artículo 52, registrando fecha y medio de recepción y los anexos pertinentes, y proceder a la convocatoria del Comité Interdisciplinario de Eutanasia según corresponda al caso.
- 66.7. Consolidar y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social el informe sobre el manejo de la solicitud, el proceso de verificación y la realización del procedimiento eutanásico, de acuerdo con el artículo 54 y con el numeral 62.9 del artículo 62, por los canales y dentro de los plazos establecidos.
- 66.8. Las demás funciones que sean propias de su carácter de apoyo y soporte técnico o que le sean asignadas por el Comité.

Capítulo IX

Funciones de las IPS y EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad a través de la Eutanasia

Artículo 67. Funciones de las IPS. Son funciones de la IPS, en relación con el procedimiento para morir con dignidad, las siguientes:

- 67.1. Ofrecer y disponer todo lo necesario para realizar las evaluaciones y valoraciones para dar curso a la solicitud, sin perjuicio de la voluntad del paciente.
- 67.2. Designar a los integrantes del Comité.
- 67.3. Garantizar al Comité su acceso tanto a la documentación como al paciente para realizar las verificaciones que este considere pertinentes.
- 67.4. Comunicarse permanentemente con la EPS o quien haga sus veces.
- 67.5. Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores para la práctica del procedimiento eutanásico.
- 67.6. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- 67.7. Garantizar el acceso a los médicos al Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, por medio de la creación de usuarios y actualización de los mismos, si corresponde.
- 67.8. Realizar el procedimiento eutanásico autorizado por su Comité Interdisciplinario de Eutanasia o, cuando deba realizarse en otra IPS, que puede ser de atención domiciliaria por razones clínicas, de seguridad o elección del paciente, coordinar integralmente la remisión y la programación sin trasladar cargas al paciente ni reiniciar el trámite, respetando los plazos del artículo 31.
- 67.9. Capacitar a su personal asistencial y administrativo en el contenido del presente acto administrativo.

Parágrafo. La IPS que convoque y sesione el Comité Interdisciplinario de Eutanasia asumirá la responsabilidad de ejecutar el procedimiento eutanásico o de garantizar su ejecución mediante acuerdos interinstitucionales dentro de la red de la EPS, las cuales pueden incluir IPS de atención domiciliaria sin que ello suponga reiniciar el trámite ni constituir barrera de acceso. Los traslados solo procederán por razones clínicas, de seguridad del procedimiento o por elección informada del paciente. En ningún caso habrá traslados por motivos ajenos al paciente, tales como razones administrativas, organizacionales o la ausencia de médicos no objetores.

Artículo 68. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento. Las EPS o quien haga sus veces, tendrán las siguientes funciones:

- 68.1. Asegurar la comunicación permanente con el Comité Interdisciplinario de Eutanasia para conocer las decisiones que se adopten y para remitir la información que le sea solicitada de manera prioritaria sobre atenciones en salud que este le requiera.
- 68.2. Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- 68.3. Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo 58 de la presente resolución.
- 68.4. Garantizar la disponibilidad de prestadores que cuenten con los servicios necesarios para dar trámite a la solicitud y a las evaluaciones y valoraciones necesarias.
- 68.5. Tramitar con celeridad, dentro de su red de prestadores, las solicitudes de las personas afiliadas y pacientes que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- 68.6. No interferir, en ningún sentido, en la solicitud o decisión que adopte el paciente, en relación con el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.



- 68.7.** Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes, para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- 68.8.** Garantizar oportunamente, cuando se requiera, la realización del procedimiento eutanásico autorizado con un prestador de su red, formalizando los acuerdos interinstitucionales y coordinando la referencia/contrarreferencia necesaria, sin reiniciar el trámite ni trasladar cargas al paciente, en los supuestos previstos en el artículo 58.
- 68.9.** Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, atendiendo los criterios de prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.
- 68.10.** Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

Capítulo X

Disposiciones finales

Artículo 69. Tratamiento de información. Las entidades y personas que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información que les sea aplicable, incluyendo el principio de responsabilidad demostrada y reforzada, teniendo en cuenta que los datos relativos a la salud son catalogados como sensibles. Esto de conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por la Sección 1 del Capítulo 25 del Título 2 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 del 2015 y la Ley 1712 de 2014. En virtud de lo anterior, los distintos actores se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 70. Fraude o modificación de datos. En caso de la identificación de fraude, modificación de datos o alteraciones de estos por parte de médicos, IPS, EPS o los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quien tenga conocimiento de ello, notificará a las instancias correspondientes para que se adelanten las investigaciones y sanciones pertinentes.

Artículo 71. De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes y no exime al profesional de salud del deber de brindar información completa, clara y comprensible sobre el derecho a morir con dignidad, sus modalidades y los procedimientos disponibles. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud.



Solo los médicos que puedan ser llamados para la realización del procedimiento eutanásico podrán expresar su objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento. La existencia de objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada al Comité Interdisciplinario de Eutanasia de la Institución Prestadora de Salud, para que no sea requerido a realizar el procedimiento.

Artículo 72. *Certificación de defunción.* La certificación de la muerte se diligenciará conforme a los lineamientos técnicos vigentes de certificación y codificación CIE vigente al momento del registro de la defunción. La realización del procedimiento eutanásico se documentará en la historia clínica, en el acta del Comité Interdisciplinario de Eutanasia y en los sistemas de información previstos en esta resolución, o la norma que la modifique o actualice, sin que ello suponga modificación del certificado de defunción ni de sus campos técnicos. En todo caso, deberá garantizarse la reserva de la historia clínica y la protección de los datos personales, evitando consignar en el certificado de defunción información distinta a la exigida por sus campos técnicos.

Artículo 73. *Cobertura del trámite.* La EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento garantizarán la cobertura oportuna de la atención de la Solicitud de Eutanasia y de las actuaciones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, conforme al régimen general de financiación vigente.

La realización del procedimiento eutanásico será gratuita para el paciente y no dará lugar a copagos, cuotas moderadoras ni pagos compartidos, ni podrá ser facturada al usuario ni condicionada a depósitos, pagarés o garantías. La IPS gestionará la facturación exclusivamente frente a la EPS o al mecanismo aplicable, sin reiniciar el trámite.

Artículo 74. *Actuación de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, hará seguimiento al cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores del sistema respecto de la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y los Cuidados Paliativos. Para ello, determinará los mecanismos pertinentes para el ejercicio de esta función.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal podrán comunicar a la Superintendencia Nacional de Salud los incumplimientos identificados en su jurisdicción que afecten el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución.



Artículo 75. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de su expedición, modifica parcialmente los artículos segundo y tercero de la Resolución 13437 de 1991 y deroga las Resoluciones 971 de 2021 y 825 de 2018.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://www2.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20813%20de%202026.pdf



2.3. CIRCULARES



2.3.1. Circular Externa 12 de 2026

PARA: SECRETARÍAS DE SALUD O QUIEN HAGA SUS VECES, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PROFESIONALES DE LA SALUD INDEPENDIENTES, GESTORES FARMACÉUTICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD, PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA EL REPORTE DE PRESCRIPCIÓN Y MONITOREO MEDIANTE LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA MIPRES Y EL CONTROL DE INVENTARIOS MEDIANTE LA PLATAFORMA ACMED, DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR COMPRA CENTRALIZADA PARA EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC).

FECHA: 14 ABRIL 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en el ejercicio de sus funciones establecidas en el artículo 4o y 90° de la Ley 1438 de 2011, el artículo 5° y los literales a) c) j) y k) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015, expide la presente circular con el propósito de impartir instrucciones para garantizar la trazabilidad del ciclo completo de suministro de los medicamentos para el tratamiento de la infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), adquiridos mediante compra centralizada, que debe efectuarse a través de la herramienta tecnológica Mi prescripción (MIPRES), así como establecer los lineamientos para el seguimiento y control de los inventarios de dichos medicamentos entregados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o a las entidades que haga sus veces y a las Entidades Adaptadas, por medio de la plataforma de control y seguimiento de inventarios de medicamentos de alto costo (ACMED).

I. ANTECEDENTES NORMATIVOS

La Resolución 1692 de 2017 expedida por este Ministerio, estableció los criterios para la compra centralizada de medicamentos antivirales de acción directa, no financiados con recursos de la



UPC, a través del Fondo Rotatorio Regional para la Adquisición de Productos Estratégicos de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el propósito de aumentar la eficiencia del uso de los recursos del sistema de salud y mejorar la disponibilidad de estos medicamentos en el territorio nacional.

Posteriormente, a través de la Resolución 740 de 2024, modificada por la Resolución 2622 de 2024, se actualizó y estableció el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, reporte del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

En cumplimiento de esta norma y con el fin de monitorear y evaluar el acceso efectivo a los medicamentos antivirales de acción directa para el tratamiento de la Hepatitis C crónica, se hace necesario impartir las instrucciones para realizar la prescripción, suministro, reporte del suministro y facturación a través de la herramienta tecnológica MIPRES, para el medicamento en combinación a dosis fija: SOFOSBUVIR 400mg/1U + VELPATASVIR 100 mg/1U, tabletas de liberación no modificada (en adelante, el medicamento), adquirido actualmente mediante compra centralizada.

Toda vez que la herramienta MIPRES tiene interoperabilidad con la plataforma ACMED - la cual tiene el control y seguimiento de inventarios de medicamentos de alto costo -, las directrices que se imparten en la presente Circular comprenden tanto el ciclo completo de prescripción, direccionamiento, suministro, reporte de suministro y facturación en MIPRES, así como el registro y control de inventarios en ACMED. Lo anterior, aplica a partir del momento en que las entidades hayan recibido el medicamento identificado con el número de lote 10008521, así como para los lotes que se adquieran y sean entregados posteriormente a las EPS o a la entidad que haga sus veces, y a las Entidades Adaptadas, a través del mecanismo de compra centralizada, con el fin de garantizar la trazabilidad, disponibilidad y uso adecuado del medicamento.

II. INSTRUCCIONES

1. DEL REGISTRO Y MONITOREO EN MIARES

1.1. Prescripción del medicamento por parte de los profesionales y prestadores de servicios de salud definidos por las EPS o las entidades que hagan sus veces y Entidades Adaptadas.

- 1.1.1.** La prescripción del medicamento obedece a la autonomía médica, la cual será ejercida por el médico tratante en el marco de esquemas de autorregulación, ética,



racionalidad y seguimiento de la evidencia científica, principios en los que se basa la Guía de Práctica Clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la Hepatitis C (en adelante, GPC para el VHC), así como la Vía Clínica para el tratamiento de Hepatitis C crónica (en adelante, la Vía Clínica de HC crónica), vigentes en el país o aquellas que las modifiquen o sustituyan, por cuanto constituyen el marco técnico de referencia obligatorio para la atención de esta patología.

- 1.1.2.** Los médicos prescriptores deben tener acceso y conocer el funcionamiento de la herramienta tecnológica MIARES.
- 1.1.3.** Los médicos realizarán la prescripción del medicamento utilizando la herramienta MIPRES conforme con lo establecido en la Resolución 740 de 2024, modificada por la Resolución 2622 de 2024, siguiendo el procedimiento descrito en el manual del usuario de MIPRES. Para tal fin, se deberá utilizar siempre la versión más actualizada de dicho manual, el cual se encuentra disponible en la página web “Todo sobre MIPRES” del Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en el siguiente enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-deservicios/Pages/MIPRES.aspx>
- 1.1.4.** La prescripción del medicamento para el tratamiento de la Hepatitis C crónica deberá realizarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en la GPC para el VHC y la Vía Clínica de HC crónica vigentes en el país, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 3 de la Resolución 1692 de 2017 y los numerales 12.1 y 12.2 del artículo 12 de la Resolución 740 de 2024, tratándose de atención ambulatoria.
- 1.1.5.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas, deberán garantizar, a partir de los acuerdos de voluntades celebrados con su red de prestadores de servicios de salud, que todas las personas que viven con Hepatitis C crónica reciban una atención integral e interdisciplinaria, que incluya, controles clínicos y paraclínicos, evaluación de la adherencia, y el cumplimiento de los algoritmos de seguimiento y monitorización de respuesta al tratamiento de la Vía Clínica de HC crónica.
- 1.1.6.** Una vez generada la prescripción del medicamento en MIPRES, las EPS o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas, deberán asegurar su dispensación al paciente de manera oportuna, garantizando el inicio temprano y continuación del tratamiento, sin afectar la adherencia de los pacientes al tratamiento, y eliminando las barreras de acceso para los usuarios.



Para esto, las aseguradoras y prestadores de servicios de salud deberán realizar los ajustes tecnológicos y contractuales pertinentes, tales como la automatización del proceso de direccionamiento, sin afectar los modelos de atención vigentes, ni los tiempos ni la calidad de la prestación de los servicios de salud. En ningún caso podrán solicitar trámites adicionales no requeridos por MIPRES, que puedan limitar o dilatar el tiempo en la entrega de los medicamentos. Lo anterior deberá implementarse en cumplimiento de los criterios de oportunidad de entrega establecidos en el artículo 131 del Decreto - Ley 019 de 2012, reglamentado por la Resolución 1604 de 2013 y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

- 1.1.7.** De conformidad con lo establecido en la Vía Clínica de HC crónica, la modalidad de entrega de los medicamentos deberá definirse con base en las características del paciente, la evaluación de riesgo de adherencia y los antecedentes clínicos. Por consiguiente, corresponde a las EPS o la entidad que haga sus veces y a las Entidades Adaptadas, garantizar que la modalidad definida por el médico se implemente sin generar barreras adicionales en el acceso al tratamiento.
- 1.1.8.** Cada EPS o entidad que haga sus veces y entidad adaptada, deberá brindar la educación necesaria a los pacientes frente al uso correcto de este medicamento.

1.2. Reporte del ciclo completo de suministro en MIPRES

- 1.2.1.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas, IPS y proveedores deberán mantenerse permanentemente informados y actualizados sobre el uso de la herramienta tecnológica, consultando los tutoriales, manuales y demás documentos técnicos que este Ministerio pone a disposición en el micrositio “Todo sobre MIPRES”. Lo anterior, con el fin de garantizar la correcta operación del ciclo completo de suministro del medicamento.
- 1.2.2.** Posterior a la prescripción del medicamento, las EPS o las entidades que haga sus veces y las Entidades Adaptadas deberán registrar el direccionamiento. A su vez, las IPS, gestores farmacéuticos, proveedores o dispensadores deberán realizar la programación para la entrega del medicamento al paciente.
- 1.2.3.** La herramienta tecnológica MIPRES permite que el direccionamiento y el reporte de entrega del medicamento se realice con distintos niveles de detalle, esto es, por frasco, por tableta, mensualmente, diariamente, entre otros. En este sentido, las EPS o las entidades que hagan sus veces y Entidades Adaptadas deberán registrar y ejecutar el direccionamiento y la entrega de acuerdo con la modalidad



definida, ya sea en unidades individuales: por ejemplo: tableta 1 de la entrega 1, tableta 2 de la entrega 1; o en entregas completas: frasco por 28 tabletas. De esta manera, el sistema permite tanto la entrega supervisada como la no supervisada del medicamento.

1.2.4. Las IPS, gestores farmacéuticos, proveedores o dispensadores deberán registrar de manera oportuna y correcta toda la información asociada a la dispensación durante el reporte de entrega en la herramienta tecnológica MIPRES, o en caso tal, la causa de no entrega según el “Anexo Técnico Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida” vigente dispuesto en la página web “Todo sobre MIPRES”.

1.2.5. Posterior a la entrega del medicamento al paciente se debe realizar el reporte del suministro en MIPRES, de conformidad con lo establecido en el artículo 4o de la Resolución 740 de 2024, con el fin de garantizar la actualización del inventario del medicamento.

Para el reporte de valores en el proceso de facturación del medicamento SOFOSBUVIR 400mg + VELPATASVIR 100 mg, tabletas de liberación no modificada, por tratarse de una adquisición realizada directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo de compra centralizada, el valor a reportar es cero (0).

1.2.6. Cuando un paciente que se encuentre en tratamiento con el medicamento sea hospitalizado, las EPS o entidad que haga sus veces y Entidades Adaptadas, deberán garantizar la entrega diaria y oportuna del medicamento en el lugar de hospitalización o implementar los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad del tratamiento. Lo anterior deberá realizarse evitando interrupciones que puedan comprometer la eficacia terapéutica o la adherencia del paciente, y garantizando en todo momento la adecuada cadena de custodia del medicamento.

1.2.7. En el reporte del ciclo completo del suministro en MIPRES, las IPS, proveedores o dispensadores deberán reportar en tiempo real o, como máximo, dentro de los ocho (8) días calendario siguientes, la información asociada a la entrega efectiva del medicamento, conforme con lo establecido en los parágrafos 4 y 5 del artículo 27 de la Resolución 740 de 2024. A su vez, las EPS o entidad que haga sus veces y las Entidades Adaptadas, deberán reportar la información correspondiente al suministro efectivo dentro de los plazos previstos en el artículo 31 de la citada Resolución.



2. DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y CONTROL DE INVENTARIOS

2.1. Entrega del medicamento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a las EPS o entidades que hagan sus veces y a las Entidades Adaptadas.

La distribución de los medicamentos por parte de este Ministerio se continuará realizando conforme con el esquema establecido en la Resolución 1692 de 2017. En consecuencia, esta Cartera Ministerial entregará el medicamento nacionalizado a un único operador logístico designado por cada EPS o entidad que haga sus veces, y por las Entidades Adaptadas.

Asimismo, será responsabilidad de las EPS, o de la entidad que haga sus veces y de las Entidades Adaptadas, garantizar la atención integral de los pacientes, asegurando la confirmación oportuna del diagnóstico, el seguimiento clínico, la adherencia al tratamiento y el uso adecuado de los medicamentos, evitando la imposición de barreras administrativas o asistenciales que puedan afectar el acceso efectivo al tratamiento. De igual manera, deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la dispensación y administración del medicamento bajo supervisión del personal de salud responsable de la atención, cuando ello aplique, de conformidad con los lineamientos técnicos y clínicos vigentes.

2.2. Seguimiento y proceso de reabastecimiento del inventario del medicamento.

2.2.1. El seguimiento del inventario estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma ACMED. En esta plataforma, el Ministerio registrará el total de dosis/tabletas entregadas a cada EPS o entidad que haga sus veces, y Entidades Adaptadas, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, correspondiendo a estas validar y aceptar en el sistema el traslado de las unidades recibidas.

Es importante precisar que en la plataforma ACMED no se realizará el control de inventarios de las IPS, proveedores, gestores farmacéuticos ni demás prestadores de servicios de salud a quienes las EPS o las entidades que hagan sus veces, así como las Entidades Adaptadas, distribuyan los medicamentos.

El seguimiento y control de los inventarios que se generen a partir de dicha distribución será de responsabilidad exclusiva de las EPS o entidades que



hagan sus veces y de las Entidades Adaptadas, en el marco de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

2.2.2. El control de inventarios se efectuará mediante la interoperabilidad entre la herramienta tecnológica MIPRES y la plataforma ACMED. Con base en los reportes de suministro registrados por las EPS o entidad que haga sus veces y Entidades Adaptadas en MIPRES, el sistema descontará de manera automática la cantidad de dosis entregadas, de los inventarios previamente registrados y recibidos en ACMED.

2.2.3. Con el fin de que este Ministerio realice el reabastecimiento del inventario del medicamento, las EPS o la entidad que haga sus y las Entidades Adaptadas deberán enviar un correo electrónico a la dirección HCcentralizada@minsalud.gov.co de manera mensual.

Este envío debe realizarse dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes, indicando en el asunto del correo: "Solicitud de reabastecimiento - Nombre de la EPS o entidad que haga sus veces o entidad adaptada - Régimen de afiliación". En el cuerpo del correo, se deberá indicar de forma clara:

- a) La cantidad de tratamientos, requeridos para el reabastecimiento del inventario, es preciso aclarar que un (1) tratamiento equivale a tres (3) frascos del medicamento.
- b) El total de dosis existentes en el inventario físico.

2.2.4. El reabastecimiento del medicamento a las EPS o entidades que hagan sus veces y a las Entidades Adaptadas, se efectuará de manera mensual, de acuerdo con las necesidades de la población objeto atendida por cada entidad. sistema descontará de manera automática la cantidad de dosis entregadas, de los inventarios previamente registrados y recibidos en ACMED. Al respecto, debe precisarse que el proceso logístico de entrega del medicamento tiene una duración aproximada de dos (2) semanas, por lo que, al momento de remitir la solicitud de reabastecimiento a este Ministerio, deberá considerarse la cantidad de tratamientos requeridos para cubrir dicho periodo, garantizando así la continuidad del suministro.

2.2.5. En caso de requerir la actualización de datos de contacto del operador logístico, del personal de la EPS o de la entidad que haga sus veces y Entidad Adaptada (gestor clínico o coordinador del programa de Hepatitis C



responsable del seguimiento de los pacientes), o de los usuarios autorizados para el manejo de la plataforma ACMED, la solicitud correspondiente deberá remitirse al correo electrónico HCcentralizada@minsalud.gov.co.

Los usuarios autorizados para el acceso y manejo de la plataforma ACMED, así como los responsables de realizar la solicitud de reabastecimiento del inventario, deberán ser designados por las EPS o entidad que haga sus veces y Entidades Adaptadas, y corresponder de manera exclusiva al personal de la entidad o de su operador logístico.

Nota aclaratoria: Las EPS o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas, deberán continuar enviando al correo electrónico HCcentralizada@minsalud.gov.co **los reportes periódicos que venían siendo utilizados para el seguimiento de los medicamentos con lotes 037271 y 045429**, es decir: (i) el informe de suministros, que contiene el registro de los pacientes a quienes se les ha dispensado el medicamento, y (ii) el informe de saldos de inventario, en el que se reporta la cantidad de unidades disponibles en cada entidad. Estos reportes deberán remitirse hasta agotar la totalidad de las existencias de los lotes mencionados, correspondientes a los medicamentos adquiridos en las compras centralizadas de los años 2023 y 2024.

2.3. Notificación a SIVIGILA

Las EPS o la entidad que haga sus veces, y las Entidades Adaptadas deberán realizar los reportes al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública Hepatitis B, C y coinfección/superinfección Hepatitis B-delta, CÓDIGO INS 340, versión 5 del 2024.

2.4. Reporte a la Cuenta de Alto Costo

Las EPS o entidad que haga sus veces y las Entidades Adaptadas, deberán realizar los reportes a la Cuenta de Alto Costo - CAC, en los tiempos establecidos en la Resolución 1692 de 2017 o la disposición que la modifique o sustituya.

3. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

3.1. EPS o entidad que haga sus veces y Entidades Adaptadas



- 3.1.1.** Realizar actividades encaminadas a brindar información, educación y acciones de prevención combinada a su población afiliada en torno a la infección por VHC, tal como lo establece la Vía Clínica de HC crónica.
- 3.1.2.** Continuar con el proceso de tamizaje para VHC, a través de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, establecidas en la Resolución 3280 de 2018.
- 3.1.3.** Garantizar la confirmación del diagnóstico y proveer atención integral a la población objeto de la presente circular, de conformidad con lo establecido en la GPC para el VHC y la Vía clínica de HC crónica vigentes.
- 3.1.4.** Asegurar la notificación de todos los casos identificados de Hepatitis C crónica a los sistemas de información establecidos en la normatividad vigente.
- 3.1.5.** Realizar la vinculación temprana a los servicios de atención integral en salud a las personas con nuevo diagnóstico de Hepatitis C crónica, de acuerdo con lo estipulado en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes.
- 3.1.6.** Garantizar que la prescripción de todos los antivirales usados en el tratamiento de la Hepatitis C sea conforme con lo establecido en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes.
- 3.1.7.** Realizar seguimiento al cumplimiento de las directrices establecidas en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes, por parte de su red de prestadores de servicios de salud mediante el proceso de auditoría.
- 3.1.8.** Realizar seguimiento a la adherencia al tratamiento según las directrices establecidas en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes, por parte de su red de prestadores de servicios de salud.
- 3.1.9.** Establecer mecanismos internos de seguimiento y control del inventario distribuido a las IPS, gestores farmacéuticos y demás prestadores de servicios de salud, garantizando la trazabilidad de cada unidad del medicamento desde su recepción hasta su dispensación.
- 3.1.10.** Entregar el medicamento al paciente cumpliendo con lo establecido en las directrices emitidas en esta Circular.
- 3.1.11.** Garantizar que el medicamento adquirido a través de la compra centralizada sea entregado de manera oportuna.
- 3.1.12.** Garantizar el mecanismo de entrega de información sobre el buen uso del medicamento a la población objeto de la presente Circular.
- 3.1.13.** En los casos de cambio de EPS o IPS deberá hacerse entrega del paciente a la institución que lo recibe con el resumen de historia clínica, resultados paraclínicos y otros documentos que pudieran requerirse para dar continuidad a las atenciones.
- 3.1.14.** Hacer seguimiento a los resultados terapéuticos del paciente de acuerdo con lo descrito en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes.



- 3.1.15.** Garantizar la calidad de los datos reportados a los sistemas de información para Hepatitis C por parte de su red prestadora.
- 3.1.16.** En caso de que el médico tratante suspenda el medicamento, ya sea por reacción adversa o por evento adverso, deberá justificar clínicamente las razones basado en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes, reportarlo en la IPS o quien haga sus veces para suspender la entrega de este medicamento, y hacer los ajustes terapéuticos acorde con las indicaciones de la mencionada Guía y Vía.
- 3.1.17.** Garantizar que el operador logístico a su cargo cumpla con la recepción, almacenamiento y custodia del medicamento, acorde con la normatividad vigente y las condiciones de almacenamiento establecidas por el fabricante. Así como la distribución del medicamento a su red prestadora de servicios de salud.
- 3.1.18.** Realizar el seguimiento de existencias del medicamento e informar al Ministerio de Salud y Protección Social oportunamente respecto a irregularidades en la prescripción y uso de éste.
- 3.1.19.** Disponer de un contrato vigente suscrito con el operador logístico. En caso de realizar un cambio de operador logístico, este deberá ser informado al Ministerio de Salud y Protección Social mediante un correo dirigido a HCcentralizada@minsalud.gov.co, en el cual se deben reportar los nuevos datos de contacto y responsables del operador, conforme a lo establecido en el numeral 2.2 de la presente Circular. Así mismo, la entidad deberá informar si se requiere la creación, modificación o inactivación de usuarios para el acceso a la plataforma ACMED, indicando los datos de los funcionarios responsables del manejo de inventarios. Esta información deberá ser actualizada antes de realizar la solicitud de reabastecimiento, con el fin de garantizar la continuidad en la cadena de suministro del medicamento.
- 3.1.20.** Verificar que su operador logístico cumpla con lo establecido en los artículos 2.5.3.10.1 a 2.5.3.10.28 del Decreto 780 de 2016 y demás normas que le apliquen.
- 3.1.21.** Realizar la recepción técnica del medicamento adquirido a través de la compra centralizada e informar oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social las novedades que se presenten con el mismo.
- 3.1.22.** Adoptar las medidas pertinentes para que el medicamento no sea comercializado ni vendido, y se mantenga adecuadamente almacenado, según datos del fabricante.
- 3.1.23.** Delegar e informar al Ministerio de Salud y Protección Social el responsable que hará el rol de gestor clínico/coordinador del programa de Hepatitis C crónica de la EPS o entidad que haga sus veces y las Entidades Adaptadas para el seguimiento al medicamento.



- 3.1.24.** Velar por que su red de prestadores de salud y profesionales en medicina prescriban el medicamento de acuerdo con lo establecido en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica, respetando la autonomía médica.
- 3.1.25.** Garantizar que los prestadores de salud de su red desarrollen estrategias para el uso adecuado de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico a las personas con Hepatitis C crónica, con fundamento en lo establecido en el artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016.

3.2. Prestadores de Servicios en Salud: IPS y profesionales independientes

- 3.2.1.** Dar cumplimiento a la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica, lineamientos y protocolos, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y atención integral de personas en riesgo o con Hepatitis C.
- 3.2.2.** Realizar el proceso de tamizaje para Hepatitis C, a través de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, establecidas en la Resolución 3280 de 2018.
- 3.2.3.** Realizar el proceso de tamizaje para Hepatitis C, a través de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, establecidas en la Resolución 3280 de 2018.
- 3.2.4.** Prescribir en la herramienta tecnológica MIPRES el medicamento usado en el tratamiento de la Hepatitis C crónica, conforme a lo estipulado en la Resolución 1692 de 2017, siguiendo las directrices establecidas en esta Circular.
- 3.2.5.** Dispensar el medicamento adquirido a través de la compra centralizada, según lo establecido en los acuerdos de voluntades con las EPS y Entidades Adaptadas, siguiendo las directrices establecidas en esta Circular.
- 3.2.6.** Informar y educar a los pacientes objeto de la presente Circular en el buen uso del medicamento.
- 3.2.7.** Hacer seguimiento a los resultados terapéuticos de la población objeto de la presente Circular, de acuerdo con lo descrito en la GPC para el VHC y Vía clínica de HC crónica vigentes.
- 3.2.8.** En caso de que el médico tratante decida suspender el medicamento, ya sea por la presencia de un evento adverso, deberá justificar clínicamente esta decisión con base en las directrices establecidas en la GPC para el VHC y Vía clínica de HC crónica vigentes. Esta situación deberá ser reportada a la IPS, la cual informará a la EPS o entidad que haga sus veces, y Entidades Adaptadas, con el



fin de suspender la entrega del medicamento, conforme a lo indicado en la mencionada Guía y Vía clínica.

- 3.2.9.** En los casos de cambio de prestador de servicios en salud deberá hacerse entrega del paciente a la institución que lo recibe con el resumen de historia clínica, resultados paraclínicos y otros documentos que pudieran requerirse para dar continuidad a las atenciones integrales.

3.3. Gestores farmacéuticos o proveedores que hacen dispensación

- 3.3.1.** Realizar la recepción técnica, almacenamiento y custodia del medicamento, acorde con la normatividad vigente y las condiciones de almacenamiento establecidas por el fabricante, e informar oportunamente las novedades que se presenten con el mismo.
- 3.3.2.** Adoptar las medidas necesarias para que el medicamento adquirido a través de la compra centralizada no sea comercializado por ninguno de los actores involucrados en la cadena de suministro del medicamento, incluyendo a los pacientes en tratamiento.
- 3.3.3.** Realizar la dispensación del medicamento de manera oportuna, completa y sin requisitos adicionales a las personas objeto de la presente Circular.
- 3.3.4.** Entregar la información sobre el buen uso del medicamento a la población objeto de la presente Circular.
- 3.3.5.** Realizar el seguimiento de las existencias del medicamento y las condiciones de almacenamiento, e informar a la EPS o entidad que haga sus veces, y Entidades Adaptadas, de manera oportuna cualquier novedad que se presente con el medicamento.
- 3.3.6.** Implementar estrategias para el uso adecuado de medicamentos y la atención farmacéutica a las personas con Hepatitis C crónica, según lo establecido en el artículo 2.5.3.10.7 del Decreto 780 de 2016.

3.4. Secretarías de salud o entidad que haga sus veces

- 3.4.1.** Realizar actividades de asistencia técnica basadas en la GPC para el VHC y Vía Clínica de HC crónica vigentes, dirigidas al talento humano en salud de las EPS o entidad que haga sus veces, Empresas Sociales del Estado (ESE), IPS y organizaciones de la sociedad civil presentes en su territorio, así como efectuar el seguimiento a la adherencia de las directrices establecidas en las mismas.
- 3.4.2.** Realizar actividades de información, educación y comunicación en prevención de la hepatitis C con las poblaciones vulnerables y otras poblaciones beneficiarias de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas.



3.4.6. Difundir entre los integrantes del sistema de salud las directrices emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el buen uso del medicamento.

3.5. Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas en las 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 verificar el cumplimiento de lo establecido en la presente Circular.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.3.2. Circular Externa 13 de 2026

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) O QUIENES HAGAN SUS VECES, ENTIDADES ADAPTADAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (PTS), OPERADORES LOGISTICOS, GESTORES FARMACÉUTICOS, COMUNIDAD MÉDICA O CIENTÍFICA, USUARIOS, PACIENTES Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA OPERATIVA PARA LA DISTRIBUCIÓN, SUMINISTRO Y SEGUIMIENTO DEL MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL DOLUTEGRAVIR 50 MG + LAMIVUDINA 300 MG + TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO 300 MG EN TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA (DLT) PARA PERSONAS QUE REQUIEREN PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

FECHA: 24 ABRIL 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, en especial las relacionadas con la formulación, adopción, dirección y coordinación de la política pública de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, de acuerdo con los artículos 154, 156 y 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, de manera respetuosa me permito impartir las siguientes directrices para garantizar el suministro de medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud - PBS y demás requeridos para la protección del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, en especial, a los sujetos de especial protección constitucional, en los siguientes términos:

El artículo 44 de la Constitución Política de Colombia preceptúa que son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión, y por tanto, serán



protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

Asimismo, en esta disposición quedó establecido de manera irrestricta que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás, y la obligación que tiene el Estado de garantizar a los niños y niñas, de una manera especial, los servicios de la seguridad social integral. En igual sentido, el artículo 46 superior dispone de manera preferente esta última obligación en favor de las personas de la tercera edad.

Por su parte, el artículo 48 Constitucional establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

En ese orden de Ideas, la Ley 1751 de 2015, en virtud de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, establece que la continuidad es un principio a través del cual las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua entre otras, porque el Estado tiene la obligación constitucional de asegurar su prestación eficiente y permanente en cualquier tiempo y de esta manera respetar la confianza legítima de los usuarios. Así las cosas, una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

Por otro lado, el artículo 131 del Decreto - Ley 019 de 2012 preceptúa que las Entidades Promotoras de Salud tienen la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa y oportuna de los mismos, de la siguiente forma:

"ARTICULO 131. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.

En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza (...)" (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

Por su parte, la jurisprudencia¹ de la Honorable Corte Constitucional ha puesto de presente el principio de oportunidad en la prestación del Servicio de Salud, entendiéndolo como el derecho

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a gozar de la prestación del servicio de salud en el momento que corresponde para evitar sufrir mayores dolores y deterioros y de recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos.

Así mismo, la Sentencia T-069 de 2018 de la citada Corporación reiteró que la interrupción o denegación de un servicio como consecuencia de trámites administrativos injustificados o desproporcionados, no puede trasladarse a los usuarios, pues dicha situación desconoce sus derechos. Más reciente, en Sentencia T-012 de 2020, la Sala Segunda de Revisión de la Corporación señaló que se omite la satisfacción de los componentes básicos que guían la aplicación del principio de oportunidad, cuando se demora, retrasa o impide la entrega de un medicamento, porque se pierde la finalidad del tratamiento prescrito por el médico tratante.

En ese sentido, la Corporación ha reconocido que las Empresas Promotoras de Salud no solo tienen la obligación de garantizar de manera oportuna la entrega de medicamentos que requiere el paciente, sino también la de adoptar medidas especiales cuando se presentan barreras injustificadas que impidan su acceso².

Sin embargo, las distintas Salas de Revisión de la Corte Constitucional han reconocido el vínculo del derecho a la salud con el principio de continuidad y han coincidido en que, en el caso de los **sujetos de especial protección constitucional**, adquiere mayor relevancia y exige mayor protección, con el fin de que los servicios se suministren de manera prioritaria, preferencial e inmediata³.

Como prueba de ello, en la Sentencia T-005 de 2023 de la Corte Constitucional se indicó que los servicios de salud que requieran las personas de la tercera edad deben garantizarse de manera continua, permanente, oportuna y eficiente. Lo anterior, en atención, entre otras cosas, al deber de protección y asistencia de este grupo poblacional⁴, consagrado en el artículo 46 de la Constitución Política, en los términos anteriormente señalados.

En efecto, según la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-157 de 2019 la categoría de sujeto de especial protección constitucional está conformada por *“aquellas personas que debido a su condición física, psicológica o social particular, merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad efectiva”*. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que en este grupo de especial protección se encuentran ***“los niños, los adolescentes, los adultos mayores, (...) las mujeres cabeza de familia, las personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentran en extrema pobreza”***.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Ahora bien, de manera especial, en Sentencias T-387 de 2018, T-232 de 2022 y T-377 de 2024 la Corte Constitucional estableció que ***“(…) las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer, son sujetos de especial protección constitucional. También reiteró que, por esas razones, los pacientes con cáncer tienen derecho a una atención integral en salud, lo que debe incluir “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigarlas dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones”.*** Dado que el cáncer requiere de un tratamiento continuo, este ***“no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta”.*** Por lo tanto, los principios de integralidad y oportunidad adquieren una especial relevancia y deben cumplirse reforzadamente. Entonces, si los servicios de salud que el paciente requiere no se prestan eficaz, ágil y oportunamente, la violación de su derecho a la salud es especialmente gravosa. Por eso, la Corte ha establecido que cualquier demora en la prestación de los servicios que un paciente con cáncer requiere implica un incumplimiento de la obligación ***“reforzada”*** de la entidad responsable”.

A la luz de lo anterior, es indispensable que las Empresas Promotoras de Salud que están siendo objeto de la medida de toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios e intervención forzosa administrativa para administrar, a través de un agente interventor designado por la Superintendencia Nacional de Salud - SNS, **en un término no superior a cinco (5) días establezcan un plan de acción encaminado a garantizar el suministro oportuno, continuo, eficiente y completo de los medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud - PBS y demás que sean necesarios**, en el marco de sus competencias de aseguramiento del riesgo financiero, administrativo y operativo de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

El plan de acción requerido deberá contener, entre otros aspectos, políticas, rutas y medidas especiales para el suministro oportuno, integral y continuo de los medicamentos requeridos para (i) niños, niñas y adolescentes, (ji) adultos mayores, (jii) pacientes con enfermedades raras y/o huérfanas, (iv) personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer, y (v) pacientes de programas especiales como el Plan Canguro, y en general, para todos los sujetos de especial protección constitucional.

Adicionalmente, el citado plan deberá ser remitido dentro del término señalado a esta cartera ministerial y a la Superintendencia Nacional de Salud, para que esta última, en ejercicio de sus competencias de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), adelante las actuaciones administrativas

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



a que haya lugar con el fin de procurar el suministro de medicamentos a los usuarios del sistema en los términos anteriormente señalados.

Finalmente, de manera respetuosa solicitamos que de manera quincenal se remita al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud un informe contentivo del avance y cumplimiento del plan de acción estructurado, en el que se detalle el cumplimiento de metas e indicadores, a efectos de realizar seguimiento continuo y permanente a lo requerido, en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud de todos los habitantes del territorio nacional, en especial, de los sujetos de especial protección constitucional.

La presente circular rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.3.3. Circular Externa 14 de 2026

PARA: SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES O QUIEN HAGA SUS VECES, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS), INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE) Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: ACLARACIONES SOBRE EL ALCANCE Y USO DE LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE OCUPACIONES (CUOC) EN EL SECTOR SALUD.

FECHA: 28 ABRIL 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus competencias legales, en especial, las conferidas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, en cumplimiento de sus funciones de dirección, orientación y conducción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, expide la presente Circular Externa, con el fin de establecer aclaraciones técnicas sobre el alcance y uso de la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) en el sector salud.

1. ANTECEDENTES GENERALES

La Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) es un instrumento nacional adaptado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), conforme al Decreto 654 de 2021 y la Resolución 771 de 2021 del DANE. Su propósito es servir como referente para la identificación y uso de ocupaciones en el mercado laboral y la producción de información estadística sectorial.

La CUOC tiene un carácter estrictamente estadístico, informativo y referencial. En ningún caso genera efectos habilitantes, regulatorios ni autorizaciones para el ejercicio de ocupaciones o profesiones en el sector salud. Dicho instrumento no confiere idoneidad, no crea perfiles laborales ni sustituye los requisitos legales de formación y autorización exigidos por la normativa vigente.



En este sentido, y teniendo en cuenta que en la Política Pública del Talento Humano en Salud adoptada mediante la Resolución 1444 de 2025, en el numeral 4.2.6 correspondiente a la línea estratégica 6, se estableció en la sublínea “organización del trabajo del talento humano en salud”, la realización de mesas técnicas para revisar, estandarizar y armonizar la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) en el sector salud, considerando los distintos niveles de formación y las necesidades de los servicios de salud, es preciso señalar que dichas mesas han venido siendo desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con actores estratégicos como empleadores, academia, agremiaciones y sociedades científicas. En el marco de estos espacios, se ha evidenciado la necesidad de clasificar que la CUOC debe entenderse como un referente técnico en construcción y mejora continua, y no como un instrumento definitivo o restrictivo para la definición de perfiles, funciones u organización del trabajo.

Por lo anterior, y en aras de prevenir interpretaciones indebidas de la CUOC como instrumento habilitante o regulador del ejercicio de las profesiones y ocupaciones, y garantizar que la planeación, contratación y gestión del talento humano en salud se realice conforme a la normatividad legal vigente, se establecen las siguientes aclaraciones:

2. ACLARACIONES SOBRE EL ALCANCE Y USO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE OCUPACIONES (CUOC) EN EL SECTOR SALUD

Para garantizar la correcta aplicación de la normativa en el sector, este Ministerio precisa:

2.1 De la profesiones y ocupaciones: De conformidad con el artículo 17 de la Ley 1164 de 2007, las profesiones del área de la salud están orientadas a ofrecer atención integral en salud, lo que implica aplicar las competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud. Con la entrada en vigor de esta Ley, además de las profesiones ya clasificadas, se incluyeron como profesiones del área de la salud aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar atención en salud en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Por su parte, las ocupaciones corresponden a actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud, sustentadas en competencias laborales específicas vinculadas a programas de educación no formal.

2.2 Requisitos para el ejercicio profesional: De conformidad con el artículo 18 y 23 de la Ley 1164 de 2007, el ejercicio de profesiones y ocupaciones del área de la salud está supeditado al cumplimiento estricto de los requisitos de formación, y autorización



de ejercicio, esto es la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus).

2.3 Calidad e idoneidad: La Ley 1751 de 2015 establece en el literal d) del artículo 6° los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, entre los cuales se relaciona la calidad y la idoneidad profesional como un elemento esencial del derecho fundamental a la salud, como el personal de salud: “(...) *adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos*”.

2.4 Condiciones de inscripción y habilitación: La Resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. En su anexo técnico se estableció dentro de los estándares, el relacionado con el talento humano, el cual hace referencia al personal de salud que presta directamente los servicios de salud, y que debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas que regulan la materia para ejercer la profesión u oficio.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social se permite establecer aclaraciones técnicas sobre el alcance y uso de la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) en el sector salud:

1. La inclusión de una ocupación, denominación ocupacional o código en la CUOC no equivale, ni puede interpretarse como:
 - Reconocimiento de una profesión u ocupación en el sector salud;
 - Autorización para el ejercicio de actividades en el sector salud;
 - Validación de niveles de formación, competencias o perfiles ocupacionales;
 - Habilitación para la prestación de los servicios de salud.
2. El ejercicio de profesiones y ocupaciones en salud en Colombia se rige exclusivamente por:
 - La normativa vigente en el sector salud;
 - Las disposiciones normativas sobre el talento humano en salud, su formación, competencias y marcos de responsabilidad ética;
 - Los requisitos de habilitación de servicios de salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.



3. En consecuencia, ninguna denominación ocupacional incluida en la CUOC puede ser utilizada como fundamento para:
 - La vinculación o contratación laboral de personas para la prestación de los servicios de salud;
 - Habilitación de servicios de salud o modalidades de atención;
 - Sustitución de perfiles ocupacionales y profesionales regulados;
 - Autorización de actividades propias del ejercicio profesional u ocupacional en salud;
4. Para el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la CUOC podría ser utilizada únicamente para:
 - Fines estadísticos y de caracterización ocupacional;
 - Análisis de mercado laboral y tendencia generales;
5. Las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud Colombiano en el marco de la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) son:
 - Evitar la interpretación de la Clasificación Única de Ocupaciones (CUOC) como un instrumento habilitante o regulador del ejercicio de las profesiones y ocupaciones en el sector salud, garantizando que el talento humano en salud vinculado para la prestación de servicios cumpla con la normativa legal vigente en materia de formación, competencias y regulaciones, y asegurando que los procesos de planeación, contratación y gestión del talento humano se fundamenten en dicho marco normativo y no en lo contenido en la CUOC.
 - Garantizar el cumplimiento irrestricto de la normatividad legal vigente que regula la materia, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



3. CONCEPTOS.



3.1. ASUNTO: Concepto jurídico sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.).

Radicado: 202642401174832 Id: 1820336

Respetados señores:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual solicita se emita concepto jurídico respecto a la interpretación normativa sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), especialmente de segundo y tercer nivel de atención, en particular frente a la posibilidad de que los gremios de la producción sean considerados como representantes de la comunidad en dichos órganos de dirección. La consulta se formula, en lo sustancial, en los siguientes términos:

ANTECEDENTES

“(…)

Cordial saludo, En ejercicio del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y desarrollado por la Ley 1755 de 2015, y en mi calidad de Director Ejecutivo del CONSEJO GREMIAL Y EMPRESARIAL DEL CAUCA, entidad que agrupa a diversos gremios del sector productivo del departamento, me permito solicitar concepto jurídico con el fin de obtener claridad sobre la interpretación normativa relacionada con la participación de representantes del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), especialmente aquellas de segundo y tercer nivel de atención.

1. Marco normativo La conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado se encuentra regulada principalmente por: • El Decreto 1876 de 1994, particularmente e sus artículos 7, 8 y 9 • El Decreto 780 de 2016, como Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Estas disposiciones contemplan la participación de representantes de la comunidad dentro de la Junta Directiva de las E.S.E.

2. Problema jurídico El artículo 8 del Decreto 1876 de 1994 establece como requisito para los representantes de la comunidad: “Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud y acreditar experiencia no inferior a un (1) año en dicho comité.” Esta disposición ha dado lugar a interpretaciones según las cuales la representación de la comunidad se encuentra restringida exclusivamente a miembros de Comités o Ligas de Usuarios del sistema de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



3. *Consideraciones Desde el Consejo Gremial y Empresarial del Cauca consideramos pertinente precisar que:* • Los gremios del sector productivo constituyen organizaciones de la sociedad civil legalmente reconocidas, con representación colectiva, institucional y territorial. • El sector productivo mantiene una relación directa y estructural con el sistema de salud en tanto: • Es generador de empleo formal • Contribuye al financiamiento del sistema de seguridad social • Depende de la adecuada prestación de los servicios de salud para la sostenibilidad de la actividad económica • El concepto de “comunidad”, en el marco de la participación social en salud, podría interpretarse en un sentido amplio, incluyendo diversas formas de organización social y representación colectiva, más allá de los Comités o Ligas de Usuarios. • Una interpretación restrictiva podría limitar los principios de participación, pluralidad y representatividad consagrados en el ordenamiento jurídico colombiano.

4. *Solicitud En virtud de lo anterior, respetuosamente solicitamos se sirvan emitir concepto jurídico en relación con los siguientes interrogantes:*

(...).”

ANÁLISIS JURÍDICO

1. De las Empresas Sociales del Estado - ESE

Las Empresas Sociales del Estado, de conformidad con lo previsto en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993¹, son “una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso”.

Ahora bien, en relación con la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, el artículo 195² de la Ley 100 de 1993 establece que dichos órganos estarán integrados conforme lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990, esto es, con representantes de

1 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

2 **ARTICULO 195.** Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión “Empresa Social del Estado”.

2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.

4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.

5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública.

7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.

8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.



los estamentos político-administrativo, científico de la salud y de la comunidad, disposición que fue reglamentada por el Decreto 1876 de 1994 y compilada posteriormente en el Decreto 780 de 2016³.

En desarrollo de lo anterior, el artículo 2.5.3.8.4.2.2 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 6 del Decreto 1876 de 1994, dispone:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.2. De la Junta Directiva. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de los órdenes nacional y territorial, estarán integradas de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993, así: una tercera parte de sus miembros serán representantes del sector político administrativo, otra tercera parte representará al sector científico de la salud y la tercera parte restante será designada por la comunidad. Parágrafo. La composición de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, se regirá por lo dispuesto en el Decreto 1257 de 1994. (Artículo 6° del Decreto 1876 de 1994)”

Así mismo, el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 7 del Decreto 1876 de 1994⁴, establece el mecanismo de conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, incluidas aquellas de los niveles II y III de atención, en los siguientes términos:

“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***

9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

3 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

4 por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado



entre los candidatos de las terna 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.

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 tuvieran 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.*

(Artículo 7° del Decreto 1876 de 1994)”

En lo que respecta a los requisitos para ejercer la representación de la comunidad ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, el artículo 2.5.3.8.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 8 del Decreto 1876 de 1994, establece expresamente:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.4. Requisitos para los miembros de las Juntas Directivas. *Para poder ser miembro de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales de Salud se deben reunir los siguientes requisitos:*

(...)

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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. Los representantes de la comunidad deben:

- Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior un año en un Comité de Usuarios.
- No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley. (...)

(Artículo 8° del Decreto 1876 de 1994)

2. Interpretación Normativa

Es importante traer a colación lo indicado por la jurisprudencia, por lo que es preciso citar la Sentencia 19950[11] del 12 de octubre de 2017 de la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, la cual se pronunció sobre los métodos de interpretación:

“La discusión así planteada se enmarca en un análisis de hermenéutica jurídica que permita determinar el método de interpretación adecuado para establecer el sentido del artículo 116 del ET, en el marco de los sistemas expresamente previstos en el capítulo IV del Código Civil Colombiano (arts. 25 a 32), a saber:

- *La interpretación con autoridad, hecha por el legislador para determinar el sentido de una ley oscura.*
- *La doctrinal, hecha por los jueces y funcionarios públicos en busca de su verdadero objeto.*
- *La gramatical, que impone aplicar las normas en su tenor literal cuando éste sea claro.*
- *La teleológica o finalista, basada en la identificación de la intención que tuvo el legislador para establecer el texto legal o, lo que es lo mismo, el espíritu que éste tiene.*
- *La histórica, que remite al intérprete a los antecedentes de la ley para establecer su significado.*
- *La interpretación por contexto, al cual se recurre para ilustrar el sentido de la norma en términos de correspondencia y armonía.*
- *La sistemática, directamente relacionada con el método anterior. Esa interpretación no concibe a la norma como un mandato aislado, sino perteneciente a un sistema jurídico normativo coherente y motivado por un cometido específico, de modo que el sentido de la ley lo determinan los principios de ese sistema y el alcance de las demás normas que lo integran y que se relacionan con la norma interpretada.*
- *La interpretación sobre la extensión de una norma, que prohíbe tener en cuenta lo favorable y odioso de una disposición para ampliar o restringir su aplicación.*

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



- Tales métodos operan con carácter principal y en armonía con los parámetros del criterio subsidiario del espíritu de la ley y la equidad natural, cuando no se puede aplicar ninguna de las reglas de interpretación mencionadas.” (Subrayado fuera del texto)

En relación con la interpretación sistemática, es preciso mencionar la sentencia C- 011 de 1994 de la Corte Constitucional, la cual indicó que el intérprete de la norma tiene que buscar el sentido razonable de la disposición dentro del contexto global del ordenamiento jurídico -constitucional conforme a una interpretación sistemática- finalista.

RESPUESTA A SUS INTERROGANTES

Con fundamento en las consideraciones anteriores, se procede a dar respuesta a los interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos, así:

“1. ¿Debe interpretarse que los representantes de la comunidad en las Juntas Directivas de las E.S.E. están obligatoriamente limitados a miembros de Comités o Ligas de Usuarios del sistema de salud, conforme al artículo 8 del Decreto 1876 de 1994?”

No. De conformidad con el marco normativo vigente, no resulta procedente interpretar que la representación de la comunidad en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado se encuentre obligatoriamente limitada a miembros de Comités o Ligas de Usuarios del sistema de salud. El artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 reconoce expresamente dos mecanismos distintos de designación de los representantes comunitarios, razón por la cual una interpretación sistemática impide limitar dicha representación a una sola forma organizativa.

“2. ¿Es jurídicamente viable que organizaciones gremiales del sector productivo puedan participar en la designación de dichos representantes o ser consideradas dentro de la categoría de comunidad?”

Sí. El numeral 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 dispone expresamente que uno de los representantes de la comunidad será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social del Estado, habilitando de manera expresa su participación.

“3. ¿Existe alguna disposición normativa que respalde esta 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



Sí. La participación de los gremios de la producción se encuentra expresamente prevista en el numeral 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, compilatorio del Decreto 1876 de 1994.

“4. En caso afirmativo, ¿Cuál sería el procedimiento aplicable?”

Conforme lo prevé el numeral 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del decreto ibidem, la designación corresponde al Director territorial de Salud o quien haga sus veces, una vez se realice la verificación de la existencia y representatividad de los gremios del área de influencia, lo anterior, con apoyo de la Cámara de Comercio cuando haya lugar.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁵ en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

5 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



3.2. ASUNTO: **Solicitud de concepto jurídico sobre la realización de trámites previos ante el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la liquidación de la Fundación SOMA quien presta servicios de salud.**

Radicado No 2026423000563122 ID 1666834

Respetada doctora:

Hemos recibido la comunicación del asunto, donde solicita concepto sobre la necesidad de autorizaciones o conceptos previos ante el Ministerio de Salud y Protección Social en el trámite de liquidación de la Fundación SOMA que presta servicios de salud, con base en lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta de la peticionaria se plantea de la siguiente manera:

“En atención a la situación financiera actual de la Fundación SOMA, entidad sin ánimo de lucro que desarrolla actividades en el sector salud e identificada con NIT 900.124.689-1, respetuosamente me permito elevar consulta jurídica con el fin de determinar si la eventual liquidación de la entidad requiere trámites, autorizaciones o conceptos previos ante este Despacho Ministerial o ante alguna de sus dependencias.

(...)”

PROBLEMA JURIDICO

El problema jurídico se circunscribe a determinar si la fundación SOMA ante una eventual liquidación de la entidad, requiere de autorizaciones o conceptos previos ante el Ministerio de salud y Protección Social o alguna de sus dependencias, y cuál sería el régimen aplicable al trámite de la liquidación voluntaria de la Institución Prestadora de Servicios – IPS.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y CONCEPTUALES

Artículo 650 de Código Civil
Artículos 219 al 259 del Decreto 410 de 1971[1]
Artículo 68 de la Ley 715 de 2001[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



Artículo 35 de la Ley 1122 de 2007[3]
Artículos 121[4] y 124 de la Ley 1438 de 2011[5]
Artículos 2.2.1.3.2 y 2.2.1.3.11 del Decreto 1066 de 2025[6]
Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular Externa 052 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud
Circular Externa 016 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud Circular Externa de la Superintendencia de Sociedades[7]
Artículo 4 del Decreto 1080 de 2021[8]
Artículo 6 de la Resolución 839 de 2017[12] expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social
Concepto 734271 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud
Concepto de la Superintendencia de Sociedades número 220-021981 del 07 de febrero de 2023

ANÁLISIS JURÍDICO

1. De la fundación, Disolución y liquidación voluntaria

• De la fundación

En primer lugar, es preciso señalar que las fundaciones se rigen por sus estatutos los cuales representan la voluntad expresada por su fundador, como lo establece el artículo 650 del Código Civil, así:

“ARTICULO 650. NORMATIVIDAD DE LAS FUNDACIONES DE BENEFICIENCIA. Las fundaciones de beneficencia que hayan de administrarse por una colección de individuos, se regirán por los estatutos que el fundador les hubiere dictado; y si el fundador no hubiere manifestado su voluntad a este respecto, o sólo la hubiere manifestado incompletamente, será suplido este defecto por el presidente de la Unión.”

Ahora, el artículo 2.2.1.3.2 del Decreto 1066 de 2025, indica cuales son los requisitos mínimos que debe contener los estatutos de una fundación al momento de su constitución, siendo los siguientes:

“Artículo 2.2.1.3.2. Contenido de los estatutos. Los estatutos de la entidad deberán contener, por lo menos:

1. Su nombre, precedido de la denominación jurídica correspondiente a su natura-



leza, según se trate de asociación o corporación, fundación o institución de utilidad común;

2. *Domicilio;*
3. *Duración;*
4. *Objeto o finalidad de la entidad, indicando expresamente que es una entidad sin ánimo de lucro;*
5. *Órganos de administración, determinando su composición, modo de elección o designación, funciones y quórum deliberatorio y decisorio;*
6. *Determinación de la persona que ostentará la representación legal de la entidad;*
7. *Revisor Fiscal. En el caso de las fundaciones o instituciones de utilidad común deberá ser contador titulado con su respectivo número de matrícula;*
8. *Patrimonio y disposiciones para su conformación, administración y manejo;*
9. *Disposiciones sobre disolución, liquidación y destinación del remanente de los bienes a una institución de utilidad común o carente del ánimo de lucro que persiga fines similares.*

Parágrafo. *El contenido de los estatutos en ningún caso podrá ser contrario al orden público, a las leyes o a las buenas costumbres.” (subrayas fuera de texto)*

- **Disolución y liquidación de una Fundación**

En la fundación, tenemos que las causales de disolución deben estar contempladas en el estatuto conforme lo dispone el artículo 2.2.1.3.11. del Decreto 1066 de 2015:

“Artículo 2.2.1.3.11. Disolución y liquidación. *Las asociaciones o corporaciones y fundaciones o instituciones de utilidad común, se disolverán por decisión de la Asamblea General, conforme a los reglamentos y estatutos o cuando se les cancele la personería jurídica.”(subraya fuera de texto)*

Ahora tratándose de la liquidación de una entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de salud, el concepto 734271 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto al trámite de liquidación voluntaria ha indicado que en estos casos deben ceñirse a lo dispuesto en sus estatutos, y en caso de no estar contemplado esta gestión, se acudirá por

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



analogía al procedimiento establecido en el capítulo décimo del libro segundo del Código de Comercio a partir de los artículos 225 hasta el 259. Adicionalmente, el liquidador debe surtir entre otras funciones la de publicidad del estado de la liquidación, mediante un aviso a los acreedores conforme al artículo 232[9] del estatuto mercantil e igualmente la obligación de reportar la información pertinente a la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo establecido en el Capítulo IV del título IX de la Circular Externa 047 de 2007[10] modificada por la Circular Externa 052 de 2008.

Adicionalmente deben tenerse en cuenta las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 016 de 2016, la cual modifica la Circular Externa 047 de 2007, respecto al Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión.

A continuación, se transcriben algunos apartes del concepto No 734271 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto al trámite de liquidación voluntaria de una entidad sin ánimo de lucro, así:

“(…)

No obstante, ello no quiere decir que al no requerirse autorización previa de esta Superintendencia para el efecto, la IPS no tiene obligación alguna de reportar tal información a esta Superintendencia, pues de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV del Título IX de la Circular Externa 047 de 2007, los prestadores de servicios de salud bajo liquidación voluntaria deben remitir a la Superintendencia Nacional de Salud información periódica relacionada con tal situación. Asimismo, esta entidad mantiene la competencia tratándose de liquidaciones voluntarias, de inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud

Al respecto y sobre la documentación periódica que los prestadores de servicios de salud en liquidación voluntaria deben remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, esta oficina señaló mediante concepto identificado con el radicado 2-2018-075516, lo siguiente:

“2.2.1 ¿Ante que autoridades administrativa se presenta la solicitud de disolución y liquidación de una entidad promotora de salud?, y,

2.2.2 ¿Cuáles son las normas aplicables al trámite de disolución y liquidación de una Institución Prestadora del Servicio de Salud de conformidad con la normatividad jurídica vigente?

De acuerdo con lo planteado en su escrito esta Oficina entiende que la disolución y liquidación por la que usted indaga corresponde a una de tipo voluntaria y en ese sentido es necesario precisar que para ello no se requiere solicitar a las autoridades administrativas autorización



previa, al respecto, esto dado que su aprobación corresponde al máximo órgano social de la respectiva entidad.

Sobre el particular debe indicarse que el procedimiento de liquidación voluntaria se encuentra regulado en los artículos 225 a 259 del Código de Comercio y se rige por las normas establecidas en el acto que ordenó su liquidación, así como por aquellas aplicables a la naturaleza de la correspondiente entidad en liquidación.

De conformidad con lo expuesto en el artículo 232 del Código de Comercio las personas que entren a actuar como Liquidadores deberán informar a los acreedores sociales acerca del estado de liquidación en que se encuentra la sociedad, una vez disuelta, mediante aviso

que se publicará en un periódico que circule regularmente en el lugar del domicilio social y que se fijará en lugar visible de las oficinas y establecimientos de comercio de la sociedad.

Al tenor de lo dispuesto en el artículo 242 del Código de Comercio el pago de las obligaciones sociales se realizará observando la prelación de créditos establecida en el Código Civil, teniendo en cuenta además las disposiciones de normas especiales como el Artículo 299 del Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) que dispone que se consideran como bienes excluidos de la masa de liquidación, además de lo señalado en los artículos 1154 y 1399 del Código de Comercio, las cantidades que adeuden a la entidad en liquidación y se encuentren afectas a una finalidad específica, como ocurre con los recursos públicos destinados a la seguridad social en salud.

Es importante resaltar que el artículo 245 del Código de Comercio prevé una reserva en poder de los liquidadores para atender las obligaciones condicionales o en litigio cuando dispone: Cuando haya obligaciones condicionales se hará una reserva adecuada en poder de los liquidadores para atender dichas obligaciones si llegaren a hacerse exigibles, la que se distribuirá entre los asociados en caso contrario. La misma regla se aplicará en caso de obligaciones litigiosas, mientras termina el juicio respectivo. En estos casos no se suspenderá la liquidación, sino que continuará en cuanto a los demás activos y pasivos. Terminada la liquidación sin que se haya hecho exigible la obligación condicional o litigiosa, la reserva se depositará en un establecimiento bancario.

(...)

2.2.4 ¿Cuáles documentos deben acompañar la institución Prestadora del Servicio de Salud con la solicitud de disolución y liquidación?

Teniendo en cuenta que la liquidación expuesta en su consulta es de tipo voluntaria, tal como se mencionó en la respuesta a otro de sus interrogantes debe reiterarse que para ese fin no se requiere elevar solicitud ante las autoridades administrativas, sin embargo como la Superintendencia Nacional de Salud en desarrollo de sus funciones de inspección, vigilancia y control debe tener conocimiento de la situación o estado de sus vigilados, la eventual disolución y



liquidación voluntaria de una institución Prestadora de Servicios de Salud debe ser informada a este órgano de control.

Para el efecto el Liquidador que designe la respectiva entidad deberá remitir a la Superintendencia Nacional de Salud (Delegada para las Medidas Especiales) la información de que trata el Capítulo V, Título IX Medidas Especiales de la Circular Externa No. 47 de 2007, a saber:

*“Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación) Informa-
ción que debe reportar el Agente Interventor Informe preli-
minar*

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidades objeto de supresión y liquidación, debe remitir un Informe preliminar en medio físico, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a la Toma de Posesión de la entidad. Dicho informe debe contener:

(...)

Informes mensuales de gestión.

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidades objeto de supresión y liquidación, debe remitir dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, un informe de gestión en medio físico de acuerdo con el desarrollo del cronograma de actividades de la liquidación. Estos informes deben presentarse mensualmente mientras dure la Liquidación en dicho informe debe reportar la ejecución del Cronograma de actividades de la liquidación.

1.3 Informe trimestral de seguimiento de acuerdo con esta Circular El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidades objeto de supresión y liquidación, deberá reportar trimestralmente y de acuerdo a las fechas indicadas en esta circular y mientras dure la Liquidación, la información de los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y técnicos Científicos, en los tipos de archivos aquí señalados, aclarando que si no figura el tipo de archivo, se entiende que debe ser remitido en medio físico.

(...)

Rendición de Cuentas e informe final Al concluir la Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, el Agente Liquidador de la entidad debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, un informe final de gestión en medio físico, en el que se indique la finalización del Cronograma de Actividades del proceso liquidatorio.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



(...)” (subrayas fuera de texto)

Una vez, aprobada la gestión del liquidador este deberá realizar la inscripción del acta de cuenta final de la liquidación en el registro mercantil que lleva la Cámara de Comercio del domicilio de la entidad sin ánimo de lucro, como lo prevé la Circular Externa de la Superintendencia de Sociedades en el capítulo I de los registros públicos que lleva la entidad cameral, que dispone:

“1.5. REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO.

1.5.1. Libros del registro de entidades sin ánimo de lucro. Los libros de las organizaciones civiles, las asociaciones, las corporaciones, las fundaciones y de las demás entidades privadas sin ánimo de lucro inscritas en cámara de comercio, son:

1.5.1.1. Libro I. De las personas jurídicas sin ánimo de lucro. En este libro se inscribirán:

(...)

- La disolución y/o la aprobación de la cuenta final de liquidación. (...)”

2. Inspección, Vigilancia y Control a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS

La competencia legal atribuida a la Superintendencia Nacional de Salud de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud está contemplada en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 en consonancia con lo establecido en el numeral 121.3 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, que establece:

“Artículo 68. Inspección y vigilancia. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá como competencia realizar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo.

Las organizaciones de economía solidaria que realicen funciones de Entidades Promotoras de Salud, administradoras de régimen subsidiado o presten servicios de salud y que reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estarán sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, en relación con el cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud. Los procesos



de liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, privadas serán de competencia de la Superintendencia de Sociedades, con excepción de las fundaciones, corporaciones y demás entidades de utilidad común sin ánimo de lucro, siempre y cuando no hayan manejado recursos públicos o de la Seguridad Social en Salud. (...)” (subrayas fuera de texto)

Ahora, el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011 frente al eje de acciones y medidas especiales a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, contempla:

"Artículo 124. Eje de acciones y medidas especiales. El numeral 5 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

*"5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. **Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.** En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación". (negrita y subrayas fuera de texto)*

Respecto a la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para autorizar previamente las reformas estatutarias de una IPS, el numeral 29 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, señala que dicha autorización procede siempre que exista disminución de capital y/o ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

Sobre este tema, la Superintendencia de Sociedades en concepto 220-021981 del 07 de febrero de 2023, indicó:

"(...)

5. Así, el Decreto 1795 de 2019, le reservó a la Superintendencia Nacional de Salud, en forma específica, unas facultades de supervisión subjetiva, es decir, en materia societaria sobre las sociedades del sector salud.

En efecto, tratándose de la aprobación de reformas estatutarias relacionadas con instituciones prestadoras de salud, se reservó específicamente la facultad de autorizar o negar previamente cualquier modificación relacionada con la disminución de capital o la ampliación del objeto

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



social a actividades no relacionadas con la prestación del servicio de salud. Esta situación, debe entenderse en forma armónica con la atribución de competencia general de la Superintendencia de Sociedades incorporada en la legislación mediante el artículo 2° de la Ley 1966 de 2019.

(...)

Así las cosas, si la reforma estatutaria pretendida, según su consulta la escisión, implica disminución de capital o la ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con el servicio de salud, es claro que la competencia para conocer de su aprobación previa, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud.

(...)" (negrilla y subraya fiera de texto)

3. Custodia, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas ante la liquidación de una entidad o el cierre definitivo del servicio

El artículo 6 de la Resolución 839 de 2017[11] expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, consagra el trámite que deben realizar las entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, sobre la custodia y conservación de las historias clínicas cuando estas se encuentren en proceso de liquidación, como se dispone a continuación:

“Artículo 6. Manejo de los expedientes de las historias clínicas en el proceso de liquidación de una entidad o ante el cierre definitivo del servicio. Las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, así como los profesionales independientes que decidan no continuar con la prestación del servicio de salud, en el marco de sus responsabilidades sobre la custodia y conservación de las historias clínicas, deberán proceder a entregarlas a los respectivos usuarios, representantes legales o apoderados de aquellos, antes del cierre de la liquidación o del servicio, esto último para el caso del profesional independiente, de lo cual dejarán constancia teniendo como referente el formato de inventario documental regulado por el artículo séptimo del Acuerdo 042 de 2002, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Para efecto de dicha entrega, publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en los que indicarán el plazo y las condiciones para la entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 ser posible la entrega de la historia clínica al usuario o a su representante legal o apoderado, el liquidador de la empresa o el profesional independiente, levantará un acta con los datos de quienes no las recogieron y procederá a remitirla junto con las historias clínicas, a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el usuario. Copia del acta se remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Igualmente se remitirá copia de dicha acta a la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, quien deberá conservarla en su archivo a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de qué Entidad Promotora de Salud se encuentra la historia clínica. Las actas deberán ir acompañadas de un inventario documental, en los términos del artículo 7° del Acuerdo 042 de 2002 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Parágrafo. *La Entidad Promotora de Salud que reciba la historia clínica deberá conservarla hasta por el término contemplado en el artículo 3 de la presente resolución.”*

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Aclarado lo anterior, procedemos a dar respuesta a los interrogantes expuestos en su consulta, previa transcripción de los mismos, así:

“1. Si, por el hecho de pertenecer al sector salud, la fundación debe adelantar algún procedimiento especial distinto al trámite general de liquidación ante la Cámara de Comercio.

4. Normativa aplicable que deba tenerse en cuenta para este tipo de procesos.”

Respuesta: Respecto a las preguntas 1 y 4 en la medida en que las mismas tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta así:

Frente lo consultado se precisa que a la fecha esta entidad no ha emitido ninguna normativa que regule de manera especial el proceso de liquidación voluntaria de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se hayan constituido como entidades sin ánimo de lucro, entre ellas las fundaciones. No obstante, conforme con lo previsto en el artículo 2.2.1.3.2 del Decreto 1066 de 2025, dicha situación debe haber sido definida en los estatutos, de lo contrario, se acudirá por analogía al procedimiento establecido en el capítulo décimo del Libro Segundo a partir de los artículos 225 hasta el 259 del Código de Comercio, conforme lo expuso la Superintendencia Nacional de Salud en el concepto 734271 de 2021 antes reseñado, resaltando la obligación que tiene el liquidador de reportar información a la Superintendencia Nacional de Salud, acorde con lo establecido en el Capítulo IV del título IX de la Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular Externa 052 de 2008.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Adicionalmente, una vez adoptada la disolución y tramite de liquidación de la fundación se deberá remitir la información a la Secretaría de Salud Departamental y/o Distrital con el fin de que se efectuó el reporte de la novedad del prestador del servicio de salud en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS establecido en el artículo 12[12] de la Resolución 3100 de 2019[13] modificada por la Resolución 544 de 2023[14] de este ministerio.

“2. Si es necesario solicitar autorización, concepto previo o informar formalmente al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la decisión de liquidación.”

Respuesta: Como se expuso, no se requiere de autorización previa por parte de este Ministerio, sin embargo, deberá informarse sobre la decisión de liquidación a la Superintendencia Nacional de Salud, acorde con lo establecido en el Capítulo IV del título IX de la Circular Externa 047 de 2007, modificada por la Circular Externa 052 de 2008, al igual, que deberá tenerse en cuenta lo señalado en la Circular Externa 016 de 2016 de dicha entidad.

No obstante, teniendo en cuenta la importancia de su requerimiento, nos permitimos trasladar sus preguntas 1, 2 y 4, a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

“3. Si existen obligaciones específicas frente a usuarios, pacientes, historias clínicas, contratos del sector salud o registros sanitarios que deban cumplirse antes o durante el proceso de liquidación.”

Respuesta: Vale la pena precisar que en la norma no se ha previsto alguna obligación o procedimiento específico que deba surtirse respecto a los temas aludidos en su pregunta, cuando se esté en el marco de un proceso de liquidación voluntaria, salvo lo dispuesto frente a la custodia y conservación de las historias clínicas en el artículo 6 de la Resolución 839 de 2017 expedida por este Ministerio.

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[15] de la Ley 1755 de 2015[16], 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”*.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Cordialmente,

[1] Por el cual se expide el Código de Comercio"

[2] por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

[3] Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

[4] 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:

(...)

121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

[5] Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

[6] por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior.

[7] Instrucciones a las Cámaras de Comercio

[8] Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

[9] ARTÍCULO 232. <INFORME A LOS ACREEDORES DEL ESTADO DE LIQUIDACIÓN>. Las personas que entren a actuar como liquidadores deberán informar a los acreedores sociales del estado de liquidación en que se encuentra la sociedad, una vez disuelta, mediante aviso que se publicará en un periódico que circule regularmente en el lugar del domicilio social y que se fijará en lugar visible de las oficinas y establecimientos de comercio de la sociedad.(subraya fuera de texto)

[10] Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular Única 47 de 2007, modificada por las circulares 48, 49, 50 y 51 de 2008.

[11] Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones

[12] Artículo 12. Modificado por el art. 5, Resolución 544 de 2023. <El nuevo texto es el siguiente> **Novedades.** Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes, las cuales se encuentran definidas en el Manual anexo a la presente resolución:

12.1 Novedades del prestador de servicios de salud:

(...)

b. Disolución y liquidación de la entidad. (...)

[13] Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

[14] Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud

[15] ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

[16] 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



3.3. ASUNTO: Suministro de historia clínica a la Fuerza Pública en escenarios de flagrancia y actos urgentes.

Radicado: 202642300835632 Id: 1742697

Respetado doctor:

Hemos recibido su consulta relacionada con la entrega de historias clínicas a la Fuerza Pública en escenarios de flagrancia y actuaciones urgentes. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta se plantea en los siguientes términos:

“(…)

1 ANTECEDENTES

Con frecuencia, funcionarios de la Policía Nacional se presentan en el servicio de urgencias y/o archivo clínico solicitando la entrega inmediata de historias clínicas de pacientes, invocando situaciones de flagrancia o la realización de actos urgentes dentro de investigaciones penales.

En algunos casos, los solicitantes se identifican con carnet institucional y presentan solicitudes simples, sin allegar orden escrita de autoridad judicial competente, número de noticia criminal (SPOA) o documento que acredite formalmente actuación de policía judicial en los términos de la Ley 906 de 2004.

Dado que la historia clínica constituye un documento sometido a reserva legal y contiene datos sensibles, surge la necesidad de contar con directrices claras que permitan armonizar el deber de colaboración con la administración de justicia con la protección del derecho fundamental a la intimidad del paciente.

(…)”

PROBLEMA JURÍDICO

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



El problema jurídico se circunscribe a dar respuesta a los interrogantes planteados en la consulta, los cuales se refieren a la posibilidad de hacer entrega de historias clínicas a miembros de la fuerza pública frente a casos de flagrancia y actos urgentes.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Para los efectos del presente pronunciamiento se tendrán en cuenta los siguientes fundamentos normativos y jurisprudenciales:

Artículo 15 de la Constitución Política.

Artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁶

Artículo 34 de la Ley 23 de 1981⁷

Artículos 1 y 14 de la Resolución 1995 de 1999⁸.

Artículos 24 y 27 de la Ley 1437 de 2011⁹, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁰.

Sentencias C-264 de 1996¹¹, T-408 de 2014¹² y T-153 de 2024¹³ de la Corte Constitucional.

Artículos 14 y 244 de la Ley 906 de 2004¹⁴, este último adicionado parcialmente por la Ley 1908 de 2018¹⁵.

ANÁLISIS JURÍDICO

En primer lugar, la Constitución Política, en su artículo 15, consagra el derecho fundamental a la intimidad, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 15 Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.

En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución.

6 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

7 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

8 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

9 por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

10 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.

11 Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

12 Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

13 M.P. Natalia Ángel Cabo

14 por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

15 por medio de la cual se fortalecen la investigación y judicialización de organizaciones criminales, se adoptan medidas para su sujeción a la justicia 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



La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Sólo pueden ser interceptados o registrados mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley.

Para efectos tributarios judiciales y para los casos de inspección, vigilancia e intervención del Estado, podrá exigirse la presentación de libros de contabilidad y demás documentos privados, en los términos que señale la ley.”

Ahora, debe precisarse que la historia clínica se encuentra reglamentada en Colombia desde el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, el cual dispone:

“ARTÍCULO 34. *La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”*

En el mismo sentido, la normativa sectorial ha definido la historia clínica como un documento sometido a reserva. Así, la Resolución 1995 de 1999 establece en su artículo 1:

“ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

La citada resolución en su artículo 14, regula expresamente el acceso a la historia clínica, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.*
- 2) El Equipo de Salud.*
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.*
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.*



PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.”

Así mismo, el literal g) del artículo 10¹⁶ de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha previsto como un derecho de la persona, el que su historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, igualmente, a poder consultar la totalidad de su historia en forma gratuita y a obtener copia de esta.

De otra parte, en armonía con lo anterior, el legislador ha reconocido expresamente el carácter reservado de la historia clínica. En efecto, el artículo 24 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, contempla de manera expresa que tienen carácter reservado, entre otros, los siguientes documentos:

“Artículo 24. Informaciones y documentos reservados. Solo tendrán carácter reservado las informaciones y documentos expresamente sometidos a reserva por la Constitución Política o la ley, y en especial:

(...)

3. Los que involucren derechos a la privacidad e intimidad de las personas, incluidas en las hojas de vida, la historia laboral y los expedientes pensionales y demás registros de personal que obren en los archivos de las instituciones públicas o privadas, así como la historia clínica.” (negrilla fuera de texto)

Y, a su vez, el artículo 27 prevé la regla de inoponibilidad frente a autoridades competentes, bajo condiciones de competencia y finalidad, en los siguientes términos:

“Artículo 27. Inaplicabilidad de las excepciones. El carácter reservado de una información o de determinados documentos, no será oponible a las autoridades judiciales, legislativas, ni a las autoridades administrativas que siendo constitucional o legalmente competentes para ello, los soliciten para el debido ejercicio de sus funciones. Corresponde a dichas autoridades asegurar la reserva de las informaciones y documentos que lleguen a conocer en desarrollo de lo previsto en este artículo.”

¹⁶ **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:

g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



Ahora bien, en sede jurisprudencial la Corte Constitucional mediante Sentencia C-264 de 1996, indicó que la información sobre la atención del paciente que se encuentra en la historia clínica está amparada por la reserva legal y, por lo tanto, no puede ser compartida ni divulgada a terceros.

“La doctrina de la Corte sobre el secreto profesional, particularmente referida a la práctica de la medicina, puede condensarse en los siguientes enunciados:

(1) La historia clínica, su contenido y los informes que de la misma se deriven, están sujetos a reserva y, por lo tanto, sólo pueden ser conocidos por el médico y su paciente.

(2) Sólo con la autorización del paciente, puede revelarse a un tercero el contenido de su historia clínica.

(3) Levantada la reserva de la historia clínica, su uso debe limitarse al objeto y al sentido legítimo de la autorización dada por el paciente.

(4) Datos extraídos de la historia clínica de un paciente, sin su autorización, no puede ser utilizados válidamente como prueba en un proceso judicial.

(5) No puede el Legislador señalar bajo qué condiciones puede legítimamente violarse el secreto profesional.

(6) El profesional depositario del secreto profesional está obligado a mantener el sigilo y no es optativo para éste revelar su contenido o abstenerse de hacerlo”.

En el mismo sentido, en Sentencia T-408 de 2014, la Corte Constitucional reiteró que solamente puede accederse a la historia clínica a través de la autorización del paciente o a través de autoridad judicial que levante la reserva.

“Es así como, el derecho a solicitar copia de una historia clínica está limitado fundamentalmente por el derecho a la intimidad (artículo 15 Superior), toda vez que se trata de una información privada que en principio solo interesa a su titular y a quienes profesionalmente deben atenderlo.

En consecuencia, si alguien distinto, así se trate de un familiar cercano del paciente, pretende obtener información contenida en la historia clínica del titular, deberá contar con su aquiescencia y, en su defecto, solicitar a la autoridad judicial competente el levantamiento de la reserva.”

En ese orden de ideas, la reserva de la historia clínica, si bien no es absoluta, exige que el acceso por terceros se produzca únicamente en los supuestos legalmente habilitados y con observancia estricta de los principios de finalidad, necesidad y confidencialidad. Al respecto, la **Sentencia**



T-153 de 2024 de la Corte Constitucional reiteró de manera expresa el carácter reservado de la historia clínica y el carácter excepcional del acceso por terceros, en los siguientes términos:

(...)

“La historia clínica es un documento sometido a reserva. Sin embargo, excepcionalmente es posible que terceros conozcan su contenido cuando: (i) han obtenido la autorización del titular de la información; (ii) existe una orden de autoridad judicial competente; (iii) la información es requerida por entidades del sistema de salud para el cumplimiento de funciones constitucionales o legales; o (iv) individuos que, por razón de las funciones que cumplen dentro del sistema de salud o de seguridad social, tienen acceso a ella, siempre que dicho acceso esté justificado, sea necesario para el cumplimiento de dichas funciones y se mantenga la reserva de la información.”

(...)

Así mismo, dicha providencia reforzó el deber de custodia y la obligación institucional de adoptar medidas efectivas para preservar la reserva de la historia clínica, al señalar de manera expresa:

(...)

“Esta Corte advierte que las entidades responsables de la custodia de la historia clínica tienen la obligación constitucional y legal de adoptar medidas razonables, técnicas y administrativas, orientadas a garantizar la confidencialidad de la información. En el caso concreto, pese a tener conocimiento de una presunta filtración de información contenida en la historia clínica de la accionante, la entidad accionada no adelantó ninguna acción dirigida a proteger el derecho fundamental a la intimidad ni el derecho al habeas data, lo cual configura una vulneración de tales garantías constitucionales.”

(...)

Por otro lado, tratándose de requerimientos formulados por autoridades judiciales y/o por la Policía Judicial, resulta pertinente recordar que el ordenamiento procesal penal contempla reglas específicas de protección del derecho a la intimidad y controles sobre el acceso a información no pública. En particular, el artículo 14 de la Ley 906 de 2004 dispone textualmente:

“Artículo 14. Intimidad. Toda persona tiene derecho al respeto de su intimidad. Nadie podrá ser molestado en su vida privada.

No podrán hacerse registros, allanamientos ni incautaciones en domicilio, residencia, o lugar de trabajo, sino en virtud de orden escrita del Fiscal General de la Nación o su delegado, con arreglo de las formalidades y motivos previamente definidos en este código. Se entienden excluidas las situaciones de flagrancia y demás contempladas por la ley.

De la misma manera deberá procederse cuando resulte necesaria la búsqueda selectiva en las bases de datos computarizadas, mecánicas o de cualquier otra índole, que no sean de libre acceso, o cuando fuere necesario interceptar comunicaciones.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: 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 estos casos, dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes deberá adelantarse la respectiva audiencia ante el juez de control de garantías, con el fin de determinar la legalidad formal y material de la actuación.”

Adicionalmente, al regular de forma específica la búsqueda selectiva en bases de datos, el artículo 244 de la Ley 906 de 2004, adicionado parcialmente por la Ley 1908 de 2018, establece:

“Artículo 244. *Búsqueda selectiva en bases de datos. La policía judicial, en desarrollo de su actividad investigativa, podrá realizar las comparaciones de datos registradas en bases mecánicas, magnéticas u otras similares, siempre y cuando se trate del simple cotejo de informaciones de acceso público.*

Cuando se requiera adelantar búsqueda selectiva en las bases de datos, que implique el acceso a información confidencial, referida al indiciado o imputado o, inclusive a la obtención de datos derivados del análisis cruzado de las mismas, deberá mediar autorización previa del fiscal que dirija la investigación y (se aplicarán, en lo pertinente, las disposiciones relativas a los registros y allanamientos).

En estos casos, la revisión de la legalidad se realizará ante el juez de control de garantías, dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la culminación de la búsqueda selectiva de la información.

Parágrafo 1°. *Los términos para la búsqueda selectiva en base de datos en las investigaciones que se adelanten contra miembros de Grupos Delictivos Organizados y Grupos Armados Organizados en etapa de indagación serán de seis (6) meses y en investigación de tres (3) meses, prorrogables hasta por un término igual.*

Parágrafo 2°. *En las investigaciones que se sigan contra Organizaciones Criminales, el Juez de Control de Garantías podrá autorizar el levantamiento de la reserva y el acceso a la totalidad de bases de datos en las cuales pueda encontrarse el indiciado o imputado, cuando así se justifique por las circunstancias del caso y el tipo de conducta punible que se investiga. Esta autorización se concederá por un término igual al contemplado en el parágrafo primero, al término del cual, dentro de las treinta y seis horas siguientes al último acto de investigación se debe acudir nuevamente ante el juez de control de garantías, con el fin de solicitar sea impartida legalidad a la totalidad del procedimiento”*

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

En primer lugar, es preciso señalar que este Ministerio, en el marco de las funciones que le han sido asignadas, emite conceptos de carácter general y abstracto orientados a la interpretación y aplicación de la normativa vigente del sector salud, particularmente en lo relacionado con el

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

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



régimen de reserva, custodia y acceso a la historia clínica, sin que dichos pronunciamientos tengan por objeto resolver situaciones particulares ni evaluar actuaciones concretas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de otras autoridades, cuya competencia corresponde a las instancias legalmente facultadas para ello.

Hecha la anterior precisión, se procede a resolver el problema jurídico planteado, dando respuesta a cada uno de los interrogantes formulados, previa transcripción de los mismos, así:

- “1. ¿Es jurídicamente suficiente la identificación institucional del funcionario policial y la manifestación verbal de flagrancia para que una IPS levante la reserva legal de la historia clínica?”***
- 2. ¿La entrega de historia clínica sin orden judicial escrita o requerimiento formal de autoridad competente podría constituir vulneración del régimen de protección de datos personales?”***
- 3. ¿Cuál es el soporte documental mínimo que debe exigir una IPS para garantizar que la entrega de la historia clínica se ajuste a la normativa vigente?”***

Frente a los anteriores interrogantes, se dará una sola respuesta, en atención a que presentan unidad de materia.

De conformidad con el marco constitucional, legal y jurisprudencial vigente, la historia clínica es un documento privado, sensible y sometido a reserva legal, cuyo tratamiento y acceso se encuentran estrictamente regulado, en atención a la protección del derecho fundamental a la intimidad y al habeas data, consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política.

El artículo 34 de la Ley 23 de 1981 en consonancia con lo reglado en el literal g) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, dispone que la historia clínica únicamente puede ser conocida por terceros con autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Esta regla es desarrollada por los artículos 1 y 14 de la Resolución 1995 de 1999, que delimitan de manera expresa los sujetos autorizados para acceder a su contenido y condicionan dicho acceso a los fines legalmente procedentes, manteniéndose en todo caso la reserva legal.

En ese contexto y para el tema objeto de consulta, la identificación institucional de un funcionario de la policía y/o la manifestación verbal de una supuesta situación de flagrancia no constituyen, por sí solas, un presupuesto jurídico suficiente que sustente el levantamiento de la reserva legal de la historia clínica ni para autorizar su entrega. El acceso legítimo a este documento exige la existencia de una habilitación legal expresa, materializada, según el caso, en la autorización del



titular, en una orden escrita de autoridad judicial competente o en un requerimiento formal emitido por autoridad legalmente facultada, con observancia del principio de finalidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999 y en los artículos 24 y 27 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

En consecuencia, la entrega de la historia clínica sin el soporte jurídico correspondiente puede implicar un desconocimiento del régimen de reserva y de los deberes de custodia que recaen sobre las entidades responsables del manejo de dicha información, así como una afectación al régimen de protección de datos personales.

Este entendimiento ha sido reiterado por la Corte Constitucional, que en la Sentencia T-408 de 2014 precisó que la reserva de la historia clínica no es absoluta, pero su levantamiento opera de manera excepcional, y en la Sentencia T-153 de 2024, al reiterar el carácter reservado de la historia clínica y el deber institucional de adoptar medidas razonables, técnicas y administrativas para preservar la confidencialidad de la información clínica.

En ese orden de ideas, para garantizar que la entrega de la historia clínica se ajuste a la normativa vigente, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben exigir un soporte documental formal y verificable que permita constatar la competencia de la autoridad solicitante, la finalidad legal del requerimiento y la existencia de una habilitación jurídica expresa, sin que dichas exigencias puedan ser sustituidas por solicitudes verbales o informales.

“4. ¿La negativa fundada en la reserva legal podría generar responsabilidad penal, disciplinaria o administrativa para el personal de salud?”

Es preciso aclarar que este Ministerio, a través de la emisión de conceptos jurídicos, no se encuentra facultado para determinar, declarar o atribuir responsabilidades de carácter penal, disciplinario o administrativo, ni para calificar conductas concretas, competencias que corresponden exclusivamente a las autoridades judiciales, disciplinarias y administrativas.

Sin perjuicio de lo anterior, desde una perspectiva general y normativa, la negativa a entregar la historia clínica, cuando se encuentre sustentada en la reserva legal de la información y en la ausencia de una habilitación jurídica expresa, se inscribe dentro de los deberes de confidencialidad, custodia y protección de la información sensible, sin que a través del presente concepto resulte procedente efectuar valoraciones sobre responsabilidades individuales.

La eventual determinación de responsabilidades asociadas a la entrega o a la negativa de entrega de la historia clínica corresponde ser valorada caso a caso por las autoridades competentes,



atendiendo las circunstancias específicas y, en particular, la existencia de una orden judicial válida, un requerimiento formal de autoridad competente o una habilitación normativa expresa.

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 2015¹⁷, 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,

¹⁷ 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