BOLETÍN JURÍDICO No. 12 DICIEMBRE 2025

BOLETIN JURIDICO N° 12 DE DICIEMBRE DE 2025

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA 4

1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL 5

1.1.1. *Sentencia T-377-25 – Corte Constitucional* 6

2. NORMATIVA 44

2.1. DECRETOS 45

2.1.1. Decreto 1437 de 2025 46

2.2. RESOLUCIONES 73

2.2.1. Resolución 2517 de 2025 74

2.2.2. Resolución 2587 de 2025 88

2.2.3. Resolución 2589 de 2025 95

2.2.4. Resolución 2605 de 2025 102

2.2.5. Resolución 2606 de 2025 108

2.2.6. Resolución 2625 de 2025 141

2.2.7. Resolución 2640 de 2025 144

2.2.8. Resolución 2628 de 2025 149

2.2.9. Resolución 2669 de 2025 175

2.2.10. Resolución 2695 de 2025 180

2.2.11. Resolución 2706 de 2025 182

2.2.12. Resolución 2716 de 2025 186

2.2.13. Resolución 2720 de 2025 196

2.2.14. Resolución 2764 de 2025 213

2.2.15. Resolución 2765 de 2025 239

2.2.16. Resolución 2769 de 2025.....289
2.2.17. Resolución 2803 de 2025.....297
2.2.18. Resolución 2804 de 2025.....301
2.3. CIRCULAR.....308
2.3.1. Circular Externa 037 de 2025.....309
2.3.2. Circular Externa 038 de 2025.....324
2.3.3. Circular Externa 039 de 2025.....327
2.3.4. Circular Externa 040 de 2025.....330
2.3.5. Circular Externa 041 de 2025.....334
2.3.6. Circular Externa 042 de 2025.....337
2.3.7. Circular Externa 044 de 2025.....344
2.3.8. Circular Externa 045 de 2025.....353
2.3.9. Circular Externa 046 de 2025.....371
2.3.10. Circular Externa 048 de 2025.....375
2.3.10. Circular Externa Conjunta 049 de 2025.....381
3. **CONCEPTOS**.....390
3.1. ASUNTO: Consulta respecto a la Naturaleza jurídica de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Radicado 2025423002809412 – ID 1107378…..391
3.2. ASUNTO: Consulta elevada ante este Ministerio frente a servicios brindados en una IPS a una persona fallecida. Radicado. 2025424003316402 – ID 1214996......404
3.3. ASUNTO: Concepto sobre la autorización de servicios de valoración de apoyos conforme lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019. Radicado 2025423002577722. ID 1052940.....413
3.4. ASUNTO: Consulta sobre la vigencia de la fórmula de medicamentos. Radicado. 2025423003819482 ID: 1325777.....419
3.5. ASUNTO: Solicitud de concepto acerca de si el Ministerio de Salud y Protección Social es considerada autoridad sanitaria.Radicado: 2025423002991222 ID 1143058..426

1.JURISPRUDENCIA

1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL

1.1.1. *Sentencia T-377-25 – Corte Constitucional*

Referencia: Expediente T-11.013.159

Acción de tutela instaurada por *Victoria* a través de apoderada judicial contra Colmédica Medicina Prepagada.

Magistrada ponente:
Lina Marcela Escobar Martínez

Bogotá, D.C., once (11) de septiembre de dos mil veinticinco (2025).

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez, quien la preside, y por los magistrados Jorge Enrique Ibáñez Najar y Vladimir Fernández Andrade, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, dicta la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos dictados, en primera instancia, por el Juzgado 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá, el 10 de febrero de 2025, y en segunda instancia, por el Juzgado 004 Civil del Circuito de Bogotá, el 3 de marzo de 2025, dentro de la acción de tutela presentada por *Victoria*, a través de apoderada judicial, contra Colmédica Medicina Prepagada.

El expediente de la referencia fue seleccionado para su revisión por medio de Auto del veintinueve (29) de abril de dos mil veinticinco (2025), dictado por la Sala de Selección de Tutelas Número Cuatro de 2025 de la Corte Constitucional [1].

ACLARACIÓN PREVIA

El presente asunto involucra información relacionada con la historia clínica y la condición médica de la accionante. En consecuencia, la Sala decidió suprimir los datos que permitan su identificación [2]. En la versión de la providencia disponible para el público, su nombre será reemplazado por uno ficticio que se escribirá en letra cursiva. También serán ocultados otros datos que permitan su identificación. La versión con sus datos de identificación se integrará al expediente de tutela, con el fin de que los responsables ejecuten las órdenes adoptadas en el fallo.

SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional conoció la acción de tutela presentada por *Victoria*, a través de apoderada judicial, contra Colmédica Medicina Prepagada. La accionante solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la dignidad, la salud, la identidad de género y el diagnóstico médico. Según afirmó, Colmédica se negó a autorizarle procedimientos y servicios médicos que le fueron ordenados, en el marco del proceso de afirmación de género en el que se encuentra.

La Sala constató el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela y fijó el siguiente problema jurídico: ¿Una entidad de medicina prepagada vulnera los derechos fundamentales a la identidad de género y la salud de una persona transgénero, al negarle la autorización para realizarse procedimientos médicos, cuando estos han sido ordenados por los médicos tratantes de la entidad y están orientados a afirmar su identidad de género, al considerar que se trata de procedimientos estéticos y, por tanto, que están excluidos del contrato de medicina prepagada?

Para resolver el problema jurídico planteado, como metodología de análisis, la Sala de Revisión se refirió a estos temas: (i) el derecho a la identidad de género; (ii) el derecho a la salud y el derecho al diagnóstico de las personas transgénero en los procesos de afirmación de género; (iii) el alcance de los contratos de medicina prepagada; y, (iv) el concepto de hecho superado.

En ese marco, la Sala de Revisión analizó el caso concreto y concluyó que Colmédica Medicina Prepagada vulneró los derechos a la salud, a la identidad de género y al diagnóstico de la accionante. Ello es así porque le impuso barreras administrativas para el acceso oportuno e integral a los servicios médicos que requería en el proceso de afirmación de género. Dicho entorpecimiento restringió y alteró el plan de vida de la accionante e interfirió en su pretensión legítima de manifestar su identidad de género a través de los procedimientos médicos ordenados por los profesionales de la salud que la atienden.

En virtud de ello dispuso amparar los derechos de la accionante. Además, ordenó a Colmédica Medicina Prepagada que autorice los servicios médicos pendientes y se abstenga de interponer obstáculos administrativos para que la accionante acceda a los servicios, procedimientos, tratamientos, intervenciones y/o medicamentos que le sean prescritos en virtud del proceso de afirmación de género en el que se encuentra.

I. ANTECEDENTES

1. El 29 de enero de 2025[3], *Victoria*, a través de apoderada judicial, presentó una acción de tutela contra Colmédica Medicina Prepagada. Solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la dignidad humana, la salud, la identidad de género, el libre desarrollo de la personalidad, el diagnóstico médico y los demás derechos que se encuentren vulnerados. Según afirmó, la entidad de medicina prepagada accionada se negó a autorizar los procedimientos quirúrgicos que requiere en el marco de su proceso de afirmación de género.

1. Hechos jurídicamente relevantes [4]

2. *Victoria* tiene 33 años y se identifica como una mujer transgénero y se encuentra en proceso de tránsito para la afirmación de su identidad de género.

3. La accionante se encuentra afiliada al sistema de salud en el régimen contributivo a través de Aliansalud EPS. El 15 de diciembre de 2013 suscribió un contrato de cubrimiento adicional con Colmédica Medicina Prepagada [5].

4. Desde el 13 de agosto de 2018, la accionante está recibiendo acompañamiento psicológico para su proceso de afirmación de sexo. En 2019, con la misma finalidad, inició un tratamiento médico con la especialidad de endocrinología. En el marco de ello, la accionante se sometió a una terapia hormonal, la cual fue suspendida desde septiembre de 2023 por un desabastecimiento nacional del medicamento requerido, lo que le ha generado afecciones a su salud. Por tanto, ha tenido que comprar el medicamento por su cuenta.

5. Según la información obrante en el expediente, *Victoria* recibió los siguientes servicios de salud relacionados con el diagnóstico “Trastorno de la identidad de género”. Los apartes que resultan de interés para resolver el caso se encuentran destacados:

Fecha	Profesional que presta el servicio de salud	Análisis, atención y órdenes
28 de marzo de 2019.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Paciente con incongruencia de género. Ordena un estudio hormonal y otros exámenes para definir el inicio de hormonización feminizante[6].
7 de mayo de 2019.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Paciente con incongruencia de género. Inicia terapia con estrógenos y antiandrógenos. Continuar con manejo con psicología y

		psiquiatría [7].
8 de mayo de 2020.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Paciente con incongruencia de género. Terapia con estrógenos y antiandrógenos. Ordena exámenes diagnósticos. Continuar con manejo con psicología y psiquiatría [8].
28 de agosto de 2020.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Ajuste de dosis e inicio de manejo con ciproterona acetato [9].
17 de septiembre de 2020 a 15 de septiembre de 2023.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Citas de control con endocrinología en las que se le ordenan exámenes diagnósticos, valoración por medicina del deporte para ejercicios de feminización corporal, valoración por urología [10].
14 de febrero de 2024.	Cirujano plástico – Centro Médico Colmédica.	**Se ordenan exámenes iniciales para inicio de feminización facial previo dictamen de endocrinología y psiquiatría en su proceso** (Tomografía computada de senos paranasales o cara y Tomografía computada en reconstrucción tridimensional) [11].
22 de mayo de 2024.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	**La paciente no toma hormonas desde hace 6 meses por desabastecimiento.** Ordena actualización de exámenes de laboratorio [12].
12 de junio de 2024.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	**La paciente suspendió el manejo hormonal desde septiembre de 2023 por desabastecimiento nacional.** **Remite a valoración por urología: valoración para afirmación genital.** **Remite a cirugía plástica: valoración para feminización del rostro y mamoplastia** [13].

7 de febrero de 2025.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Incontinencia urinaria en manejo por urología. **Pendiente de respuestas de acción de tutela para continuar con mamoplastia**[14].
19 de febrero de 2025.	Cirugía plástica – Centro Médico Colmédica.	**Se ordenan nuevamente exámenes diagnósticos para feminización facial** [15].
28 de febrero de 2025	Cirugía plástica – IPS Mediport.	**Intervención quirúrgica: mamoplastia de aumento** [16].
10 de junio de 2025.	Endocrinología – Centro Médico Colmédica.	Paciente en manejo con urología y pendiente de feminización de rostro. Ordena actualización de exámenes diagnósticos [17].
17 de marzo de 2025.	Otorrinolaringólogo - Cirujano estético facial y maxilofacial – Médico adscrito a Colmédica.	**Consulta porque desea realizarse una armonización quirúrgica femenina.** **Plan de tratamiento: Rinoplastia primaria estética, lifting de cejas, frontoplastia de reducción, injerto graso pómulos** [18].
23 de enero de 2025.	Psicólogo clínico – Liberarte (centro de atención psicológica no adscrito a Colmédica).	Certificado de acompañamiento psicológico [19]: La paciente recibe atención psicológica desde el 13 de agosto de 2018 y en 2019 su proceso fue llevado por un psiquiatra, ya que requería manejo farmacológico, relacionado con su proceso de afirmación de género. Ha logrado avances significativos en los ámbitos familiar, social, médico y legal. Sin embargo, **desde 2024 ha reportado un aumento en sus niveles de ansiedad, atribuible a las barreras de acceso a los servicios de salud y en especial al tratamiento de hormonas.**

Sin fecha.	Psiquiatra. (Médico particular no adscrito a Colmédica).	Certifica que atiende a la accionante en su proceso de transición de género. En la consulta llevada a cabo el 13 de junio de 2025 evidenció "síntomas depresivos, cefalea, irascibilidad, alteraciones en el sueño, la atención y el desempeño laboral. **Presenta un cúmulo de eventos estresantes, entre otros,** el agotamiento derivado del proceso jurídico para lograr el derecho a compartir la crianza de su hija y **la negativa por parte de su EPS a continuar con su proceso de feminización"[20].**

6. La accionante alegó que, luego de que el médico cirujano ordenó el inicio de los procesos para la realización de las cirugías, Colmédica negó la autorización respectiva. En el expediente reposan los siguientes formatos de negación:

Fecha	Servicio no autorizado	Fundamento
8 de marzo de 2024	Tomografía computada de senos paranasales o cara. Tomografía computada en reconstrucción tridimensional.	Exclusión del contrato de medicina prepagada. Cláusula décimo octava: cirugías estéticas y sus complicaciones, así como también los exámenes de diagnóstico o seguimiento de las mismas [21].
16 de agosto de 2024	Mamoplastia de aumento bilateral con dispositivo.	Exclusión del contrato de medicina prepagada. Cláusula décimo octava: cirugías estéticas y sus complicaciones, así como también los exámenes de diagnóstico o seguimiento de las mismas [22].
24 de junio de 2025.	Tomografía computada de senos paranasales o cara. Tomografía computada en reconstrucción tridimensional.	Exclusión del contrato de medicina prepagada. Cláusula décimo octava: cirugías estéticas y sus complicaciones, así como también los exámenes de diagnóstico o

		seguimiento de las mismas [23].

2. La acción de tutela, el trámite surtido en las instancias y las contestaciones

7. En vista de lo anterior, *Victoria*, a través de apoderada judicial, presentó una acción de tutela contra Colmédica Medicina Prepagada, y Aliansalud EPS como vinculada.

8. Las pretensiones de la accionante son las siguientes: (i) que se tutelen sus derechos fundamentales a la dignidad humana, la salud, la identidad de género, el libre desarrollo de la personalidad, el diagnóstico médico y los demás derechos que se encuentren vulnerados; (ii) que se ordene a Colmédica Medicina Prepagada que autorice y realice todos los exámenes y procedimientos para la feminización facial y el procedimiento quirúrgico de mamoplastia de aumento para afirmación de género, tal como fueron prescritos por los médicos tratantes; y, (iii) que se ordene a Colmédica Medicina Prepagada brindarle la atención integral requerida según su "condición de mujer transexual" y su tránsito de sexo y género sin dilaciones ni demoras injustificadas.

9. El asunto le correspondió por reparto al Juzgado 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá, autoridad judicial que, mediante auto del 29 de enero de 2025[24], asumió el conocimiento de la acción de tutela y vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, y al centro de atención psicológica Liberarte.

10. *Respuesta de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)*[25]. Julio Eduardo Rodríguez Alvarado, en su calidad de jefe de la oficina jurídica de la ADRES, solicitó: (i) negar el amparo constitucional respecto a la ADRES y desvincularla del trámite, al no evidenciarse la vulneración de derechos fundamentales por parte de esa entidad; (ii) que se rechazara cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS, en tanto los servicios, medicamentos o insumos en salud se encuentran garantizados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o Presupuestos Máximos, con recursos girados anticipadamente; y, (iii) que se modularan las decisiones judiciales en caso de concederse el amparo para evitar cargas indebidas al sistema de salud con servicios que no corresponden al ámbito sanitario.

11. La entidad explicó que no tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud, ni tampoco tiene funciones de inspección, vigilancia y control para sancionar a una EPS, por lo que no podría atribuírsele la vulneración de los derechos fundamentales. En su opinión, esto

demuestra la falta de legitimación en la causa por pasiva. Indicó que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y su reglamentación en la Resolución 205 de 2020, las EPS son responsables de los presupuestos máximos que deben utilizar para garantizar la atención integral en salud, lo que incluye los servicios, medicamentos e insumos. En consecuencia, la ADRES ya entregó a las EPS, incluida la accionada, los recursos necesarios para cubrir estos servicios, por lo que el juez debe abstenerse de ordenar reembolsos, pues hacerlo implicaría un doble pago y desfinanciaría el sistema.

12. *Respuesta del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)*[26]. A través de la respuesta allegada, el señor Andrés Fernando Mesa Valencia, actuando en calidad de jefe de la oficina asesora jurídica del INVIMA, solicitó: (i) su desvinculación del trámite, pues señaló que no vulneró derecho fundamental alguno; y (ii) que, en caso de prosperar alguna pretensión, esta debe ser satisfecha por la EPS accionada.

13. En concreto, afirmó, que era responsabilidad de las EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) garantizar los servicios de salud a sus afiliados y cubrir los tratamientos médicos y terapéuticos autorizados. Señaló que su obligación es verificar que los medicamentos cumplan con los requisitos técnicos y legales para otorgar el Registro Sanitario, por lo que la entidad no tiene competencia para el suministro de medicamentos a los pacientes, ya que esa función corresponde exclusivamente a las EPS.

14. *Respuesta de Liberarte*[27]. El 29 de enero de 2025, el señor Simón Torres Orozco, en su calidad de psicólogo clínico, brindó respuesta a su vinculación dentro del proceso de tutela e indicó que no es responsable de la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la accionante.

15. Expuso que Liberarte es un centro de atención psicológica que le presta servicios a la accionante y que no tienen ninguna relación con Colmédica. Asimismo, afirmó que no tienen incidencia en la autorización o negación de los procedimientos médicos. Adjuntó el certificado de acompañamiento psicológico que le han prestado a *Victoria*, en el que manifestó que “el no acceso al tratamiento de hormonización podría tener repercusiones en la salud física de la accionante, así como detrimento en la estabilidad emocional”. Reiteró, además, la necesidad de que su paciente contara con un servicio integral que incluya la atención médica continua que necesite.

16. *Respuesta de Aliansalud EPS*[28]. El 3 de febrero de 2025, la señora Perla Constanza Álvarez, en su calidad de representante legal de la EPS Aliansalud, solicitó al juez: (i) que declarara la improcedencia de la acción de tutela; (ii) no amparara los derechos fundamentales que la accionante aseguró vulnerados; (iii) que no tutelara el derecho invocado en relación con la

solicitud del tratamiento integral; y, (iv) que, en caso de que llegara a autorizar servicios excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), declarara el derecho de la EPS a recobrar el 100 % de los valores asumidos ante la ADRES o la entidad correspondiente.

17. Señaló que, para acceder a sus servicios, la paciente debía ingresar por medicina general y que sus órdenes debían ser emitidas por los médicos adscritos. Al respecto, afirmó que la orden médica anexada en la tutela provenía de un profesional no vinculado a su red y, por tanto, no es válida para obtener la autorización correspondiente. Finalmente, al revisar sus registros, no encontró solicitudes previas de la accionante. Recalcó que garantizó el PBS de la paciente cuando las ordenes médicas provenían de su red.

18. *Respuesta de Colmédica Medicina Prepagada*[29]. El 3 de febrero de 2025, la señora Perla Constanza Álvarez, representante legal de Colmédica Medicina Prepagada, solicitó: (i) que se declarara la improcedencia de la acción de tutela; y (ii) que se negara el amparo de los derechos fundamentales invocados. Subsidiariamente, solicitó que se ordenara a Aliansalud EPS autorizar y materializar el servicio no cubierto por el Plan Adicional de Salud. En caso de que se les ordenara asumir lo que no está amparado por el contrato, pidió que se le conceda la opción de solicitar el reembolso ante Aliansalud EPS.

19. Argumentó que el procedimiento pretendido por la accionante denominado mamoplastia de aumento bilateral es una cirugía estética con fines de feminización corporal. En consecuencia, tal cirugía no satisface una necesidad médica funcional. Explicó que los procedimientos de naturaleza estética están excluidos del contrato según la cláusula décimo octava. Aseveró que, aunque la accionante fue valorada por diversas especialidades en su proceso de cambio de género, el procedimiento solicitado no corrige una alteración en su salud.

20. *Respuesta de la Superintendencia Nacional de Salud* [30]. El 4 de febrero de 2025, la señora Kelly Andrea Pulido Guevara, en su calidad de subdirectora técnica, adscrita a la subdirección de defensa jurídica de la Superintendencia Nacional de salud, solicitó: (i) que se declare la inexistencia de un nexo de causalidad entre las actuaciones de esa entidad y la presunta vulneración de los derechos fundamentales invocados por la accionante y, en esa medida, su falta de legitimación en la causa por pasiva; y, (ii) desvincular de la presente acción a la Superintendencia Nacional de Salud.

21. Señaló que sus funciones se centran en la inspección, vigilancia y control sobre el sistema salud, mediante auditorías y atención a quejas. Por lo tanto, no es responsable de la prestación de servicios de salud. De esta manera, no podría atribuírsele la vulneración de los derechos fundamentales en este caso, lo que configura su falta de legitimación en la causa por pasiva. No obstante, agregó que, en este caso, la accionante tiene una relación contractual con

un plan voluntario de salud (medicina prepagada) y que las personas que suscriben estos contratos se rigen por las cláusulas debidamente pactadas. Recalcó que las exclusiones en razón de la prestación de salud deberán estar expresamente previstas en el contrato. Finalmente, concluyó que no era posible conceptuar si los procedimientos requeridos por la accionante deben ser realizados ya que, para ello, se debe contar con el contrato firmado por las partes con todos sus anexos y con la descripción detallada del plan.

3. Decisiones judiciales objeto de revisión

22. **Primera instancia.** Mediante Sentencia del 10 de febrero de 2025[31], el Juzgado 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá resolvió tutelar los derechos invocados por *Victoria*. En consecuencia, ordenó a Colmédica Medicina Prepagada que cubra todos los tratamientos, servicios, actividades, intervenciones, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y medicamentos que ella requiera conforme a las prescripciones de los médicos tratantes, y que garantice el tratamiento integral.

23. En concreto, la jueza consideró que la negativa de Colmédica Medicina Prepagada no se puede justificar en el sentido estético de los servicios requeridos por la accionante. Lo anterior, si se tiene en cuenta que los procedimientos y servicios médicos asociados con la transición de género son un mecanismo indispensable para garantizar a la población transgénero su bienestar emocional, físico y sexual. Así, afirmó que los procedimientos solicitados por *Victoria* no pretenden un cambio meramente estético, sino que buscan un cambio funcional, su reafirmación sexual y la construcción de su identidad de género.

24. **Impugnación.** La decisión de primera instancia fue impugnada por Colmédica Medicina Prepagada[32]. Solicitó que se revoque el fallo y, en su lugar, se niegue el amparo de los derechos fundamentales de la accionante, respecto de la prestación de servicios de salud. Argumentó que, según la Organización Mundial de la Salud, la transexualidad no forma parte de la lista de trastornos mentales, por lo que lo solicitado por *Victoria* es una cirugía de carácter estético. Añadió que, de conformidad con el contrato del Plan Zafiro Élite suscrito por la accionante, los servicios que se encuentran cubiertos no incluyen el de mamoplastia de aumento, feminización facial ni cirugía de orquiectomía. Adicionalmente, señaló que la accionante no se encuentra desprotegida, toda vez que puede acudir a su EPS para acceder a los servicios que requiere a través del PBS.

25. **Segunda instancia.** Mediante Sentencia del 3 de marzo de 2025, el Juzgado 004 Civil del Circuito de Bogotá resolvió revocar el fallo de primera instancia y requirió a Aliansalud EPS para que en forma oportuna tramite las solicitudes que eleve la accionante. Argumentó que la empresa de medicina prepagada no está llamada a atender los requerimientos, tratamientos y

procedimientos médicos que reclama porque, si bien es claro que no se trata de procedimientos estéticos, no están contemplados en la naturaleza y el alcance de lo contratado entre las partes. Así, advirtió que la accionante debía acudir a su EPS para que se realicen las gestiones y consultas correspondientes a su diagnóstico.

26. El 7 de marzo de 2025, el Juzgado 004 Civil del Circuito de Bogotá remitió el expediente a la Corte Constitucional con el fin de que se surtiera el eventual trámite de revisión [33].

4. Actuaciones surtidas en sede de revisión

27. Revisado en detalle el expediente, la magistrada sustanciadora advirtió la necesidad de ejercer su facultad probatoria con el propósito de recaudar elementos que le permitieran resolver adecuadamente el asunto. En consecuencia, el 12 de junio de 2025 emitió un auto mediante el cual resolvió oficiar a *Victoria* [34], Colmédica Medicina Prepagada [35] y Aliansalud EPS [36] para que respondieran una serie de preguntas relacionadas con la historia clínica completa de la accionante y los servicios médicos que se le han prestado y/o negado en el marco de su proceso de afirmación de género. Además, solicitó que aportaran los respectivos elementos probatorios. Este auto fue notificado vía correo electrónico por la Secretaría General de la Corte Constitucional el 16 de junio de 2025.

5. Respuestas allegadas

28. *Victoria* [37]. El 24 de junio de 2025, la accionante, a través de su apoderada judicial, remitió una copia de su historia clínica en la que se encontraban los conceptos de endocrinología, urología, psiquiatría, cirugía plástica, negaciones a los servicios de salud, orden para feminización facial y procedimiento maxilofacial.

29. Informó que los actos que dieron origen a la acción, provenían de Colmédica, quien negó los servicios médicos esenciales ordenados por sus propios profesionales, desconociendo cláusulas del contrato de medicina prepagada vigente desde el 2013.

30. Aclaró que la acción de tutela se presentó contra Colmédica, entidad a la que le atribuye directamente la vulneración de sus derechos fundamentales. En este sentido, la mención a Aliansalud únicamente se dio porque es la entidad del régimen contributivo a la que se encuentra vinculada. En consecuencia, reiteró que la pretensión es que Colmédica asuma directamente la garantía de los servicios médicos requeridos.

31. Afirmó además que, el fallo de segunda instancia, que revocó la decisión inicial, no reconoció la validez del contrato de medicina prepagada que la amparaba desde hace más de

una década. Así, negarle la posibilidad de continuar con el proceso de reafirmación de género, desconoció su dignidad y su derecho a una atención diferencial.

32. Finalmente, mencionó que resulta fundamental que la Corte Constitucional revise esta decisión con una perspectiva de género y enfoque diferencial, con el fin de garantizar la protección efectiva de sus derechos. Además, señaló "el fallo de segunda instancia se dio días después de la cirugía de mamoplastia de aumento, por ello no se ha procedido con las demás autorizaciones".

33. *Colmédica Medicina Prepagada* [38]. El 25 de junio de 2025, la señora Sandra Bayón Arango, en calidad de subgerente jurídica, presentó un informe en el que dio respuesta a los interrogantes planteados por la Corte. Además, adjuntó el contrato de medicina prepagada, la historia clínica de la accionante, el certificado de existencia y representación legal, el listado de autorizaciones, los formatos de negación de servicios y el listado de atenciones a la accionante.

34. Explicó que, el plan de medicina prepagada Zafiro Élite al que está afiliada la accionante contempla coberturas específicas y, expresamente, excluye varios servicios. Recalcó que, de acuerdo con la cláusula quinta del contrato, los procedimientos de la presente acción de tutela, como lo son aquellos destinados a la afirmación de género, están excluidos.

35. Informó que, en cumplimiento del fallo de primera instancia, autorizó la mamoplastia de aumento como parte del proceso de afirmación de género de la accionante. Por último, expresó que no había lugar a que asumiera los costos de los servicios de que trata la presente acción constitucional.

36. *Aliansalud EPS*[39]. El 25 de junio de 2025, la señora Sandra Bayón Arango, subgerente jurídica, remitió un escrito en el que dio respuesta a los interrogantes planteados por la Corte. Igualmente, adjuntó el certificado de existencia y representación legal, la historia clínica de la accionante y el listado de las autorizaciones de los medicamentos de la accionante.

37. Señaló que la accionante está afiliada en calidad de cotizante, por lo que la EPS le ha autorizado los servicios de salud. Anotó que no existen solicitudes o radicaciones relacionadas con las pretensiones de la acción constitucional de referencia. Afirmó que, a la fecha de la respuesta, la accionante no había solicitado servicios a la EPS concernientes el proceso médico pretendido.

6. Intervenciones

38. *Liberarte.* Con ocasión del decreto y práctica de pruebas en sede de revisión, mediante

informe del 8 de julio de 2025[40], la Secretaría General de esta corporación indicó al despacho de la magistrada sustanciadora que después de cumplir la orden de poner a disposición de las partes la documentación allegada con ocasión de lo dispuesto en el auto de pruebas, el 7 de julio de 2025 recibió una intervención presentada por Simón Torres y Carolina Herrera, psicólogos clínicos del centro Liberarte, vinculado al proceso[41].

39. Los psicólogos afirmaron que presentan la intervención en calidad de expertos en salud mental y acompañamiento clínico de personas transgénero, y no en calidad de profesionales tratantes de la accionante. Respecto del asunto bajo estudio, manifestaron:

> *(i) En Colombia hay una ausencia de competencia técnica especializada en "salud integral trans" por parte de los profesionales del sistema de salud, lo que deriva en prácticas revictimizantes, decisiones infundadas, negaciones arbitrarias y procedimientos quirúrgicos desinformados. Esto, constituye una vulneración al principio de calidad en la prestación de los servicios de salud. En el caso de la accionante, la empresa de medicina prepagada desconoció el acompañamiento realizado por profesionales sensibles a la atención en salud de personas transgénero. Al respecto, propusieron ordenar al Ministerio de Salud que, en coordinación con el INVIMA y la Superintendencia de Salud, implementen un "protocolo nacional obligatorio de formación continua en salud trans, basado en los Standards of Care v8 de WPATH, como requisito habilitante para prestar servicios relacionados con tránsito de género".*
>
> *(ii) Persiste el desconocimiento sistemático de diagnósticos y tratamientos formulados por profesionales externos a la red de las empresas prestadoras de servicios de salud, incluso cuando cuentan con formación y experiencia comprobada, lo que supone una vulneración al principio de continuidad y autonomía médica. En el caso de Victoria, fue remitida a su EPS para "empezar de cero" su proceso, lo que desconoce la ruta médica y psicológica de los profesionales que la han acompañado por varios años. En relación con ello, propusieron que se exhorte a las empresas prestadoras de servicios de salud a reconocer los diagnósticos, conceptos y planes de tratamiento emitidos por profesionales acreditados.*
>
> *(iii) Las personas transgénero enfrentan obstáculos sistemáticos para continuar sus procesos con los médicos tratantes con quienes han construido una relación terapéutica sólida. Esto genera una negación de su derecho a la libre elección, la identidad y la autonomía en salud. Así, obligar a la accionante a reiniciar su proceso con la EPS la priva del acompañamiento que ha recibido del equipo interdisciplinario competente de Colmédica. En ese sentido, afirmaron que es necesario reconocer que "la libre elección del profesional tratante en tránsito de género es una expresión del derecho a la identidad de género".*
>
> *(iv) Hay numerosos planes de medicina prepagada que excluyen las cirugías de afirmación de género bajo el argumento de ser estéticas, sin diferenciar entre las intervenciones cosméticas y las que están prescritas clínicamente para la afirmación de género. Dicha exclusión resulta discriminatoria. En este caso, Colmédica negó los procedimientos quirúrgicos solicitados por la*

accionante bajo el argumento de que son estéticos. Afirmaron que se debe "declarar la inconstitucionalidad" de este tipo de cláusulas contractuales por constituir una forma de discriminación indirecta contraria a la Constitución.

(v) Existe un patrón persistente de desabastecimiento de hormonas para la afirmación de género, sin que se prevean mecanismos institucionales de respuesta. Señalaron que, en consecuencia, la accionante ha tenido que adquirir e importar personalmente sus medicamentos hormonales, lo que generó un impacto negativo en su salud física, emocional y sexual, además de una carga económica injusta y un sentimiento de abandono institucional. Al respecto, propusieron que se le ordene al Ministerio de Salud y al INVIMA la creación de una "lista priorizada de medicamentos esenciales para procesos trans".

40. Finalmente, aclararon que, si bien esto no hace parte del asunto bajo estudio, consideran importante mencionar que algunas entidades niegan la administración de tratamientos hormonales afirmativos bajo el argumento de que los medicamentos no cuentan con registro INVIMA, lo que contradice el principio de autonomía médica. Por ello, afirmaron que es necesario reiterar las sentencias T-760 de 2008 y T-105 de 2017, en el sentido de que "no es exigible un registro INVIMA específico para cada indicación médica". Por otro lado, solicitaron que, dada la naturaleza estructural de los obstáculos documentados en este caso, se dicte una sentencia de unificación o con efectos estructurales y *erga omnes*.

41. *Defensoría del Pueblo.* El 24 de julio de 2025, la Defensoría Delegada para los Asuntos Constitucionales y Legales remitió una intervención sobre el asunto [42]. Señaló que el objeto de la intervención es coadyuvar la pretensión de la accionante y solicitar la revocatoria de la sentencia de segunda instancia. En consecuencia, solicitó que se tutelen sus derechos y se ordene a la accionada la autorización y práctica de los diagnósticos, exámenes e intervenciones pertinentes, incluidas la mamoplastia y la feminización del rostro ordenada por el endocrinólogo tratante.

42. Afirmó que, en este caso, "Colmédica Medicina Prepagada vulneró los derechos fundamentales de la accionante al haber negado la prestación de los servicios requeridos por ella para su proceso de reafirmación de la identidad de género, bajo el argumento insostenible de no hallarse expresamente incluidos en el contrato".

43. Como fundamento de su intervención, la Defensoría se refirió, primero, al derecho a la identidad de género y a su afirmación a través del derecho a la salud. Citó las reglas jurisprudenciales que la Corte desarrolló en las sentencias T-771 de 2013 y T-199 de 2023, y expuso que los procedimientos para la reafirmación de la identidad de género no tienen un carácter meramente estético. Asimismo, mencionó que, según dicha jurisprudencia, el derecho a la identidad de género tiene dos facetas fundamentales: (i) el derecho a la valoración o

diagnóstico y (ii) el derecho a la información.

44. Segundo, se refirió a la responsabilidad de las entidades de medicina prepagada en la realización del derecho a la identidad de género. Al respecto, mencionó las reglas que desarrolló la Corte Constitucional en la Sentencia T-263 de 2020 respecto de la obligación de las empresas de medicina prepagada para cubrir las cirugías de reafirmación de género, y sobre la exigibilidad de los derechos al diagnóstico integral y la información para la reafirmación de identidad de género. Adicionalmente, mencionó el estudio que hizo la Corte Constitucional en la Sentencia T-560 de 2023 sobre los planes de medicina prepagada y las cláusulas de exclusión de los contratos.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

45. La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional es competente para conocer los fallos de instancia, de conformidad con la Constitución y las normas reglamentarias [43]; y, en virtud del Auto del veintinueve (29) de abril de dos mil veinticinco (2025), dictado por la Sala de Selección de Tutelas Número Cuatro de 2025, que escogió el expediente de la referencia.

2. Presentación del caso y metodología de la decisión

46. La Sala de Revisión debe resolver el caso de una mujer transgénero a quien la empresa de medicina prepagada, con la cual tiene un contrato, le negó la autorización de los procedimientos quirúrgicos ordenados por los médicos tratantes de la misma entidad y que son propios del proceso de afirmación de género en el que se encuentra. Lo anterior, bajo el argumento de que se trata de cirugías estéticas. En ese sentido, tras determinar que la acción de tutela es procedente, corresponde definir el problema jurídico, reiterar las reglas jurisprudenciales aplicables y resolver el caso concreto.

3. Examen de procedencia de la acción de tutela

47. El artículo 86 de la Constitución establece que la acción de tutela es un mecanismo de carácter residual, preferente y sumario, cuyo objeto es la protección judicial inmediata de los derechos fundamentales de la persona que así lo solicita directa o indirectamente (legitimación por activa), por la vulneración o amenaza que sobre los mismos ha causado una autoridad, o excepcionalmente los particulares (legitimación por pasiva). Este mecanismo de protección constitucional también se encuentra supeditado al cumplimiento de los requisitos de inmediatez y subsidiariedad, como condiciones formales de procedibilidad, para que el juez constitucional

pueda realizar un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

48. A continuación, la Sala pasa a estudiar si la acción de tutela bajo revisión cumple los requisitos exigidos por el Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia constitucional. De manera preliminar, advierte que se satisfacen los presupuestos de legitimación por activa y pasiva, inmediatez y subsidiariedad, tal como se expone en los siguientes párrafos.

49. ***Legitimación por activa.*** La acción de tutela fue interpuesta por *Victoria*, a través de apoderada judicial, con el fin de obtener la protección de sus derechos fundamentales a la salud y a la identidad de género. Se encuentra legitimada por activa porque es la persona a quien Colmédica le negó la prestación de los servicios de salud objeto de la acción de tutela y, por tanto, es la titular de los derechos presuntamente vulnerados por esa empresa de medicina prepagada[44].

50. ***Legitimación por pasiva.*** El artículo 86 de la Constitución Política establece que la tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o particulares, en los casos previstos en la Constitución y en la ley. En ese contexto, según lo ha señalado la jurisprudencia de esta Corte, en cuanto a la legitimación, es necesario acreditar dos requisitos: que se trate de uno de los sujetos respecto de los cuales procede el amparo y que la conducta que genera la vulneración o amenaza del derecho se pueda vincular directa o indirectamente con su acción u omisión [45].

51. En el caso objeto de estudio, la acción de tutela se presentó inicialmente contra Colmédica Medicina Prepagada y Aliansalud EPS, como vinculada, por ser entidades que se encargan de la prestación del servicio de salud [46]. Así, se acredita el primer supuesto. El segundo de los requisitos solo se cumple en relación con Colmédica Medicina Prepagada. Esto es así porque la accionante ha adelantado los trámites de solicitud de los servicios de salud ante esta, y no ante Aliansalud EPS. Incluso, cuando en sede de revisión se le preguntó si le atribuía alguna acción u omisión vulneradora de sus derechos a la EPS, respondió negativamente. Dado que la supuesta afectación de los derechos fundamentales surge de la negativa de Colmédica de autorizar los servicios médicos solicitados, el mecanismo de amparo solo satisface el requisito de legitimación en la causa por pasiva en cuanto a dicha entidad, y no de Aliansalud EPS.

52. No obstante, la Sala advierte que Aliansalud EPS debe continuar vinculada al presente trámite como persona jurídica con interés en la decisión [47] por ser la entidad encargada de la prestación de servicios de salud, a la cual la accionante se encuentra vinculada en el régimen contributivo. Por tanto, dicha entidad podría resultar afectada por la decisión que eventualmente se adopte en el marco de este trámite constitucional. Es decir, la vinculación de Aliansalud EPS

al proceso, resulta necesaria en aras de salvaguardar su derecho al debido proceso, en tanto que, en razón de sus funciones, en el presente fallo podrían efectuarse órdenes dirigidas a ella.

53. Ahora bien, en primera instancia, el Juez 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá vinculó al proceso a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES, al INVIMA y al centro de atención psicológica Liberarte. La Sala encuentra que estas no están legitimadas por pasiva pues, aunque las tres primeras son entidades que forman parte del Sistema de Salud, no son sujetos respecto de los cuales se pueda predicar la presunta vulneración de derechos fundamentales. Por su parte, el centro de atención psicológica Liberarte es un centro de carácter privado en el que, según las pruebas obrantes en el expediente, la accionante recibió acompañamiento de manera particular. La presunta vulneración no tiene que ver con este servicio. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación en la parte resolutiva de esta sentencia.

54. ***Inmediatez.*** La tutela cumple con este requisito porque se interpuso en un término prudencial a partir del momento en que ocurrió la situación presuntamente vulneradora de los derechos fundamentales de *Victoria* [48]. Los hechos que dieron origen a la presunta vulneración alegada en la acción de tutela ocurrieron debido a la no autorización por parte de Colmédica de los servicios solicitados. Dichas negativas datan del 8 de marzo y 16 de agosto de 2024. La presente acción de tutela se presentó el 29 de enero de 2025, es decir, dentro de un plazo razonable y proporcionado para que se interponga la acción de tutela. Además, en principio, se trata de una afectación de carácter continuo pues, según los médicos tratantes, la accionante requiere de los procedimientos y exámenes prescritos para culminar su proceso de reafirmación de género.

55. ***Subsidiariedad.*** Este requisito se cumple. La acción de tutela procede únicamente cuando no existen otros medios de defensa judicial, a menos que se utilice como mecanismo transitorio para prevenir la ocurrencia de un perjuicio irremediable o, aun cuando exista otro medio, este carezca de idoneidad o eficacia para proteger de forma adecuada y efectiva los derechos fundamentales en el caso concreto. El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 se refiere a los casos en los que la tutela procede excepcionalmente contra particulares, dentro de los cuales se encuentran los encargados de prestar el servicio de salud.

56. En este caso es fundamental considerar que una de las accionadas es una entidad prestadora del servicio de medicina prepagada. La Corte se ha referido a la naturaleza contractual y opcional que caracteriza la prestación del servicio de salud por medio de este tipo de planes voluntarios. Esto supone que los contratos de medicina prepagada se rigen por el derecho privado, sin perjuicio de las facultades de inspección, vigilancia y control que tiene el Estado sobre su gestión, por intermedio de la Superintendencia Nacional de Salud [49]. En ese entendido, las controversias que se susciten sobre los contratos de medicina prepagada deben resolverse, por

regla general, a través de las vías ordinarias, civiles y comerciales, vigentes.

57. Excepcionalmente, la Corte ha considerado que la acción de tutela es procedente como mecanismo definitivo para abordar controversias suscitadas en relación con los planes de medicina prepagada. Lo anterior, específicamente, cuando la vía ordinaria no es idónea ni eficaz porque el conflicto implica una amenaza o afecta los derechos fundamentales a la vida y dignidad de los usuarios. La procedencia de la acción de tutela en estos casos encuentra sustento en lo siguiente: (i) en la ejecución de este tipo de contratos están involucrados asuntos de especial relevancia constitucional como los derechos fundamentales a la salud, al diagnóstico, a la vida, entre otros[50]; (ii) la procedencia de la tutela frente a particulares encargados del servicio de salud está prevista en el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991; (iii) los afiliados se encuentran en un estado de indefensión respecto de las empresas de medicina prepagada, debido a que la relación jurídica se deriva de un contrato de adhesión, en el que tales entidades tienen mayor control frente al acceso efectivo a los servicios médicos; y, (iv) los medios de defensa ordinarios no suelen ser lo suficientemente efectivos para el amparo de derechos como el de la salud, en razón de la necesidad y urgencia de recibir atención médica[51].

58. En todo caso, es preciso advertir que, en algunos escenarios de controversias entre los usuarios y las empresas de medicina prepagada existe otro mecanismo judicial. Se trata del trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud. Su función jurisdiccional fue prevista en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007[52]. En virtud de esta facultad, esa entidad puede resolver, con las funciones propias de un juez, las controversias que se susciten entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y sus usuarios, relativas a la cobertura de servicios o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios cuando la negativa amenace la salud del usuario, así como por prestaciones no comprendidas en dicho plan.

59. Las empresas de medicina prepagada son entidades administradoras de planes de beneficios en virtud del artículo 19 del Decreto 806 de 1998, según el cual los planes de medicina prepagada son un tipo de Plan Adicional de Salud (PAS). Asimismo, el parágrafo del artículo 4 del Decreto 1018 de 2007 establece que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) son “las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”.

60. Si bien la Corte ha entendido que este instrumento está dotado de un carácter principal y prevalente frente a la acción de tutela, esta última puede proceder como mecanismo definitivo

cuando el primero resulte ineficaz para amparar el derecho fundamental, o como mecanismo transitorio, ante la posible configuración de un perjuicio irremediable [53].

61. En relación con el caso concreto, para finalizar el examen de procedencia, es necesario analizar si aun cuando existen otros dos medios judiciales para debatir los asuntos de la presente tutela, estos resultan eficaces e idóneos para resolverlos. Para tal efecto, es necesario tener en cuenta la jurisprudencia de esta corporación según la cual el juez de tutela debe realizar un análisis flexible de procedencia cuando se encuentren en riesgo derechos de sujetos de especial protección constitucional [54].

62. La Sala considera que, si bien el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud o la vía ordinaria civil y comercial son, en principio, los mecanismos judiciales que prevé el ordenamiento jurídico para resolver una controversia que tiene un componente contractual, en el caso objeto de estudio, no resultan idóneos ni eficaces. En efecto, está en discusión la posible vulneración de derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional. Lo anterior, toda vez que la accionante es una mujer transgénero que solicita la realización de procedimientos médicos para la garantía de su derecho fundamental a la identidad de género.

63. Aunque este punto será desarrollado con más detalle en páginas posteriores, por ahora basta con indicar que la Corte Constitucional ha señalado, por un lado, que las personas transgénero son un grupo históricamente discriminado y marginado, víctimas de múltiples formas de violencia y que encuentran mayores obstáculos para el goce efectivo de sus derechos. Por ello, ha dicho, son sujetos que requieren una especial protección constitucional. Por otro lado, la jurisprudencia ha sostenido que la identidad de género es un derecho fundamental porque es un aspecto que está íntimamente ligado con la definición de la persona, su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad.

64. Adicionalmente, de acuerdo con las pruebas que obran en el expediente, la negativa de Colmédica ha generado afecciones en el estado de salud mental de la accionante. Ello refuerza la urgencia de la intervención del juez constitucional en este caso.

65. En cuanto a la Superintendencia Nacional de Salud, es cierto que, en principio, el trámite puede adelantarse por los canales virtuales de que dispone la entidad. Sin embargo, en la Sentencia SU-508 de 2020, la Sala Plena advirtió que esos canales no son idóneos y eficaces. En efecto, en esa providencia, la Sala afirmó: “Las situaciones normativas y la estructural le permitieron a la Corte Constitucional concluir que la Superintendencia de Salud tiene una capacidad limitada respecto a sus competencias jurisdiccionales. Por ello, 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" (subrayado fuera del texto original).

66. En ese sentido, el mecanismo se torna ineficaz ante la imposibilidad de determinar la duración precisa del proceso y, en particular, del término para resolver la segunda instancia [55]. Sumado a que, frente a la materia objeto de controversia, el término contemplado por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, para que la Superintendencia Nacional de Salud emita sentencia de primera instancia, es de veinte días. Las dos circunstancias mencionadas se traducen en una amenaza de los derechos fundamentales cuando se trata de un sujeto de especial protección constitucional por parte del Estado, que requiere una solución pronta a la situación de urgencia en que se encuentra. Así las cosas, teniendo en cuenta que, persisten las circunstancias evidenciadas en dicha sentencia [56], la acción de tutela es procedente.

67. El procedimiento ordinario ante los jueces civiles tampoco resulta eficaz por el tiempo prolongado que puede tomar un trámite de esta naturaleza. En el presente caso, esto se traduciría en una demora desproporcionada en el desarrollo del proceso de afirmación de género en que se encuentra la accionante y, en esa medida, en la posible afectación de sus derechos fundamentales a la dignidad humana y a la identidad de género.

68. En consecuencia, la Sala encuentra que el mecanismo de amparo propuesto en esta oportunidad es procedente y, por lo tanto, se ocupará de analizar el fondo del asunto, para lo cual planteará el problema jurídico y solucionará el asunto en particular.

4. Problema jurídico

69. La Sala Tercera de Revisión se ocupará de resolver el siguiente problema jurídico: ¿Una entidad de medicina prepagada vulnera los derechos fundamentales a la identidad de género y la salud de una persona transgénero, al negarle la autorización para realizarse procedimientos médicos, cuando estos han sido ordenados por los médicos tratantes de la entidad y están orientados a afirmar su identidad de género, al considerar que se trata de procedimientos estéticos y, por tanto, que están excluidos del contrato de medicina prepagada?

70. Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala se referirá a los siguientes temas: (i) el derecho a la identidad de género; (ii) el derecho a la salud y el derecho al diagnóstico de las

personas transgénero en los procesos de afirmación de género; (iii) el alcance de los contratos de medicina prepagada; y, (iv) el concepto de hecho superado. Finalmente, resolverá el caso concreto y anunciará los remedios que se aplicarán al caso.

5. Las personas transgénero y el derecho a la identidad de género. Reiteración jurisprudencial

71. La identidad de género ha sido definida por esta Corte como "la experiencia personal de ser hombre, mujer o de ser diferentes que tiene cada persona y la forma en que aquella lo manifiesta a la sociedad" [57]. De esta manera, la identidad de género es un aspecto que se encuentra íntimamente ligado con la definición misma de la persona y debe ser amparado constitucionalmente en tanto se fundamenta en los derechos a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad [58]. Esta vinculación no solo enmarca la identidad sexual como una expresión legítima y constitucionalmente protegida, sino que también la reconoce como manifestación directa de la capacidad de cada persona para autodeterminarse, definirse y vivir conforme a su propio plan de vida. Al tratarse de un aspecto fundamental de la persona, perteneciente a su esfera más íntima, goza de la máxima protección y no admite la imposición de determinismos ajenos, lo que exige garantizar el respeto irrestricto a la diversidad y a las convicciones y condiciones individuales.

72. En este sentido, la protección a la identidad de género comprende una esfera privada o íntima que incluye la prohibición de las interferencias en los asuntos que sólo conciernen al sujeto; y, también, una esfera externa, en la que la individualidad se expresa y, por tanto, exige del Estado y, en general, de los otros, su respeto y reconocimiento, pues, además, por virtud de la dignidad, existe un derecho a vivir sin humillaciones.

73. En cuanto al término transgénero, la Sentencia T-314 de 2011 señaló que aquel se refiere a una persona que "transita del género asignado socialmente a otro género. En ocasiones, el papel de género asignado por la sociedad no coincide con la perspectiva de la persona, de modo que a veces un sujeto de sexo masculino, se identifica psicológicamente con lo femenino. En este caso, a lo largo de su ciclo vital, estas personas rechazan el rol masculino asignado por la sociedad, asumen su identidad femenina y transitan hacia un rol social femenino". Asimismo, las sentencias T-552 de 2013 y T-771 de 2013 se refirieron a las personas transgénero como aquellas que "viven un género diferente del asignado al nacer, habiendo o no recurrido a cirugías y/u hormonas".

74. Así, una mujer transgénero es "una persona que al nacer fue asignada al género masculino, y la cual se identifica en algún punto del espectro de la feminidad, cualquiera que sea su status transicional y legal, su expresión de género y su orientación sexual" [59]. En contraste,

un hombre transgénero es una persona que al nacer fue asignado al género femenino y se identifica “en algún punto del espectro de la masculinidad, cualquiera que sea su status transicional y legal, su expresión de género y su orientación sexual” [60].

75. En particular, respecto de las personas transgénero, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que son un grupo históricamente discriminado y marginado, que ha sido objeto de múltiples formas de violencia a causa de sus identidades diversas, que no se enmarcan en el código binario que se emplea como principio clasificatorio, según el cual, una persona es hombre o mujer de manera definitiva. Esta ha sido una fuente de dificultad permanente para ser aceptadas como seres humanos igualmente dignos de respeto y consideración. Al respecto, la jurisprudencia ha aclarado que “el problema no se encuentra en estas personas, sino en el patrón cultural de menosprecio que persiste contra ellas, y la resistencia de nuestra sociedad a revisar categorías conceptuales que le impiden comprender toda la diversidad humana que habita entre aquellos dos polos” [61].

76. Ante estas circunstancias de segregación y violencia, la Corte Constitucional ha protegido el derecho de las personas transgénero a definir su identidad sexual y de género y a no ser discriminadas en razón de ella. En este sentido, la Corte Constitucional ha señalado que, a partir del respeto a la dignidad humana reconocida en la Constitución, no es exigible que las personas que no se amoldan a ese sistema binario dejen de ser quienes son para no perturbar o inquietar a quienes no las comprende. Por el contrario, la sociedad tiene el deber de revisar sus esquemas de clasificación y modificar los patrones culturales de exclusión que de ellos se derivan [62].

77. Estas circunstancias generan que, dentro de la comunidad LGBTI, la población transgénero sea uno de los sectores que mayores obstáculos enfrenta para el reconocimiento de su identidad y el goce efectivo de sus derechos. En consecuencia, son las víctimas más vulnerables y sistemáticas de esta comunidad. Según esta corporación, se trata de una población en condiciones de debilidad manifiesta y, en esa medida, gozan de especial protección constitucional [63]. Es así que los integrantes de la comunidad transgénero han sido históricamente víctimas de graves violaciones a sus derechos y su situación socioeconómica evidencia las circunstancias de desprotección y segregación que padecen en diferentes ámbitos de su vida: familiar, laboral, espacial, etc.

6. El derecho de las personas transgénero a acceder a servicios de salud que requieran en el proceso de afirmación de género. Reiteración jurisprudencial

78. La Corte ha reconocido que la garantía del derecho a la salud puede tener un efecto en la materialización de otros derechos, como la identidad de género de las personas transgénero [64]. Ello es así si se tiene en cuenta que para los procesos de afirmación de género es necesario

realizar intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos cuya prestación se enmarca en el sistema de salud. De este modo, la jurisprudencia constitucional ha advertido que se configura una afectación de los derechos fundamentales de las personas transgénero cuando las entidades del sistema de salud imponen barreras injustificadas para acceder a la prestación de los servicios médicos necesarios en el proceso de afirmación de género. En todo caso, ha señalado que todos los servicios médicos deben ser previamente prescritos por un especialista de la salud, para lo cual, se debe haber realizado un diagnóstico efectivo que sustente la necesidad del tratamiento y/o los servicios médicos que se solicitan [65].

79. En este contexto, la Corte ha aplicado dos conceptos: el principio de integralidad y el derecho al diagnóstico. El **principio de integralidad** en la prestación del servicio de salud implica que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador [66]. Al respecto, esta corporación ha señalado en su jurisprudencia que la garantía de todos los servicios y procedimientos necesarios para una persona tiene como finalidad, no solo superar las afectaciones que trastornan sus condiciones físicas y mentales, sino también mantener su integralidad y dignidad personal [67].

80. De este principio se desprende **el derecho al diagnóstico** que comprende el punto base para el restablecimiento de la salud del paciente [68]. La jurisprudencia de la Corte ha señalado que el diagnóstico efectivo está compuesto por tres etapas, a saber: (i) la identificación que supone la realización de los exámenes ordenados por el galeno atendiendo los síntomas del paciente; (ii) la valoración que realiza el especialista a partir de los resultados obtenidos en los exámenes previamente mencionados; y (iii) la prescripción de los procedimientos médicos que se estimen necesarios para el caso concreto de conformidad con el análisis del médico. En este proceso se enmarca un deber en cabeza de los profesionales de la salud de brindar información suficiente, clara, simple e inteligible para que el paciente pueda tomar las decisiones que correspondan sobre el tratamiento a seguir, de acuerdo con lo ordenado por el médico. Esta corporación ha extendido esta carga a las entidades administradoras del plan de beneficios, quienes tienen la obligación de guiar a los usuarios con el fin de materializar su derecho al diagnóstico [69].

81. La Corte Constitucional ha analizado algunos casos que involucran los derechos a la salud y al diagnóstico de las personas transgénero y ha desarrollado un precedente claro al respecto. A continuación, se resumen y sistematizan las principales reglas jurisprudenciales en esta materia.

82. Primero. “El derecho fundamental a la salud comporta la protección de todos aquellos

aspectos que inciden en la configuración de la calidad de vida de las personas, como las dimensiones física, mental y social" [70]. Por ende, "la falta de correspondencia entre la identidad sexual o de género de una persona *trans* y su fisionomía puede llegar a vulnerar su dignidad en la medida en que esa circunstancia obstaculice la construcción de un proyecto de vida y la realización del mismo" [71].

83. Segundo. La garantía de acceso a la atención médica apropiada para las personas transgénero implica reconocer no solo las particularidades de los asuntos de salud relativos a las transiciones emocionales, mentales y físicas al momento de reafirmarse. También, el reconocimiento de la situación de marginación y discriminación que enfrentan como una barrera real de acceso al Sistema de Seguridad Social. En consecuencia, las entidades deben tener una debida consideración de las consecuencias emocionales que sufre una persona que ha sido históricamente discriminada [72].

84. Tercero. El diagnóstico médico de *transgenerismo* o *disforia de género* permite el acceso a la atención médica adecuada para las personas que buscan una correspondencia entre su cuerpo y su identidad sexual o de género mediante un proceso de afirmación sexual. El diagnóstico es necesario para acceder a la atención y prescripción de los procedimientos adecuados, sin que ello implique una designación del *transgenerismo* como una enfermedad o una anormalidad de salud. Su objetivo es posibilitar el acceso a los procedimientos necesarios para alcanzar el mayor nivel de salud, desde una comprensión integral, teniendo en cuenta que aquel no está asociado únicamente a la mera ausencia de una enfermedad [73]. Por ello, el acceso a la salud integral de las personas que buscan su reafirmación sexual mediante cirugías no puede estar supeditado a estas categorizaciones.

85. Cuarto. Los procedimientos quirúrgicos ordenados en el marco del proceso de afirmación de género no son de naturaleza estética. Desde una perspectiva integral del derecho a la salud [74], es claro que la disyuntiva entre el sexo y la identidad de género puede generar graves afectaciones al bienestar y salud de los pacientes, y puede suponer una barrera para el goce efectivo de otros derechos como la identidad de género y la dignidad. Adicionalmente, este tipo de cirugías pueden tener una función reparadora o funcional, o garantizar el derecho a una vida sexual sana [75].

86. Quinto. Cuando una entidad de salud niega la atención médica apropiada a que tienen derecho las personas transgénero —por ejemplo, cuando se abstiene de autorizar procedimientos prescritos por su médico bajo el argumento de que su vida o integridad física no están en riesgo—, vulnera sus derechos fundamentales a la salud, al libre desarrollo de la personalidad y a la autodeterminación sexual [76].

87. Sexto. Es fundamental que los procedimientos y exámenes sean prescritos por un médico que conozca el historial clínico del paciente y las condiciones de su caso concreto, pues no existe un paquete único y estandarizado de servicios para el proceso de afirmación de género [77].

88. Séptimo. Si la persona accionante no tiene una prescripción médica del procedimiento o servicio que solicita, en todo caso, la entidad responsable de la prestación de los servicios de salud debe proteger su derecho al diagnóstico, de conformidad con el principio de integralidad de la prestación del servicio de salud. En concordancia con ello, tales entidades tienen el deber de entregar toda la información necesaria para que los pacientes entiendan el proceso administrativo por medio del cual pueden acceder a una valoración integral, así como las opciones de servicios que tienen a su disposición según el caso [78].

89. Octavo. Las empresas prestadoras del servicio de salud tienen el deber de garantizar la continuidad en la atención médica. Esta no puede ser interrumpida de forma súbita, pues ello pone en riesgo el goce efectivo de su derecho a la salud, dignidad e identidad de género [79].

90. Finalmente, la Sala hará una mención especial al análisis desarrollado en la **Sentencia T-263 de 2020**. Esta decisión no constituye un precedente por las diferencias en los supuestos de hecho, pero sí desarrolla temas de relevancia para el presente caso. En esta oportunidad, la Corte revisó el caso de una pareja de mujeres transgénero que presentaron una acción de tutela contra su EPS y la empresa de medicina prepagada a la que se encontraban vinculadas. Las accionantes consideraron vulnerados sus derechos fundamentales por la negativa de las accionadas de autorizarles la intervención quirúrgica denominada orquiectomía como parte de su proceso de afirmación de género. La empresa de medicina prepagada alegó que el procedimiento solicitado no tenía una finalidad funcional y estaba excluido del contrato suscrito.

91. Con base en los argumentos sostenidos en los precedentes mencionados, la Sala Segunda de Revisión de la Corte reiteró que “el derecho a la salud de las personas transgénero tiene una estrecha relación con su derecho a la identidad sexual y de género, en la medida que para lograr una coincidencia entre sus características físicas del sexo registrado al nacer y su identidad de género necesitan someterse a un proceso quirúrgico de reafirmación sexual, el cual requerirá de distintos tipos de procedimientos médicos —cirugías o tratamientos hormonales— dependiendo de la valoración integral que realicen los especialistas de la salud en cada caso en particular”.

92. En el caso concreto, encontró que la solicitud presentada por las accionantes no estaba sustentada en una orden médica específica y acudieron a su empresa de medicina prepagada para solicitar la autorización de la cirugía únicamente con la valoración de psiquiatría y urología. En consecuencia, la Sala concluyó que, en principio, la accionada no vulneró el derecho a la

salud de las accionantes “ya que el solo deseo de una persona no es suficiente para que una entidad prestadora del servicio de salud deba autorizar la realización de cirugías, procedimientos o tratamientos hormonales que permitan la reafirmación sexual.”

93. En esa medida, la Corte negó la pretensión de ordenar la cirugía. No obstante, consideró que la negativa de la empresa impidió que las accionantes accedieran a una valoración médica completa, limitando su posibilidad de recibir un diagnóstico efectivo. Esto puso en riesgo sus derechos a la identidad sexual y de género. En consecuencia, la Corte protegió los derechos fundamentales al diagnóstico y a la identidad de las accionantes, y advirtió la necesidad de un acompañamiento claro y adecuado por parte de la empresa de salud. Al respecto, enfatizó en que, para el goce efectivo del derecho a la salud, el paciente requiere un diagnóstico integral, cierto y oportuno, de manera que el especialista pueda determinar las prescripciones más adecuadas.

94. Adicionalmente, dado que en la controversia estaba vinculada una empresa de medicina prepagada, la Sala consideró necesario referirse al ámbito contractual, así como a las obligaciones que debía asumir esa empresa. En este tipo de contratos, que tienen un carácter complementario, el alcance de los servicios está determinado por el acuerdo de voluntades, lo que implica que la compañía está obligada a brindar todos los tratamientos médicos que no estén expresamente excluidos. La Sala precisó que el derecho al diagnóstico no encuentra una distinción respecto de si el servicio es prestado a través de una EPS o derivado de algunos de los planes voluntarios que hubiesen sido adquiridos por el paciente.

95. En esta oportunidad, la Corte Constitucional explicó que la carga de orientación que tienen las EPS sobre los servicios médicos necesarios para el paciente también es exigible para las entidades de medicina prepagada. Para tal efecto, anotó que estas compañías forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y son prestadoras de un servicio privado de interés público, por lo que la relación entre el usuario y la compañía es eminentemente privada, con algunas dimensiones públicas por cuanto involucra la garantía de los derechos fundamentales del contratante. Así, se entiende que el derecho al diagnóstico está contenido en las dimensiones públicas de estos contratos, por lo que no es desproporcionado exigir a las empresas de medicina prepagada cumplir con la carga de información respectiva [80].

96. La Sala advirtió que “las entidades de salud tienen la obligación de brindar a los pacientes interesados en procesos de reafirmación sexual la información suficiente y precisa sobre la necesidad de contar con una valoración integral que permita a los médicos especialistas determinar la condición que requiere de la adecuación sexual, para luego señalar los tratamientos o procedimientos requeridos —normalmente de manera progresiva— en cada caso concreto. Dicha carga supone la posibilidad real de los pacientes de acceder de manera oportuna a las

citas médicas con los especialistas que se consideren competentes, así como a los exámenes médicos que sean necesarios en el proceso de valoración".

97. A partir de lo anterior, concluyó que no era válido calificar como meramente estética la cirugía solicitada, ya que este tipo de procedimientos, cuando son prescritos por el médico tratante, responden a una condición médica concreta. Por ello, no deben considerarse simples intervenciones estéticas, y deben ser cubiertos por el sistema de salud si no están excluidos de manera clara y específica en el contrato. En este contexto, la Sala aclaró que las accionantes ejercieron su facultad de libre elección y elevaron la solicitud del servicio a la empresa de medicina prepagada, y no a la EPS a la que se encontraban vinculadas.

98. En suma, si bien el alcance de los servicios de salud prestados por las empresas de medicina prepagada obedece al ámbito contractual y, en ese sentido, está determinado por el acuerdo de voluntades, estas empresas hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y son prestadoras de un servicio privado de interés público. Así, estos contratos conservan dimensiones públicas que tienen incidencia en la garantía de derechos fundamentales, por lo que no resulta desproporcionado exigirles el cumplimiento de cargas tales como la entrega de la información adecuada, la prestación de los servicios que no estén expresamente excluidos de sus contratos o la garantía del derecho al diagnóstico.

7. Alcance de los contratos de medicina prepagada. Reiteración de jurisprudencia

99. El artículo 169 de la Ley 100 de 1993 habilitó a los ciudadanos la posibilidad de adquirir planes adicionales de salud (PAS) al Plan Obligatorio de Salud (POS) hoy, Plan de Beneficios de Salud (PBS). Entre estos PAS se encuentran los de medicina prepagada. En comparación con el conjunto de garantías mínimas al que tienen derecho los usuarios del servicio público esencial a través del Estado, los planes de medicina prepagada brindan beneficios como la mejor calidad o la mayor cobertura de los servicios, con cargo a los recursos de los mismos usuarios.

100. La Corte Constitucional ha señalado que se trata de "una forma clásica de aseguramiento privado enmarcado en una relación eminentemente contractual regida por la legislación civil y comercial y, por consiguiente, por el principio según el cual, el contrato es ley para las partes" [81]. No obstante, esto no es óbice para la observancia plena de la Constitución, los principios superiores y los derechos fundamentales; y, tampoco descarta el cumplimiento de los mismos deberes que le son exigibles a las EPS, como parte de la prestación regulada del servicio de salud, principalmente cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional.

101. Con el propósito de salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de este tipo de

servicios, la jurisprudencia ha sistematizado los parámetros que esas relaciones contractuales deben seguir:

1. Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al plan [obligatorio] de beneficios.

2. Antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos, cuyo propósito es detectar preexistencias, determinar las exclusiones expresas en el contrato y permitir que el usuario manifieste su intención de continuar con el negocio jurídico, conociendo tales exclusiones.

3. El acuerdo de voluntades debe fundarse tanto en el principio de la buena fe, como en la confianza mutua entre contratantes.

4. Las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben: i) dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; ii) emplear la debida diligencia en la prestación de 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; y iii) actuar dentro del marco normativo que regula la materia.

5. Durante la ejecución del contrato de medicina prepagada la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento.
6. La empresa de medicina prepagada no puede desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato.

7. Se entienden excluidos del objeto contractual únicamente aquellos padecimientos del usuario considerados como preexistencias, cuando previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionadas en las cláusulas de la convención o en sus anexos en relación específica con el afiliado, siempre que ello se halle justificado constitucionalmente.

8. Los contratos de prestación de servicios de salud que contengan exclusiones que exceptúen de manera general o imprecisa ciertas enfermedades o la prestación de determinados servicios de salud, o que lo hagan de manera ambigua, no son oponibles al usuario.

9. Al ser contratos de adhesión, las empresas deben evitar los abusos de posición dominante que puedan darse en el marco de la celebración o ejecución. Especialmente si dichas imposiciones, u omisiones, no se encuentran soportadas en el texto del negocio jurídico e implican el desconocimiento de derechos fundamentales.

10. En caso de duda, ésta debe resolverse a favor de esa parte débil en el contrato, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe, lo que, debidamente probado, ha de invertir los razonamientos jurídicos que se hayan adelantado [82].

102. En los eventos en los que surge una controversia con ocasión de la ejecución de los contratos de medicina prepagada en los que se prevén cláusulas genéricas de exclusión, la Sala Plena y las salas de revisión han reiterado dos reglas: (i) las cláusulas genéricas de exclusión no son oponibles al usuario porque "no sólo violan la igualdad contractual de las partes en perjuicio del afiliado, también constituyen una amenaza a sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida digna y a la integridad personal"[83]; y, (ii) las empresas que administran PAS tienen la carga de realizar una valoración médica del potencial afiliado y solo pueden ser excluidas las enfermedades que se consignen en el contrato al momento de su suscripción.

8. Carencia actual de objeto. Reiteración de jurisprudencia

103. El artículo 86 de la Constitución Política consagró la acción de tutela como un mecanismo regido por un procedimiento preferente y sumario para proteger los derechos fundamentales ante violaciones o amenazas vigentes. Sin embargo, en algunas ocasiones, las circunstancias que originaron la presunta vulneración o amenaza desaparecen y se configura una carencia actual de objeto. En ese caso, la acción de tutela pierde su soporte y razón de ser [84].

104. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que, en estos casos, es posible aprovechar los escenarios ya resueltos para avanzar en la comprensión de un derecho o para tomar medidas frente a prominentes violaciones de derechos fundamentales. En esa línea, la carencia actual de objeto se puede dar en tres eventos: (i) *daño consumado*, cuando la afectación que se pretendía evitar a través de la acción de tutela se perfecciona y resulta imposible cesar la vulneración o impedir que se concrete, pues la orden que se emita ya no puede retrotraer la situación; (ii) *hecho sobreviniente*, cuando las circunstancias fácticas que originaron la acción de tutela varían, ya sea porque el accionante asume directamente una carga que no le correspondía, un tercero logra hacer que se satisfaga la pretensión principal, es imposible dictar una orden para cumplir las pretensiones o el accionante perdió el interés en el resultado del proceso; y, (iii) *hecho superado*, cuando se satisface lo pedido antes de que se dicte una orden de amparo al respecto. En este escenario, el juez debe verificar que efectivamente se satisfizo por completo la pretensión y que el sujeto pasivo actuó voluntariamente [85].

105. En el marco de lo anterior, los tres escenarios en los que puede presentarse una carencia actual de objeto llevan a que, en principio, la acción de tutela pierda su razón de ser y que no sea necesario un pronunciamiento de fondo por parte del juez constitucional. Esto, sin perjuicio de

que, en razón de circunstancias particulares, la Sala considere necesario desarrollar algún aspecto en concreto o emitir una orden adicional.

106. La Corte Constitucional ha aclarado que el hecho superado no se configura cuando la conducta o abstención de la accionada, que implica la satisfacción de los derechos presuntamente vulnerados, se fundamenta en la orden de los jueces de tutela de instancia. Ello es así porque en estos casos se trata del cumplimiento de la orden judicial que, precisamente, es objeto de análisis en segunda instancia o en sede de revisión ante la Corte Constitucional. Lo anterior tiene sentido, si se tiene en cuenta que, de acuerdo con el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, el fallo que concede la tutela es de observancia inmediata, toda vez que debe cumplirse "sin demora" y sin que sea necesario que se haya resuelto la impugnación o agotado el trámite de revisión por parte de esta corporación. En este sentido, admitir que en estos eventos se configura la carencia actual de objeto por hecho superado implicaría restarle efectos a la posibilidad de impugnar el fallo del juez de primera instancia o, incluso, la revisión por parte de la Corte Constitucional [86].

9. Caso concreto

9.1. Recapitulación de los hechos probados y contextualización del caso concreto

107. *Victoria* es una mujer transgénero de 33 años que se encuentra en un proceso de afirmación de género. A partir de 2018 está recibiendo acompañamiento psicológico privado y desde 2019 inició su proceso médico con el acompañamiento de una endocrinóloga adscrita a Colmédica, empresa de medicina prepagada con la que suscribió un contrato de cubrimiento adicional desde 2013.

108. En febrero de 2024, *Victoria* fue atendida por un cirujano plástico adscrito a un centro médico de la empresa de medicina prepagada accionada, quien le ordenó exámenes iniciales para el proceso de feminización facial. Colmédica, por su parte, en marzo de 2024 negó la autorización de esos servicios por considerar que se encontraban dentro de la cláusula de exclusiones del contrato. A su juicio, se trataba de exámenes relacionados con una cirugía estética.

109. En junio de 2024, la médica endocrinóloga que sigue el proceso de afirmación de género de *Victoria* indicó que la paciente había suspendido su proceso hormonal por desabastecimiento del medicamento desde septiembre de 2023 y la remitió a valoración por urología y cirugía plástica para los procedimientos de afirmación genital, feminización del rostro y mamoplastia. En agosto de 2024, Colmédica negó la autorización del procedimiento quirúrgico de mamoplastia, también por considerar que se trata de una cirugía estética y, por lo tanto, está excluida del

contrato de medicina prepagada.

110. Con fundamento en esos hechos, en enero de 2025, *Victoria* presentó la acción de tutela que se encuentra en sede de revisión. El juez que conoció el asunto en primera instancia, en febrero de ese mismo año, resolvió amparar los derechos fundamentales invocados por la accionante y le ordenó a Colmédica cubrir los tratamientos, intervenciones, procedimientos, medicamentos y demás servicios que ella requiera y que garantice el tratamiento integral. Colmédica impugnó la decisión e insistió en que los servicios solicitados por *Victoria* son de carácter estético.

111. Mientras que se resolvía la impugnación y en cumplimiento de la orden dictada por el juez de primera instancia, Colmédica autorizó la realización de la cirugía de mamoplastia. Esta tuvo lugar el 28 de febrero de 2025. Después, en marzo de 2025, el juez que conoció la acción de tutela en segunda instancia revocó la decisión de primera y, en su lugar, requirió a Aliansalud, la EPS a la que se encuentra vinculada *Victoria*, que atendiera las solicitudes que eleve la accionante. En junio de 2025, Colmédica reiteró la no autorización de los exámenes médicos inicialmente prescritos para continuar con el procedimiento de afirmación de género.

112. Bajo ese contexto, la Sala abordará el estudio del problema jurídico planteado, relativo a la posible vulneración de los derechos fundamentales a la identidad de género y la salud de *Victoria* por parte de Colmédica.

9.2. Si bien se autorizó la realización de una de las cirugías solicitadas por la accionante, no se configuró la carencia actual de objeto

113. Como se mencionó previamente, la carencia actual de objeto es un fenómeno que se configura cuando las circunstancias que originaron la presunta vulneración o amenaza de los derechos fundamentales desaparecen.

114. Una de las pretensiones planteadas por la accionante tenía que ver con la autorización de la cirugía de mamoplastia por parte de Colmédica, la empresa de medicina prepagada a la que se encuentra vinculada, como parte de su proceso de afirmación de género. De acuerdo con las pruebas practicadas en sede de revisión, en la historia clínica de la accionante, la Sala constató que el 28 de febrero de 2025, Colmédica practicó la intervención quirúrgica denominada mamoplastia de aumento.

115. En su intervención, la accionada manifestó que autorizó la realización de dicho procedimiento quirúrgico en cumplimiento de lo ordenado por el juez de primera instancia, quien resolvió amparar los derechos de la accionante y ordenó la garantía de todos los servicios

médicos que ella requiera en el proceso de afirmación de género. No obstante, insistió en que no tiene el deber de asumir el costo de estos servicios, pues se encuentran excluidos del contrato que suscribió con la accionante.

116. A partir de lo anterior, la Sala concluye que, en principio, la pretensión principal de la accionante puede entenderse parcialmente satisfecha. Esto es así porque Colmédica Medicina Prepagada autorizó y llevó a cabo la cirugía de mamoplastia de aumento para afirmación de género. No obstante, ello no supone la configuración del fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado por dos razones. Primera, Colmédica aún no ha autorizado y realizado todos los exámenes y procedimientos para la feminización facial, tal como fueron prescritos por los médicos tratantes. Y, segunda, no se cumplen los presupuestos previstos en la jurisprudencia constitucional para que se declare la existencia del aludido fenómeno. En efecto, la accionada no actuó voluntariamente, pues la autorización del procedimiento quirúrgico fue el resultado de la orden emitida por el juez de tutela en primera instancia. Incluso, en sede de revisión, Colmédica insistió en que no tiene el deber de asumir los costos de los procedimientos solicitados por la accionante.

117. Ahora bien, podría pensarse entonces que se configuró una carencia actual de objeto por situación sobreviniente, en tanto las circunstancias fácticas que originaron la acción de tutela variaron por la intervención de quien podría ser visto como un tercero: el juez de tutela en primera instancia. No obstante, según la jurisprudencia, ello no debe entenderse de tal manera, pues implicaría vaciar de contenido la posibilidad de impugnar una decisión de primera instancia o la facultad de revisión de la Corte Constitucional.

118. Así las cosas, la Sala continúa con el análisis de fondo del asunto porque no se configuró una carencia actual de objeto.

9.3. Colmédica Medicina Prepagada vulneró los derechos a la salud, a la identidad de género y al diagnóstico de la accionante

119. En esta oportunidad, la Sala debe determinar si Colmédica Medicina Prepagada vulneró los derechos a la salud y la identidad de género de *Victoria*, al no autorizar que se le realizaran los exámenes previos relacionados con el procedimiento de feminización facial y el procedimiento quirúrgico de mamoplastia de aumento para la afirmación de género tal como fueron prescritos por los médicos tratantes, bajo el argumento de que son de carácter estético y, por tanto, están excluidos del contrato de medicina prepagada suscrito entre las partes.

120. Como se expuso en las consideraciones generales de esta decisión, el derecho a la salud de las personas transgénero guarda una estrecha vinculación con su derecho a la identidad de

género. El proceso de afirmación requiere, en muchos casos, de una adecuación entre las características físicas asociadas al sexo asignado al nacer y la identidad de género autopercibida. Esta adecuación puede implicar la realización de intervenciones quirúrgicas o tratamientos hormonales, cuya necesidad debe ser determinada con fundamento en una valoración médica integral efectuada por profesionales de la salud, atendiendo siempre a las particularidades de cada caso.

121. En este contexto, la Corte ha sostenido que se configura una vulneración a los derechos fundamentales de las personas transgénero cuando las entidades del sistema de salud imponen barreras injustificadas para el acceso a servicios médicos. Ante la constatación de tales obstáculos, esta corporación ha ordenado la prestación efectiva del tratamiento requerido. Se debe reiterar que, conforme a la línea jurisprudencial consistente expuesta previamente, la procedencia de los servicios médicos en este ámbito está supeditada a que estos hayan sido prescritos por un profesional de la salud competente, con base en un diagnóstico clínico que concluya con la prescripción del tratamiento de afirmación de género, de conformidad con las etapas previamente descritas: (i) la identificación que supone la realización de los exámenes ordenados por el médico atendiendo a las condiciones del paciente; (ii) la valoración que realiza el especialista a partir de los resultados obtenidos en los exámenes previos; y, (iii) la prescripción de los procedimientos médicos.

122. En el asunto objeto de análisis, de acuerdo con las pruebas allegadas al expediente, está demostrado que el requerimiento de la accionante se fundó en las órdenes médicas específicas emitidas por el médico tratante. En concreto, los exámenes iniciales para el procedimiento de feminización facial, consistentes en una tomografía computada de senos paranasales o cara y una tomografía computada en reconstrucción tridimensional, fueron prescritos en dos ocasiones por el cirujano plástico adscrito a la empresa Colmédica: la primera, el 14 de febrero de 2024 y, la segunda, el 19 de febrero de 2025. A su vez, la accionada negó la autorización de estos exámenes el 8 de marzo de 2024 y el 24 de junio de 2025, con el argumento de que están excluidos del contrato de medicina prepagada por estar relacionados con una cirugía estética.

123. El procedimiento quirúrgico de mamoplastia de aumento fue ordenado el 12 de junio de 2024 por la médica endocrinóloga que ha acompañado todo el proceso de afirmación de género de *Victoria*. La autorización respectiva fue negada el 16 de agosto de 2024 con el mismo argumento: tal procedimiento se encuentra excluido del contrato de medicina prepagada por tratarse de una cirugía estética.

124. En relación con la respuesta brindada por Colmédica, y siguiendo con lo mencionado en las consideraciones generales de esta providencia, es necesario mencionar que, tratándose de los contratos de medicina prepagada, las empresas de medicina prepagada se encuentran

obligadas a proporcionar al paciente todo tratamiento médico no excluido de manera expresa en el contrato.

125. En el presente caso, la Sala observa que la cláusula décimo octava del contrato aportado por la empresa accionada y, en concreto, el numeral 18.2 establecen que los procedimientos de "naturaleza estética" están excluidos de los servicios cuya prestación es obligatoria. Al respecto, según lo ha constatado por esta corporación en decisiones precedentes, las cirugías de mamoplastia y feminización facial, cuando forman parte del proceso de tránsito para la afirmación de la identidad de género, no son estéticas y, por tanto, en el asunto de la referencia, deben ser asumidas por Colmédica Medicina Prepagada.

126. En este orden, no es posible atribuirle tal obligación a la EPS a la cual la accionante se encuentra afiliada. La usuaria ejerció su facultad de libre elección y solicitó a la empresa de medicina prepagada, previa orden médica, que le brindara los servicios que no están expresa y taxativamente excluidos del contrato [87]. Ello es así de conformidad con el artículo 2.2.4.2 del Decreto 780 de 2016[88] según el cual "el usuario de un plan voluntario de salud podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan".

127. Ahora bien, ya se indicó que las compañías de medicina prepagada, conforme al principio de buena fe contractual, tienen la carga de suministrar a sus usuarios información clara, precisa y suficiente. El despacho observa que, de acuerdo con la solicitud presentada por la accionante a Colmédica, relacionada con los exámenes iniciales requeridos para el procedimiento de feminización facial (tomografía computada de senos paranasales o cara, y una tomografía computada con reconstrucción tridimensional), para ese momento la paciente aún se encontraba en etapa de diagnóstico por parte del médico especialista. Así, era el médico cirujano plástico, y no Colmédica, quien debía establecer cuál era el paso a seguir después de tener el resultado de los exámenes ordenados.

128. Por lo tanto, sin hacer una categorización previa del tipo de procedimiento solicitado, la empresa accionada debió permitir que la accionante continuara con su proceso de valoración con el médico tratante. La respuesta de Colmédica ante la solicitud de la accionante no permitió que lograra un diagnóstico efectivo, y solo pudo llegar hasta la primera etapa de valoración en lo que se refiere al proceso de feminización facial, sin siquiera poder acceder a la realización de los exámenes ordenados. En consecuencia, la Sala advierte que la respuesta de Colmédica Medicina Prepagada vulneró el derecho al diagnóstico de la accionante y puso en riesgo sus derechos fundamentales a la salud y a la identidad de género.

129. En relación con la pretensión de que sea autorizada y realizada la cirugía de mamoplastia

de aumento, si bien, como se expuso antes, dicha cirugía ya fue realizada, para la Sala es claro que Colmédica no actuó con la debida diligencia en relación con la materialización de los derechos a la salud y la identidad de género de la accionante. En efecto, como se expuso en las consideraciones generales, la garantía de estos derechos de las personas transgénero que se encuentran en proceso de afirmación de género implica que (i) los servicios de salud prescritos por el medido tratante se presten de manera oportuna, eficaz e integral; (ii) no se impongan obstáculos de carácter administrativo que impidan al sujeto llevar a buen término el proceso de afirmación de sexo; (iii) no se considere que los procedimientos médicos ordenados por los profesionales de la salud, que tengan como fin lograr la afirmación, son de carácter simplemente estético, y (iv) no se pierda de vista que el diagnóstico de estas personas es de gran importancia, porque tienen derecho a ser valoradas de manera adecuada y completa y a ser informadas sobre los procedimientos y tratamientos que se deben adelantar para lograr la afirmación de género.

130. Así, en cuanto a la cirugía de mamoplastia, Colmédica desconoció los derechos de la accionante por varias razones: primera, el servicio de salud fue prescrito por su médico tratante y, a pesar de ello, no fue prestado de manera oportuna, eficaz ni integral, pues su autorización solo se dio como efecto de la orden emitida por el juez de tutela de primera instancia. Segunda, la accionada impuso obstáculos administrativos injustificados porque negó la autorización del procedimiento bajo el argumento equivocado de que se trataba de una cirugía estética. Y, tercera, Colmédica impidió a la accionante el acceso a un adecuado y completo diagnóstico médico.

131. Para terminar, la Sala debe referirse a la pretensión de la accionante consistente en que se le ordene a Colmédica brindarle la atención integral que requiera según su identidad de mujer transexual y su proceso de tránsito de sexo y género sin dilaciones ni demores injustificadas. Al respecto, se debe señalar que el juez de tutela no puede amparar la prestación de servicios futuros e inciertos. Es imposible determinar si los médicos tratantes establecerán que la paciente requerirá un servicio de salud. En todo caso, es necesario reiterar que el derecho fundamental a la salud debe ser garantizado, de acuerdo con la prescripción de los médicos tratantes.

132. Así, en atención al principio de integralidad, según la jurisprudencia constitucional citada, el servicio de salud prestado por las entidades del Sistema de Salud debe contener todos los componentes que el médico tratante establezca como necesarios para el pleno restablecimiento del estado de salud y la mitigación de las dolencias de la paciente. Por tanto, tales empresas no podrán fraccionarlos, separarlos o elegir cuál de ellos aprueba en razón de intereses económicos u obstáculos administrativos [89].

133. Si bien no es posible acceder a solicitudes de servicios indeterminados porque la integralidad del servicio de salud no puede ser entendida en términos abstractos, en este caso, la accionante sí tiene un diagnóstico determinado. No obstante, no ha completado el proceso de

valoración médica al cual tiene derecho. En consecuencia, a futuro, Colmédica no podrá negar ni obstaculizar el acceso a los procedimientos o servicios que los médicos tratantes prescriban a la accionante en el marco del proceso de afirmación de género.

134. Al respecto, la Sala encontró probado que la accionante ha visto interrumpido su tratamiento hormonal, lo que ha tenido consecuencias negativas en su estado de salud mental y emocional, según lo certificaron su psicólogo y psiquiatra. De esta manera, con el fin de fortalecer la garantía del derecho a la salud integral de la accionante y en virtud de su derecho al diagnóstico, Colmédica deberá prestarle los servicios necesarios para que los médicos tratantes evalúen la necesidad de continuar con ese tratamiento o acceder a uno alternativo.

135. En conclusión, la empresa Colmédica Medicina Prepagada infringió las obligaciones derivadas de la protección de los derechos a la salud y a la identidad de género de *Victoria*, pues no le brindó un servicio eficaz, oportuno e integral que hiciera posible su proceso de afirmación de género. Al contrario, le impuso obstáculos administrativos que impidieron el acceso a las intervenciones y valoraciones médicas que los profesionales de la salud consideraron necesarios en el caso concreto. A su vez, este entorpecimiento interfirió en su pretensión legítima de manifestar su identidad de género a través de modificaciones corporales con procedimientos médicos, prescritos por su médico tratante. Adicionalmente, omitió la satisfacción del principio de integralidad de los servicios de salud, según el cual las entidades prestadoras del servicio de salud deben garantizar el mayor nivel posible de salud y vida en condiciones dignas. Esta conducta vulneró, además, el derecho al diagnóstico de la accionante.

136. Por las anteriores razones, la Sala revocará la sentencia de segunda instancia dictada el 3 de marzo de 2025 por el Juzgado 004 Civil del Circuito de Bogotá y, en su lugar, confirmará parcialmente la sentencia de primera instancia dictada por el Juzgado 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá, que amparó los derechos de *Victoria* a la salud, la identidad de género y el diagnóstico. Esta decisión se debe a que, a diferencia de lo considerado por esta Sala, dicha autoridad judicial ordenó al Colmédica el suministro del tratamiento médico integral. En párrafos anteriores se indicaron las razones por las cuales ello no es procedente: aunque la accionante cuenta con un diagnóstico, no se ha completado el proceso de valoración médica que determine con precisión los servicios que requiere.

137. En consecuencia, la Sala ordenará a Colmédica Medicina Prepagada que autorice los exámenes ordenados por el médico cirujano que fueron negados y que aún no han sido realizados, preste la atención necesaria para que los médicos tratantes determinen la necesidad de continuar con el tratamiento hormonal que se vio interrumpido y, si es necesario, le proponga alternativas dirigidas a garantizar su estado de salud. Asimismo, le advertirá que, en virtud del principio de integralidad, garantice que *Victoria* pueda continuar con los procedimientos,

tratamientos, servicios, intervenciones y/o medicamentos que los médicos tratantes le ordenen, en virtud del proceso de afirmación de género en el que se encuentra, sin imponerle obstáculos administrativos.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero. Revocar la sentencia dictada en segunda instancia por el Juzgado 004 Civil del Circuito de Bogotá, el 3 de marzo de 2025 y, en su lugar, **confirmar parcialmente** la sentencia dictada en primera instancia por el Juzgado 31 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá el 10 de febrero de 2025, en lo relativo al amparo de los derechos fundamentales de *Victoria* a la salud, la identidad de género y el diagnóstico, en los términos expuestos en esta providencia.

Segundo. Ordenar a Colmédica Medicina Prepagada que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia adelante la autorización y practique los exámenes ordenados por el médico cirujano a favor de *Victoria*, para continuar con el proceso de tránsito para la afirmación de su identidad de género. En el mismo término, Colmédica deberá prestarle la atención necesaria para que los médicos determinen la necesidad de continuar con el tratamiento hormonal que se vio interrumpido y, si es necesario, le proponga alternativas dirigidas a garantizar su estado de salud.

Tercero. Advertir a Colmédica que, en lo sucesivo, se abstenga de interponer obstáculos administrativos a *Victoria* para acceder a los procedimientos, tratamientos, servicios, intervenciones y/o medicamentos que los médicos tratantes le ordenen, en virtud del proceso de afirmación de género en el que se encuentra.

Cuarto. Desvincular a la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y el centro de atención psicológica Liberarte del proceso de tutela, por las razones expuestas en esta providencia.

Quinto. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, la Secretaría General de la Corte Constitucional librará las comunicaciones correspondientes. El juez de tutela

de primera instancia hará las notificaciones a las partes y tomará las medidas necesarias para el cumplimiento de esta sentencia.

Comuníquese y cúmplase,

2. NORMATIVA

2.1. DECRETOS

2.1.1. Decreto 1437 de 2025

Por el cual se adopta el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN), y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, es responsabilidad del Estado la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo ello lo correspondiente a la prestación de servicios de salud, considerando para tal fin la participación de los particulares.

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

Que los artículos 42,43 Y 44 de la Ley 715 de 2001 establecen las competencias a cargo de la Nación, los departamentos, distritos y municipios, dentro de las cuales se encuentra formular las políticas, planes, programas y proyectos para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011, adicionó el numeral 42.22 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, en el sentido de fijar como competencia de la Nación realizar aprobación de los Planes Bienales de Inversiones Públicas de los departamentos y distritos, en los términos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, y modificó el numeral 43.2.7 del artículo 43 de la misma Ley, precisando que es competencia de las entidades territoriales departamentales y distritales en el sector salud, avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud que les sean

presentados y correspondan a los municipios de su jurisdicción, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud .

Que la Ley 1751 de 2015 establece en el artículo 6° que es responsabilidad del Estado garantizar el derecho fundamental a la salud y la prestación de servicios de salud con base en elementos esenciales e interrelacionados, como es la disponibilidad de existencia de servicios, tecnologías, instituciones, programas de salud y personal médico y profesional competente; la progresividad del derecho, bajo el cual el Estado promoverá la ampliación gradual y continua del acceso a dichos servicios procurando su mejora, el aumento de su capacidad instalada y del talento humano1que le es inherente, así como entre otros, el de accesibilidad, conforme al cual los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad.

Que por su parte, el artículo 7 de la Ley 1966 de 2019 establece que los departamentos, en coordinación con los municipios de su jurisdicción, y los distritos, deben reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos y, promover la racionalización de 'servicios y el control de la oferta de los prestadores en su territorio, privilegiando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en materia del control de integraciones empresariales y además las normas especiales que aplican al sector salud sobre tales materias.

Que la Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social modificada por la Resolución 2367 de 2023, adopta el Plan Decenal Para la Salud Pública 2022-2031, conforme a lo ordenado en los artículos 6 y 7 de la Ley 1438 de 2011, definiendo sus objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento, y mecanismos de evaluación, así como la respectiva Coordinación Intersectorial, e igualmente, contempla dentro de sus ejes estratégicos, contar con una estrategia de Atención Primaria en Salud fortalecida en su capacidad de responder coordinada, integral, sostenible y participativamente a las necesidades en salud de personas, familias y comunidades atendiendo a diferenciales poblacionales y territoriales, desarrollando para ello redes integrales e integradas bajo condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad que faciliten la coordinación entre los distintos servicios ¡sociales, sociosanitarios y de salud existentes en el territorio, coordinadas desde la entidad territorial y articuladas con las redes integradas de servicios de salud la cargo de las entidades promotoras de salud , prestadores y de las mismas entidades territoriales.

Que la Corte Cqnstitucional en Sentencia C-313 de 2014 establece que la organización en redes de servicios incide directamente en la garantía de la eficacia y acceso a los servicios de salud

que permiten materializar el derecho fundamental a la salud y, precisó la diferencia de "redes integrales" y "redes integradas", indicando que las redes integrales son aquellas que cuentan , en su estructura, *“con instituciones y tecnologías en cada una de las especialidades, con el fin de garantizar una cobertura global frente a las distintas contingencias en materia de salud" .* Por su parte, definió las redes integradas a *"sistemas interinstitucionales, concebidos como una unidad operacional, lo que* no *implica necesariamente la disponibilidad de todos los servicios requeridos para atender el mayor número posible de situaciones, puesto que, de su etimología,* se *desprende la idea de varias entidades articuladas bajo un orden funcional, mas* no *el propósito de atender la demanda de la salud* en *todos sus ámbitos";* sin embargo no son excluyentes en sí mismas, por el contrario, se complementan, entendiéndose que la red integral de salud garantiza todas las coberturas necesarias al paciente, y la red integrada de servicios es la unidad operativa y funcional que permite garantizar la primera.

Que, el literal a. del numeral 1 del catalizador B de la parte 2 del documento "*Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida",* que hace parte integral de la Ley 2294 de 2023, determina que se buscará hacer efectiva la Atención Primaria en Salud (APS), entre otras cosas, a través de la recuperación, fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación.

Que el artículo 164 de la citada Ley 2294 de 2023 modificó el artículo 65 de la Ley 715 de 2001, en el que se estableció que cada diez (10) años, en sincronía con el período del Plan Decenal de Salud Pública, el Gobierno Nacional preparará y formulará el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) con la participación de las secretarías de salud departamentales y distritales, proponiendo un plan maestro de inversiones públicas en infraestructura y dotación en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, así como la dotación, equipamiento y equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine, estableciendo en el parágrafo tercero que mientras se consolidan los PMIDS, continúan vigentes los Planes Bienales de inversión de las entidades territoriales.

Que mediante Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establecieron disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, con el propósito de fortalecer la gobernabilidad y gobernanza democrática de la salud, el reconocimiento de la diversidad cultural-social, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), la conformación de redes integradas e integrales de salud según lo previsto en la Ley 1438 de 2011, en concordancia con la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, definir acciones respecto del cambio climático y la prevención y atención de las

emergencias y desastres en el territorio, integrar la generación y gestión del conocimiento y la soberanía sanitaria, el desarrollo de estrategias que mejoren las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.

Que mediante Resolución 2373 de 2025 el Ministerio de Salud y Protección Social definió la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS).

Que, en virtud de lo anterior, y en cumplimiento del artículo 65 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, se hace necesario adoptar el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN).

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA

CAPITULO I
PLAN MAESTRO DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD NACIONAL (PMIDSN)

ARTÍCULO 1. Objeto. Adóptese el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN), que estará constituido por:

1. Anexo No. 1. Tablas indicativas de cumplimiento de estándares y cumplimiento de metas.
2. Anexo No. · 2. Acciones orientadoras para la planificación, diseño y operación de infraestructuras en el sector salud para el cumplimiento de estándares, étnicos y ambientales.
3. Anexo No. 3. Implementación de la Metodología BIM.
4. Documento Técnico de Soporte y sus apéndices técnicos:
   - Apéndice, 1- Detalle de resultados de desenlaces por municipio.
   - Apéndice 2- Análisis de accesibilidad por departamento.
   - Apéndice 3- Planimetría a nivel país.
   - Apéndice 4- Tablas de priorización de análisis de cambio climático.
   - Apéndice 5- Fichas de talleres de socialización.
   - Apéndice 6- Aplicación de estándar a cabeceras municipales.
   - Apéndice 7- Regresión estadística - Escenario 3 rural.
   - Apéndice 8- Regresión estadística Escenario 3 Cabecera.

ARTICULO 2. **Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en el presente acto adm1inistrativo serán aplicables a los departamentos y distritos, en razón y de acuerdo con las competencias en salud otorgadas en la Ley 715 de 2001.

Parágrafo. Se excluyen de la aplicación de la presente disposición, las inversiones públicas en salud que realicen las entidades que hacen parte de los regímenes de excepción, previstos en la Ley 100 de 1993.

ARTICULO 3. Objetivo del Plan. El PMIDSN busca fortalecer el acceso a la Red pública de prestadores de servicios de salud, direccionando e integrando estratégicamente decisiones, acciones, y recursos dirigidos a la recuperación, modernización, restauración, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento y reposición de Infraestructura, y adquisición de dotación biomédica, equipamiento fijo, unidades móviles, unidades de transporte, y tecnologías de información y comunicaciones de las sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del país, reduciendo las brechas identificadas y respondiendo a las necesidades de los individuos, familias y comunidades en concordancia con ~u entorno geográfico, social, cultural y económico.

ARTICULO 4. Plazo de ejecución del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN). El PMIDSN se ejecutará por un término de diez (10) años, con excepción del primero, el cual tendrá una vigencia de seis (6) años contados a partir del año 2025 en sincronía con la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031.

Parágrafo. Durante el período del primer PMIDS se contemplan plazos de ejecución de corto, mediano y largo plazo. Para tales efectos, se entenderá el corto plazo como el período comprendido entre la fecha de publicación de este Decreto hasta el año 2026, el mediano plazo desde el 2027 hasta el año 2029 y el largo plazo desde el año 2030 hasta el año 2031.

ARTICULO 5. Estrategias. Para el cumplimiento del PMIDSN, se establecen las siguientes estrategias:

a. Estrategias para la Equidad social y territorial:

i. Fortalecimiento de las sedes de prestadores públicos del nivel primario y complementario, aumentando la capacidad instalada requerida para cada uno de los territorios, a través de acciones de recuperación, modernización, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento sísmico estructural, reposición o restauración de infraestructura, y adquisición de dotación, equipamiento fijo, tecnologías de información y comunicaciones de las sedes de los prestadores públicos del país.

ii. Construcción de nuevas sedes de prestadores públicos para el aumento de la oferta de servicios, buscando generar cobertura en todos los municipios del país, tanto en sus zonas urbanas como rurales.

b. Estrategias para la Accesibilidad:

i. Localización de sedes de prestadores públicos en áreas que faciliten la reducción del tiempo de desplazamiento empleado por las personas para acceder a servicios de salud, considerando la diversidad de condiciones del territorio, y su emplazamiento con enfoque de equidad, rentabilidad social y razonabilidad técnica.
ii. Implementación de infraestructuras móviles (marítimas, terrestres y fluviales) para garantizar, de forma complementaria, el acceso a servicios de poblaciones localizadas en zonas rurales, dispersas y de mayor restricción física.
iii. Mejora y complementación de la oferta de transporte asistencial en todas sus modalidades (aéreo, marítimo y fluvial) en procura de garantizar el traslado de pacientes a los servicios de salud, en especial, en aquellos municipios cuyo tipo de acceso a nivel general no corresponde al terrestre, y/o en aquellos con mayores restricciones geográficas y/o en donde se produce en mayor volumen el fenómeno de la siniestralidad vial.
iv. Adquisición de hardware, software e implementación de elementos para facilitar la conectividad digital, para mejorar la cobertura y facilitar la implementación de servicios de salud en modalidad de telemedicina especialmente en áreas rurales o de difícil acceso.

c. Estrategias para el Reconocimiento y la Articulación Intersectorial:

i. Adaptación de los servicios de salud a las condiciones poblacionales predominantes, considerando las morbilidades de mayor prevalencia.
ii. Implementación de áreas, ambientes o servicios adaptados a las condiciones particulares de las comunidades, así como la incorporación de ajustes razonables en los elementos en la infraestructura y dotación biomédica, en función de las condiciones socio culturales y del entorno.
iii. Cumplimiento progresivo y racional de pactos, compromisos, acuerdos, sentencias y mandatos acordados con grupos poblacionales, de forma equitativa y proporcional a las posibilidades de los prestadores de servicios, dimensionados considerando la población del territorio donde se localizan, sin perjuicio de su etnia o condición.
iv. Articulación intersectorial para favorecer el desarrollo de proyectos de forma complementaria a otros servicios sociales (de educación, cultura recreación, o bienestar), incidiendo en el comportamiento de determinantes sociales de la salud.

v. Gestionar procesos para la vinculación de otros sectores de gobierno, permitiendo una mejor lectura de las necesidades poblacionales y territoriales.

d. Estrategias para la Sostenibilidad ambiental y adaptación al cambio climático:

i. Mejoramiento de las condiciones arquitectónicas, ambientales y de confort de las sedes de prestadores públicos, adecuándolos a los estándares contemplados en la normatividad vigente, favoreciendo el bienestar de los usuarios.
ii. Renovación de la dotación hospitalaria en las sedes de prestadores público con mayores índices de obsolescencia tecnológica.
iii. Implementación de medidas de mitigación de riesgos y/o adaptación al cambio climático.
iv. Implementación de medidas dirigidas a garantizar la accesibilidad universal, dignificar la atención y garantizar la seguridad de las edificaciones y sus ocupantes.
v. Desarrollar infraestructuras con capacidad de permanecer funcionales en situaciones de desastre e implementar medidas de mitigación para reforzar las infraestructuras existentes, garantizando su autonomía y suficiencia.

e. Estrategias de Longitudinalidad y continuidad:

i. Generar un Sistema de Información Geográfica de consulta sobre la oferta de prestadores públicos sobre la oferta de sedes de prestadores públicos para dar a conocer a los ciudadanos la oferta que tienen más cercana e incentivar su apropiación.
ii. Incentivar la generación de propuestas de localización, mejora o adaptación de la oferta por parte de la ciudadanía.

f. Estrategias de Gobernanza y gobernabilidad:

i. Revisión y ajuste de los procesos de generación de información técnica y procedimental, para contar con datos de alta calidad y confianza que sirvan de fundamento a la toma de decisiones.
ii. Incentivar la participación de otros Sectores (privado, Banca Multilateral y Organizaciones No Gubernamentales), en procura de mejorar e incrementar la financiación y ejecución de proyectos.
iii. Creación de un Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura Hospitalaria, Equipamiento Industrial y Dotación de Uso Hospitalario que contendrá la información técnica y administrativa de cada uno de los proyectos que se radican y evalúan en las diferentes instancias generando trazabilidad y facilitando la evaluación de la ejecución.
iv. Empleo de soluciones innovadoras de compra pública y esquemas alternativos de

contratación definidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente, para abordar de manera inteligente y transparente a posibles ejecutores de proyectos, accediendo a nuevas y mejores soluciones, y mejorando la ejecución de proyectos.

ARTÍCULO 6. Estándares para la estimación de necesidades. Como herramienta para la definición de necesidades, el PMIDSN define los siguientes estándares para el cálculo y definición de proyectos así:

1. **Estándares de Infraestructura:**

   a. Estándares poblacionales:

      i. Contar con al menos una (1) sede hospitalaria fija o itinerante de la red pública por municipio, distrito o área no municipalizada.
      ii. En áreas rurales: Contar con una (1) sede hospitalaria por cada 10.000 habitantes y dos (2) sedes en los municipios con población rural mayor a 20.000 habitantes.
      iii. En cada centro poblado cuya población sea superior a 2.000 habitantes se debe contar una (1) sede itinerante, y si la población es superior a 5.000 habitantes se debe contar con una (1) sede hospitalaria fija.
      iv. En las cabeceras municipales cuya población sea inferior a 30.000 habitantes contar con al menos una (1) sede hospitalaria fija o itinerante. En cabeceras municipales que superen los 30.000 habitantes contar con una (1) sede hospitalaria fija, y una sede adicional si se superan los 50.000 habitantes.
      v. En cada comuna, localidad o Unidad de Planeamiento Local cuya población sea superior a 20.000 habitantes en zona urbana, contar con al menos una (1) sede hospitalaria, y si se superan los 50.000 habitantes una (1) sede hospitalaria adicional. En poblaciones mayores de 100 mil habitantes se definirán sedes adicionales de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales de salud.

   b. Estándares de accesibilidad:

      i. Emplear un tiempo máximo de desplazamiento de 60 minutos en vehículo hasta una sede hospitalaria de la red pública del nivel primario.
      ii. Emplear un tiempo máximo de desplazamiento de 120 minutos en vehículo hasta una sede hospitalaria de la red pública del nivel complementario.

   c. Estándares de convergencia regional:

Dirigidos a le:) reducción de brechas sociales y económicas entre hogares y regiones en el país:

i. Contar con una (1) sede pública hospitalaria del 2° nivel de atención en cada grupo de municipios deficitario, definido como el conjunto de municipios que no cuenta con servicios del nivel complementario, no colindan con municipios con dicha oferta, se encuentren conectados entre sí por vías tipo 1, y que agrupados tienen una participación de población superior a 40.000 habitantes. Dichos grupos se identifican de manera indicativa en la Tabla No. 2 y Mapa del Anexo No. 1.
ii. Contar con una (1) sede pública hospitalaria del 3° nivel de atención por región conformada por dos o más departamentos según se indica en la Tabla No. 11 del Anexo No 1.

2. Estándares de Dotación hospitalaria:

a. De equipamiento biomédico:

i. Contar con al menos un (1) equipo de escaneo de tomografía computarizada localizado en sede(s) pública(s) del 2° nivel de atención de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales tales de salud.
ii. Contar con al menos una (1) unidad de resonancia magnética en sede(s) pública(s) del 3° nivel de atención de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales de salud.
iii. Contar con al menos un (1) equipo de escaneo de tomografía de emisión de positrones en sede(s) pública(s) del 3° nivel de atención de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales de salud.
iv. Contar con al menos una (1) cámara de gamma y/o un equipo de angiografía en sede(s) pública(s) del 3° nivel de atención de acuerdo de las redes integradas e integrales de salud.
v. Contar con al menos un (1) mamógrafo por cada 100.000 personas.
vi. Contar con al menos un (1) equipo de radioterapia en sede(s) públicas del 3° nivel de atención de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales de salud.
vii. Contar con al menos un (1) equipo de rayos X por cada 50.000 personas.
viii. Contar con al menos un (1) equipo de ecógrafo en sede(s) pública(s) del 2° nivel de atención de acuerdo con la organización de las redes integradas e integrales de salud.
ix. Contar con al menos un (1) equipo de laboratorio clínico por cada 5.000 personas.
x. Contar con al menos un (1) Punto de Atención del Paciente (PointOf-Care Testing) - POCT por cada 5.000 personas.

xi. Contar con al menos un (1) equipo de laboratorio para la toma de muestra de cuello uterino por cada 5.000 personas.

b. De transporte asistencial:

i. Contar con al menos una (1) unidad de transporte asistencial por cada 25.000 personas en zona urbana.
ii. Contar con al menos una (1) unidad de transporte asistencial por cada 25.000 personas en zona rural y 50.000 en zonas rurales dispersas (alta ruralidad).
iii. Contar con al menos una (1) unidad de transporte (en modalidades aérea, fluvial o marítima) en cada municipio sin acceso terrestre que no es cercano a otros municipios con similares condiciones de acceso.
iv. Contar con al menos una (1) unidad de transporte (en modalidades aérea, fluvial o marítima) por cada grupo de municipios sin acceso terrestre que son cercanos a otros municipios con similares condiciones de acceso.

c. De elementos físicos y de conectividad para la modalidad de telemedicina:

i. Contar con las condiciones físicas de redes y de tecnologías de información y comunicaciones en al menos una (1) sede hospitalaria localizada en zona rural o en centros poblados superiores a 5.000 habitantes, que permita la implementación de la modalidad de telemedicina.

Parágrafo 1. El cálculo de cumplimiento de los estándares enunciados en el presente artículo no es mutuamente excluyente, es decir, un estándar puede ser cumplido en una misma sede o equipo que al mismo tiempo da cumplimiento a otro estándar. Para el cálculo de su cumplimiento podrán ser contabilizadas sedes de prestadores privados o mixtos o equipos pertenecientes a prestadores de naturaleza privada o mixta. En caso de que se emplee dicho tipo de cumplimiento en otra sede, la misma deberá contar con al menos servicios de medicina general, enfermería y/o con servicios que hagan parte del grupo de atención inmediata.

Parágrafo 2. Para el cálculo de los estándares podrán contabilizarse infraestructuras propias en salud de acuerdo con lo señalado en el artículo 59 del Decreto 480 de 2025, que estableció e implementó el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI, o la norma que la modifique o sustituya.

ARTÍCULO 7. Cumplimiento de los estándares del PMIDSN mediante iniciativas de inversión y proyectos. El cumplimiento de los estándares definidos en el presente Decreto se realizará mediante definición la definición de iniciativas y en formulación consecuente de

proyectos inversión para su implementación en los Planes Maestros de Inversiones en Salud departamentales y distritales. Para determinar dichas iniciativas y proyectos se señala de manera indicativa los municipios, subregiones que presentan necesidad de sedes, equipos o intervenciones en Anexo No.1 de este Decreto, en concordancia con cada uno de los estándares previamente enunciados.

ARTÍCULO 8. Programas del PMIDS. Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) compuestos por los siguientes programas:

1.Programa para mejorar el acceso a los servicios de salud mental en Colombia: se rige por el CONPES 4149 de 2025, o la norma que la modifique o sustituya. Para efectos del PMIDSN hacen parte de este programa los proyectos pertenecientes al Componente 1. Fortalecimiento del acceso y la calidad en la prestación de servicios de salud mental del precitado documento.

2.Programa de intervenciones de interés nacional y estratégico (PINES): conformado por los proyectos que cumplen los requisitos señalados por el CONPES 3762 de 2013 o la disposición que haga sus veces, es decir, que por sus características generen un mayor impacto en el desarrollo económico y social del país.

3.Programa de inversiones para la resiliencia, sostenibilidad ambiental y adaptación al cambio climático: conformado por los proyectos que buscan reducir la exposición a la diversidad de amenazas y vulnerabilidades, con énfasis en la implementación de acciones dirigidas a favorecer la adaptabilidad y la rápida recuperación de los hospitales, con posterioridad a cualquier tipo de evento catastrófico. Se articula con la Resolución número 625 de 2024 por la cual se adopta para Colombia la iniciativa internacional “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres”, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

4.Programa de fortalecimiento de sedes públicas del nivel primario: dirigido a la reducción de las brechas en capacidad instalada mediante la inversión en sedes hospitalarias del nivel primario, y en particular a el desarrollo de infraestructura hospitalaria en zonas rurales, centros poblados y zonas de alta vulnerabilidad de zonas urbanas.

5.Programa de fortalecimiento de sedes públicas del nivel complementario: dirigido a la reducción de las brechas en capacidad instalada mediante la inversión en sedes hospitalarias del nivel complementario, y en particular a la optimización, ampliación y mejora de sedes existentes.

6.Programa de reducción de la tercerización y obsolescencia de la dotación hospitalaria: dirigido a la adquisición, renovación y optimización del equipamiento biomédico en procura de

que se evite incurrir en gastos recurrentes para su utilización, satisfaciendo diversas necesidades de la tecnología biomédica.

7.Programa para la mejora de condiciones de conectividad y accesibilidad digital. Dirigido a la inversión en redes. hardware y en general tecnologías de la información y comunicaciones que faciliten la implementación de servicios de telesalud, especialmente en zonas geográficas no atendidas o en sedes de nivel primario facilitando el acceso remoto a servicios de salud.

8.Programa para el fortalecimiento del transporte asistencial multimodal y extramural: Dirigido a la adquisición y/o reposición de unidades de transporte y vehículos de diferentes modalidades, para facilitar el acceso en especial en aquellos municipios con mayores restricciones geográficas y en donde se produce en mayor volumen el fenómeno de la siniestralidad vial.

Parágrafo 1°. En cumplimiento del Decreto número 1020 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará a la Comisión Intersectorial de Proyectos Estratégicos (CIPE), las iniciativas que considera son apropiadas para pertenecer el programa de intervenciones de interés nacional y estratégico.

Parágrafo 2°. A través del Aplicativo de Registro de Iniciativas de que trata la Resolución 2373 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social o su equivalente, los departamentos o distritos señalarán a qué programa se propone pertenezcan los proyectos a incluir en su jurisdicción. La conformación final de los programas será resultado de las mesas de articulación definidas en la Metodología de formulación de los PMIDS adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 9°. *Metas del PMIDSN*. La implementación de los proyectos del PMIDSN se dirige al cumplimiento de las siguientes metas

a. Metas de disponibilidad de infraestructura en salud:

Meta 1: Implementar un total de 43 proyectos de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud en infraestructura (fija o itinerante) en municipios, distritos o área no municipalizadas que no cuentan con sedes de la red pública de prestadores, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo Plazo	
17	13	13	43

Meta 2: Reducir en un 60% el déficit de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud en zonas rurales de municipios, distritos o áreas no municipalizadas cuya población rural sea al menos de 10.000 habitantes implementando un total de 141 sedes de infraestructura (fija o itinerante), en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
42	42	57	141

Meta 3: Reducir en un 60%, el déficit de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud en zonas rurales de municipios, distritos o áreas no municipalizadas cuya población sea superior a 20.000 habitantes implementando un total de 14 sedes de infraestructura fija, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
4	5	5	14

Meta 4: Implementar 96 proyectos de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud en modalidad itinerante en centros poblados de municipios, distritos o área no municipalizadas cuya población sea al menos de 2.000 habitantes, y una (1) sede fija adicional en centros poblados cuya población supere los 5.000 habitantes, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
30	33	33	96

Meta 5: Implementar 40 proyectos de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud (en modalidad fija o itinerante) en cabeceras municipales, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
15	15	10	40

Meta 6: Implementar 8 proyectos de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud en cabeceras municipales cuya población sea superior a 30.000 habitantes y no cuente con comunas, localidades o Unidades de Planeamiento Local, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
2	3	3	8

Meta 7: Implementar 84 proyectos sedes de los prestadores públicos de servicios de salud (en modalidad fija o itinerante) para contar con al menos una (1) de dichas sedes en cada comuna, localidad o Unidad de Planeamiento Local en zona urbana cuya población sea superior a 20.000 habitantes, y una (1) sede adicional por cada 50.000 habitantes en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
21	32	31	84

Meta 8: Reducir en un 60% el déficit de sedes prestadoras de servicios de 2º nivel mediante la implementación de 20 proyectos de mejoramiento o construcción de este tipo de sedes en los grupos de municipios deficitarios, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
4	6	10	20

Meta 9: Implementar dos (2) proyectos de sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 3° nivel para contar con al menos una (1) sede en cada pacto regional, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN		Total
Mediano plazo	Largo plazo	
1	1	2

b. Metas de Disponibilidad de dotación hospitalaria- equipamiento biomédico:

Meta 1: Adquirir y poner en funcionamiento 16 equipos de escaneo de tomografía computarizada localizados en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 2° nivel de atención, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
4	6	6	16

Meta 2: Adquirir y poner en funcionamiento 9 equipos de resonancia magnética localizados en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 3° nivel de atención, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
3	3	3	9

Meta 3: Adquirir y poner en funcionamiento 9 equipos de escaneo de tomografía de emisión de positrones localizados en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 3° nivel de atención, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
3	3	3	9

Meta 4: Adquirir y poner en funcionamiento 22 cámara(s) computarizada(s) de gamma y/o equipo(s) de angiografía en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 3° nivel de atención, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
7	7	8	22

Meta 5: Adquirir y poner en funcionamiento 21 equipos de mamografía en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud para contar con al menos con uno (1) de dichos equipos por cada 100.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
7	7	7	21

Meta 6: Adquirir y poner en funcionamiento 32 equipo(s) de radioterapia en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 3° nivel de atención, para contar con al menos con uno (1) de dichos equipos por cada 100.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
10	11	11	32

Meta 7: Adquirir y poner en funcionamiento 33 equipo(s) de rayos X en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud para contar con al menos con uno (1) de dichos equipos por cada 50.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
15	10	8	33

Meta 8: Adquirir y poner en funcionamiento 10 ecógrafos localizados en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud del 2° nivel de atención en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
3	3	4	10

Meta 9: Adquirir y poner en funcionamiento 500 equipo(s) de laboratorio clínico en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud para contar con al menos con uno (1) de dichos equipos por cada 5.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
100	200	200	**500**

Meta 10: Adquirir y poner en funcionamiento 500 equipo(s) de Punto de Atención del Paciente (Point-Of-Care Testing), en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
100	200	200	**500**

Meta 11: Adquirir y poner en funcionamiento 250 equipo(s) de laboratorio para la toma de muestra de cuello cérvico uterino en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud, para contar con al menos con uno (1) de dichos equipos por cada 5.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
60	80	90	**250**

c. Metas de Proximidad de infraestructura hospitalaria:

Meta 1: Implementar 58 en sedes de prestadores públicos de servicios de salud (en modalidad fija o itinerante) para reducir el déficit de población que emplea un tiempo superior a 60 minutos de desplazamiento hasta una sede hospitalaria de la red pública del nivel primario.

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
15	20	23	**58**

Meta 2: Implementar 125 proyectos asociados al fortalecimiento de servicios complementarios en sedes de los prestadores públicos de servicios de salud, para reducir el déficit de población que emplea un tiempo superior a 120 minutos de desplazamiento hasta una sede de este tipo.

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
35	45	45	**125**

3. Metas de Proximidad de dotación hospitalaria- transporte asistencial:

Meta 1: Adquirir y poner en funcionamiento 192 unidades de transporte asistencial, para contar con al menos con una (1) de dichas unidades por cada 25.000 personas, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
60	60	72	**192**

Meta 2: Adquirir y poner en funcionamiento 8 unidades de transporte asistencial para contar con al menos con una (1) de dichas unidades en cada municipio sin acceso terrestre que no es cercano a otros municipios con similares condiciones de acceso, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
3	3	2	8

Meta 3: Adquirir y poner en funcionamiento 20 unidades de transporte asistencial para contar con al menos con una (1) de dichas unidades por cada grupo de municipios sin acceso terrestre que son cercanos a otros municipios con similares condiciones de acceso, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
6	6	8	20

4. Metas de Proximidad de dotación hospitalaria - De elementos físicos y de conectividad para la modalidad de telemedicina:

Meta 1: Implementar 107 intervenciones de mejoramiento de redes de conectividad y/o adquirir de tecnologías de información y comunicaciones para contar al menos una (1) sede hospitalaria localizada en zona rural de cada municipio que permita la implementación de la modalidad de telemedicina, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
30	50	27	107

5. Metas de Sostenibilidad ambiental y adaptación al cambio climático

Meta 1: Implementar 1.000 intervenciones de adecuaciones, mejoramientos y ampliaciones de sedes públicas de prestadores de salud del nivel primario dar cumplimiento a condiciones de habilitación y facilitar la operación de sus servicios.

Meta 2: Implementar 580 intervenciones de adecuaciones, mejoramientos y ampliaciones del nivel complementario para optimizar sus instalaciones, cumplir con condiciones de habilitación, mejorar sus condiciones de seguridad y favorecer la calidad arquitectónica y la comodidad de los usuarios.

Meta 3: A 2031 contar con estudios de vulnerabilidad para todas las edificaciones de salud consideradas como indispensables localizadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia.

Meta 4: Adelantar 375 intervenciones de reforzamiento y/o mitigación del riesgo en sedes hospitalarias de prestadores públicos de salud consideradas como indispensables, y en aquellas sedes hospitalarias de prestadores públicos de salud que presenten niveles de vulnerabilidad.

Meta 6: A 2031 realizar 45 intervenciones asociadas a la implementación de medidas de adaptación y mitigación del cambio climático en sedes de prestadores públicos del nivel primario y complementario.

Meta 7: A 2031, implementar 215 intervenciones asociadas a la adquisición de equipos biomédicos en sedes de prestadores públicos del nivel primario, y 410 del nivel complementario para reducir su obsolescencia tecnológica y/o realizar renovación tecnológica.

6. Metas de Reconocimiento y articulación intersectorial

Meta 1: Implementar 57 proyectos implementados en cumplimiento de pactos, acuerdos y compromisos de gobierno, en los siguientes plazos:

PLAZO DE EJECUCIÓN			Total
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
11	20	36	57

Meta 2: A 2027, contar con acuerdos permanentes de gestión con otras entidades nacionales y departamentales que faciliten el desarrollo de los proyectos contemplados en este Plan.

7. Metas de Longitudinalidad y continuidad

Meta 1: A 2027, haber puesto en marcha el Sistema de Información Geográfica de consulta sobre la oferta de sedes de prestadores públicos.

Meta 2: A 2027, haber puesto en marcha los canales para recepción de propuestas de localización, mejora o adaptación de la oferta por parte de la ciudadanía.

8. Metas de Gobernanza y gobernabilidad

Meta 1: A 2026, haber formulado, diseñado y puesto en marcha el Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación.

Meta 2: A 2027, contar con manuales técnicos y operativos para la formulación y presentación de proyectos de infraestructura y dotación de acuerdo con las categorías establecidas en el artículo 11 del presente decreto.

Meta 3: A 2027, haber armonizado los sistemas de información asociados a la prestación de servicios (Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) y el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS)), de modo en que se cuente con información veraz para la priorización, validación o reconfiguración de proyectos de acuerdo con la dinámica de implementación, articulándolos con el Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID).

Parágrafo. En el marco de la formulación de los PMIDS departamentales y distritales, sus responsables precisarán las iniciativas de inversión a su cargo a través del Aplicativo de Registro de Iniciativas, que dan cumplimiento a las metas propuestas y articularán con la Nación los "Planes de inversiones" que los conforman. Una vez los mismos sean aprobados, coordinarán la formulación de los proyectos de inversión que desarrollan cada una de las iniciativas en su jurisdicción, reportando el cumplimiento a las metas señaladas en el presente artículo.

Artículo 10.*Criterios y metodología de priorización técnica.* Para efectos de priorizar la asignación de recursos el presente Plan establece como criterios de priorización dos grupos:

a. Convergencia y resiliencia:

- Inversiones para el mejoramiento, construcción y/o ampliación de sedes localizadas en zonas rurales y que beneficien a población vulnerable.

- Para subsanar la vulneración a los derechos fundamentales y en especial el derecho a la salud.

- Inversiones que mitiguen o reduzcan las amenazas, exposición, vulnerabilidad física de las sedes de prestadores públicos, o minimicen las consecuencias de situaciones de riesgo.

b. Eficiencia:

- Inversiones para el mejoramiento de sedes cerradas, subutilizadas, no habilitadas o con alto grado de deterioro.

- Inversiones que favorezcan el aumento de la capacidad instalada y la conformación de redes integradas e integrales de salud que contemplen las condiciones sociales y geográficas del territorio.

- Inversiones para afrontar las necesidades del país según su perfil epidemiológico y social.

- Inversiones que favorezcan la adaptación al cambio climático.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un mecanismo de cuantificación y ponderación de elegibilidad de proyectos dando aplicación a los criterios señalados en el presente artículo. Bajo dicho mecanismo dará prioridad a la asignación de recursos de cofinanciación del Presupuesto General de la Nación, sin perjuicio de dar aplicación a los artículos 2.13.3.2.1. y 2.13.3.2.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Dicho mecanismo será reglamentado en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Parágrafo 2. Para el empleo de recursos propios, departamentales o distintos al Presupuesto General de la Nación, las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias establecerán los criterios para la priorización de los proyectos del PMIDS de su jurisdicción. Dichos criterios deberán ser adoptados en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto. Si cumplido el plazo señalado no se cuenta con dichos criterios, se emplearán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del parágrafo 1 del presente artículo.

Parágrafo transitorio. En tanto se expide por parte del Ministerio de Salud y Protección Social la reglamentación que establece el mecanismo de cuantificación y ponderación de elegibilidad de proyectos, de acuerdo con los criterios señalados en este artículo, en lo referente a los criterios de priorización deberá darse aplicación a lo dispuesto en la Resolución número 1382 de 2021 modificada por la Resolución número 453 de 2025 de la precitada cartera, y en lo que resulte competente respecto a la asignación de recursos, dar cumplimiento a la Resolución número 555 de 2022, igualmente de dicho ministerio.

CAPÍTULO II
Características de los Proyectos en el Marco del PMIDSN

Artículo 11. *Parametrización de proyectos para su viabilización*. En procura de facilitar los procesos de viabilización de recursos se emplearán los siguientes tipos de proyectos:

Tabla 1- Tipos de proyectos

Tipo	Tipo de intervención
Proyecto de impacto mayor	Construcción (obra nueva)
	Reposición de infraestructura (reconstrucción en el mismo predio)
	Reforzamiento estructural
	Terminación de obra
	Restauración (de bien patrimonial)
	Dotación de servicios de mediana o alta complejidad
Proyecto de impacto menor	Remodelación
	Reparaciones locativas
	Dotación de reposición por obsolescencia
	Equipamiento fijo
	Renovación tecnológica
	Ampliación de áreas para dignificación de la atención y cumplimiento de condiciones de habilitación.
	Implementación de tecnologías de información y comunicaciones (incluye adecuaciones de redes secas)
	Mobiliario de uso administrativo y para la atención al ciudadano
	Acciones para implementar plan(es) de contingencia
	Adquisición de transporte asistencial
	Adquisición de unidades móviles

De acuerdo con los tipos señalados, se establecen las siguientes categorías de proyectos:

Tabla 2- Categorías de viabilización de proyectos

Categoría	Costo	Tipo	Modificación de la capacidad instalada
Categoria A	Hasta 5000 SMLV	Proyecto de impacto mayor	No se requiere
Categoria B	Hasta 5000 SMLV	Proyecto de impacto menor	No se requiere
Categoria C	Hasta 5000 SMLV	Proyecto de impacto mayor	Se requiere
Categoria D	Hasta 5000 SMLV	Proyecto de impacto menor	Se requiere
Categoria E	Superior a 5000 SMLV	Proyecto de impacto mayor	No se requiere
Categoria F	Superior a 5000 SMLV	Proyecto de impacto menor	No se requiere
Categoría G	Superior a 5000 SMLV	Proyecto de impacto mayor	Se requiere
Categoría H	Superior a 5000 SMLV	Proyecto de impacto menor	Se requiere

Para cada una de las categorías señaladas en la Tabla número 2, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos para viabilización, y su aplicabilidad diferenciada a distritos y municipios. Dicha reglamentación deberá ser expedida en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Parágrafo 1°. Para los proyectos cuya fuente de financiación corresponda a recursos del prestador de servicios de salud (recursos propios) y su costo sea inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos legales vigentes, el proyecto sólo deberá contar con registro en el Aplicativo de Registro de Iniciativas del PMIDS departamental o distrital al que pertenezca. La financiación en este caso deberá contemplar la totalidad de fases del proyecto, y no podrá emplear recursos del Presupuesto General de la Nación para adiciones o si se emplea la modalidad de terminación de obra.

Parágrafo transitorio. En tanto se expide la reglamentación de la que trata el presente artículo la viabilización de proyectos se realizará dando cumplimiento a la Resolución número 485 de 2025, modificada por la Resolución número 1211 de 2025 y la Resolución número 1519 de 2025 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 12. *Metodología BIM en proyectos de infraestructura y dotación*. Dando cumplimiento a la Estrategia de "Fomento para la transformación digital del sector de la construcción e infraestructura 2020-2026", en Proyectos de impacto mayor se implementará de manera progresiva la utilización de la metodología "Building Information Modeling" (BIM, por sus siglas en inglés) o similar, con el objeto de promover la gestión eficiente de proyectos dando aplicación a la NTC-ISO 19650-1:2021. Con el propósito de favorecer la utilización de esta metodología, el Ministerio de Salud y Protección Social generará espacios para la difusión de conocimiento sobre la misma, dirigida a las entidades del sector salud y gestionará el acompañamiento de otras entidades del Gobierno nacional para el desarrollo de capacidades en la materia. Para tal fin se determina en el Anexo No. 3 las condiciones de implementación de la metodología BIM.

Parágrafo transitorio. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará a espacios para la difusión sobre la aplicación de la metodología BIM para proyectos de Infraestructura y Dotación hospitalaria en un plazo máximo de doce (12) meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Artículo 13. *Acciones orientadoras para la planificación, diseño y operación de infraestructuras en el sector salud para el cumplimiento de estándares técnicos y ambientales*. En el Anexo No. 2 se adoptan las estrategias y acciones orientadoras para la planificación, diseño y operación de infraestructuras en el sector salud para el cumplimiento de estándares técnicos y ambientales, reducir el impacto ambiental, optimizar el uso de recursos y mejorar las condiciones de operación y mantenimiento de las infraestructuras, las cuales servirán de guía para la mejora progresiva de las sedes de prestadores de la red pública.

CAPÍTULO III
Disposiciones Finales

Artículo 14. *Plan de Divulgación del PMIDSN*. Las disposiciones de PMIDSN serán divulgadas a la ciudadanía mediante espacios de socialización y el empleo de diferentes medios de difusión, teniendo como premisa comunicar información clara y suficiente. Dicha divulgación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. En el marco de la implementación del PMIDSN, las entidades territoriales podrán comunicar sus propios avances.

Artículo 15. *Vigencia*. El presente decreto rige a partir de su expedición y deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2. RESOLUCIONES

2.2.1. Resolución 2517 de 2025

Por la cual se crea el Comité de Seguimiento del Estado Nutricional de niñas y niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa o en riesgo de desnutrición aguda y se dictan otras disposiciones

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 4° de la Ley 1438 de 2011, los numerales 2, 4 y 6 del artículo 2° y numeral 20 del artículo 6° del Decreto 4107 de 2011, en desarrollo del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, en cumplimiento de la Sentencia T – 302 de 2017, y

CONSIDERANDO

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

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

Que, el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015 establece que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que abarca el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, siendo deber del Estado el adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, y la ejecución de la prestación como servicio público esencial obligatorio, bajo su indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control.

Que, el artículo 4° de la Ley 1438 de 2011 determinó que la rectoría del sector salud recae en el

Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo la facultad de dirección, orientación y conducción de este sector.

Que, a través de la Resolución 3280 de 2018 modificada por la Resolución 276 de 2019, se establecen las atenciones en Salud y adoptan 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; definiendo las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Que, mediante la Resolución 2350 de 2020, se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños y niñas de cero (0) a 59 meses de edad, y se fijan las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud.

Que, en la parte 3 del documento “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida”, que hace parte integral de la Ley 2294 de 2023, se determina como meta la disminución de la tasa de mortalidad por desnutrición de niños y niñas menores de cinco años.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-302 de 2017, tuteló los derechos fundamentales a la salud, al agua potable, a la alimentación y a la seguridad alimentaria de los niños y niñas del pueblo Wayúu, en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia, e igualmente declaró la existencia de un estado de cosas inconstitucional, amparando el goce efectivo de los precitados derechos, considerando entre otras que: “(…) *el modelo de competencia regulada general previsto en la Ley 100 de 1993 no ha garantizado adecuadamente el goce efectivo el derecho a la salud de las poblaciones indígenas en zonas dispersas. Existe una gran cantidad de EPS con afiliados del régimen subsidiado en el Departamento de La Guajira, así como una gran cantidad de IPS prestando servicios de primer nivel de complejidad. Sin embargo, los servicios prestados no son oportunos, la atención extramural es esporádica y las actividades de promoción y prevención lo son aún más. Además, a pesar de haber una presencia considerable de EPS e IPS Indígenas, el enfoque diferencial no se materializa en la atención en salud. (…)”.*

Que, en la referida sentencia la Corte Constitucional ordenó que se tomaran las medidas adecuadas y necesarias para constituir un Mecanismo Especial de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas para la superación del estado de cosas inconstitucional, cumpliendo los 8

objetivos mínimos constitucionales señalados en el artículo cuarto de dicha sentencia.

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

Que, de acuerdo al Boletín Epidemiológico Semana 37 de 2025 del Instituto Nacional de Salud (INS), a nivel nacional se han notificado 15.473 casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años, con una prevalencia acumulada de 0,43 casos por cada 100 menores de 5 años.

Que, ante la persistencia de las altos casos de desnutrición aguda, moderada y severa y mortalidad infantil, es necesario que se ejecuten conjuntamente medidas inmediatas y urgentes por parte del Gobierno Nacional y las entidades territoriales, para que las niñas y niños menores de cinco años en el departamento de La Guajira, y en el territorio nacional, cuenten con una garantía permanente de sus derechos, a través del fortalecimiento de los mecanismos de coordinación, acción intersectorial y seguimiento, mediante la creación de un comité que realice seguimiento de su estado nutricional, a aquellos con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa o en riesgo de desnutrición aguda.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Créese el Comité de Seguimiento del Estado Nutricional de niñas y niños menores de cinco años, con diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa o en riesgo de desnutrición aguda, en el departamento de La Guajira y en los departamentos o distritos que cumplan con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Definición. El Comité de Seguimiento del Estado Nutricional (CSEN) de niñas y niños menores de cinco años, que se crea en la presente resolución, es un espacio técnico-operativo de coordinación, articulación y toma de decisiones sectorial, intersectorial y comunitaria, con enfoque territorial e intercultural, orientado a garantizar la atención oportuna, integral y efectiva de los niños y niñas menores de cinco años con riesgo de desnutrición aguda o diagnóstico de desnutrición aguda, moderada y severa.

Artículo 3. Finalidad. El CSEN tiene como finalidad coordinar la respuesta institucional y comunitaria frente a las situaciones que pongan en riesgo el estado nutricional, la integridad física

y mental y la vida de esta población, asegurando el seguimiento individualizado de los casos y la superación de barreras de atención. Asimismo, en el marco de la garantía del derecho a la salud y a una alimentación adecuada para la niñez, promover la gestión de apoyos intersectoriales.

ARTÍCULO 4. CRITERIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE COMITÉS DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará los criterios requeridos para la conformación de comités departamentales o distritales de seguimiento nutricional, con excepción del que ya se crea para el departamento de la guajira en esta resolución, y notificará la obligación de creación del mismo.

Parágrafo 1. Los departamentos o distritos que decidan conformar un comité, aun cuando no cumplan con los criterios establecidos por el ministerio, podrán hacerlo, considerando sus condiciones particulares.

Parágrafo 2. Los comités que se conformen no serán permanentes y, su implementación podrá suspenderse una vez se evidencie una mejora sostenida en los resultados de criterios, de acuerdo con la evaluación anual y aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 5. CONFORMACIÓN. El comité de seguimiento del estado nutricional (CSEN) de niñas y niños menores de cinco años estará integrado de la siguiente manera, quienes contarán con voz y voto:

1. Cuatro (04) delegados de la Secretaría de Salud departamental o distrital, quien liderará el comité. Los delegados deberán ser de las siguientes áreas: seguridad alimentaria y nutricional (o quien haga sus veces), epidemiología, aseguramiento, prestación de servicios y/o de la dependencia que realice las actividades de inspección, vigilancia y control.
2. El Director Regional de la Superintendencia Nacional de Salud o su delegado.
3. Un (01) delegado de la Superintendencia Nacional de Salud para las entidades de aseguramiento en salud y uno (01) para los prestadores de servicios de salud, o quien haga sus veces.
4. Un (01) representante del área de seguridad alimentaria y nutricional (o quien haga sus veces) y uno (01) de aseguramiento de las secretarías municipales de salud del departamento, conforme al cumplimiento de los criterios establecidos por este Ministerio. En el caso del departamento de La Guajira, deberán estar presentes, un (01) representante del municipio de Manaure, un (01) representante del municipio de Maicao,

un (01) representante del municipio de Uribia y un (01) representante del Distrito de Riohacha.

5. Un (01) delegado de cada Entidad Promotora de Salud (EPS) habilitada para operar el aseguramiento en salud en el departamento. Esta obligación incluye también a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) habilitadas en el territorio.
6. Un (01) delegado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas, privadas o indígenas que sean convocadas para la sesión.

Parágrafo 1: La participación de las siguientes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social será obligatoria para el departamento de La Guajira. En los demás departamentos que cumplan con los criterios determinados por este ministerio, la presencia de los referentes o delegados estará sujeta al comportamiento de la morbimortalidad y a los requerimientos de la entidad territorial.

1. El/La Director(a) de Promoción y Prevención o su delegado (a).
2. El/La Director(a) de Epidemiologia y Demografía o su delegado (a).
3. El/La Director(a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria o su delegado (a).
4. El/La Director(a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones o su delegado (a).

Parágrafo 2: El Comité podrá convocar según se requiera a entidades del sector público y privado, de nivel nacional o territorial o a otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales podrán participar con voz, pero sin voto, para lo cual la secretaría técnica hará invitación formal.

Artículo 6. Actores complementarios y rol: Podrán ser convocados a participar en el comité con voz, pero sin voto:

1. Instituto Nacional de Salud, para realizar monitoreo y seguimiento especializado a la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y prevalencia de desnutrición aguda, moderada y severa en este mismo grupo poblacional.
2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para articular la canalización efectiva a programas sociales desde su competencia.
3. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, para gestionar la vinculación de familias identificadas y priorizadas por el comité a programas sociales desde su competencia.
4. Dirección de Asuntos Indígenas, ROM y Minorías o quien haga sus veces, para articular los procesos que se requieran para la identificación, manejo y seguimiento de los niños y

niñas con desnutrición aguda, moderada y severa pertenecientes a comunidades indígenas.

5. Procuraduría Regional de Instrucción, para realizar control en la garantía de atención en salud y planes de mejora establecidos por la secretaría departamental de salud y Superintendencia Nacional de Salud.
6. Otras entidades o dependencias territoriales, acorde a las necesidades.

ARTÍCULO 7. FUNCIONES. El comité de seguimiento del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, moderada y severa o riesgo de desnutrición aguda, tiene como funciones:

1. Analizar el comportamiento semanal de la mortalidad por desnutrición aguda, moderada y severa, la proporción e incidencia de la desnutrición aguda, moderada y severa conforme con la notificación del evento 113 y otras fuentes de información del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años del departamento o distrito.
2. Analizar de manera integrada las fuentes de información disponibles en el territorio para la identificación y garantía de atención en salud oportuna e integral a los recién nacidos y las niñas y niños menores de cinco años según la normatividad vigente.
3. Emitir alertas tempranas ante la identificación de comportamientos inusuales en los eventos de salud pública que representen un riesgo para la salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años en el departamento o distrito. Estas alertas tendrán como propósito convocar a los actores competentes del nivel territorial, expertos y demás personas que se consideren pertinentes, para garantizar el cumplimiento de la finalidad del Comité, y definir estrategias y actividades conjuntas para el abordaje oportuno de dichas alertas.
4. Generar estrategias para fortalecer la búsqueda activa e identificación de niñas y niños menores de cinco años con riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, moderada y severa para lograr acciones sectoriales e intersectoriales para la prevención, tratamiento y seguimiento de los niños y niñas identificados.
5. Hacer seguimiento de la garantía del derecho a la salud de los niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, moderada y severa según lo establecido en la normatividad vigente.
6. Recibir y dar respuesta a las alertas reportadas por la comunidad relacionadas con: barreras de acceso a los servicios (administrativas, geográficas o financieras), riesgos o complicaciones.
7. Establecer las acciones sectoriales e intersectoriales de respuesta inmediata para mitigar las situaciones y condiciones que ponen en riesgo la salud y la vida de los niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa, o en riesgo de desnutrición aguda, que hayan sido notificados.

8. Activar la respuesta del sector salud y de los otros sectores para la recuperación y mejoramiento de las condiciones en salud de las niñas y niños menores de cinco años.
9. Implementar mecanismos de seguimiento para garantizar la atención oportuna y efectiva de los niños y niñas en primera infancia según la normatividad vigente.
10. Evaluar el resultado en salud y nutrición de la población en seguimiento y el estado de cumplimiento a nivel territorial.
11. Implementar estrategias para el desarrollo de diálogos genuinos con líderes de los grupos étnicos y movilización social en el marco del modelo de salud propio e intercultural orientadas a la promoción de la salud nutricional y la prevención de la mortalidad integrada en niños y niñas menores de 5 años.
12. Realizar seguimiento a las acciones que surjan en el comité a cargo de los actores del sector salud, activando los mecanismos necesarios para la garantizar la atención en salud oportuna de los niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa identificados.
13. Realizar el seguimiento a la respuesta intersectorial activando los mecanismos necesarios para su cumplimiento a través de las instancias correspondientes.
14. Proponer estrategias sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud de las niñas y niños en primera infancia bajo principios de interculturalidad, igualdad, no discriminación y dignidad.
15. Realizar seguimiento al cumplimiento de la Resolución 2350 de 2020 (o la norma que la modifique o sustituya).
16. Proponer estrategias de información, educación y comunicación que incluya los saberes y prácticas de la salud propia e intercultural con énfasis en prácticas protectoras que favorecen la salud y nutrición de los niños y niñas durante la primera infancia, identificación de signos de alarma, mecanismos de exigibilidad de la atención, divulgación de la red de prestación de servicios, promoción de la vigilancia comunitaria.
17. Monitorear y evaluar sistemáticamente la efectividad de las intervenciones implementadas, soportadas en indicadores territorializados.
18. Las demás que le correspondan por su naturaleza y para dar cumplimiento al objeto para el que fue creado.
19. Definir su propio reglamento.

Parágrafo: En el departamento de La Guajira, se cumplirán además con las funciones específicas emitidas en el marco de la Sentencia T-302 de 2017:

1. Emitir las recomendaciones técnicas y operativas al Comité técnico del Mecanismo Especial de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas - MESEPP, Comité de seguimiento a la Sentencia T-302 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, Comité de Dirección y Coordinación del sector salud, para que estas sean articuladas e integradas a la gestión intersectorial.

2. Difundir los resultados de las estrategias para promover la salud nutricional en el departamento de La Guajira.

Artículo 8. Sesiones. El comité de seguimiento del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años sesionará al menos una vez a la semana de forma presencial, virtual o mixta, en días hábiles, salvo otra disposición realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa convocatoria realizada por su Secretaría Técnica, la cual incluirá el orden del día.

Parágrafo 1. En el departamento de La Guajira, el comité de seguimiento, sesionara tres veces a la semana de manera presencial, virtual o mixta en días hábiles.

Parágrafo 2. Para las sesiones que se desarrollen de forma virtual, los asistentes deberán contar y disponer con sus propios recursos de los medios tecnológicos idóneos que garanticen la conexión permanente a la sesión, con el fin de evitar interrupciones o reprocesos.

Artículo 9. Quórum. El comité deberá sesionar con la mitad más uno de los integrantes convocados a la sesión, con el fin de garantizar su finalidad. Las decisiones serán adoptadas cuando se cuente con el acuerdo de la mitad más uno de los asistentes, de lo cual se dejará constancia en la respectiva acta de la sesión.

Artículo 10. Secretaría técnica. La secretaría técnica del comité, estará a cargo de la Secretaría Departamental o Distrital de Salud (o quién haga sus veces).

Artículo 11. Funciones de la Secretaría Técnica. La secretaría técnica, tendrá las siguientes funciones:

1. Planear y elaborar la programación de la agenda para cada sesión, informando previamente a los miembros del comité, de modo que cada participante tenga claridad sobre las actividades a desarrollar, su rol y aportes. Asimismo, dirigir el desarrollo del comité mediante la concertación de agendas previas, la gestión de las temáticas y el seguimiento a los compromisos asumidos.
2. Realizar la convocatoria a otros actores y entidades del nivel nacional y territorial requeridos según agenda previamente concertada, de manera anticipada y oficial para lograr la participación activa de todos los miembros.
3. Verificar la participación de los miembros del comité en cada sesión y oficializar las inasistencias ante la entidad correspondiente, con copia al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
4. Presentar para aprobación el plan de trabajo en el que se contemplen las necesidades de manejo de información con la participación de todos los miembros del comité, así como

un cronograma sobre las temáticas de abordaje y actores competentes que deben participar.

5. Elaborar las actas del comité y remitirlas a los participantes, con el fin de ser revisadas y aprobadas por los participantes. Las actas contarán con una numeración consecutiva seguida de la fecha y deberán contener como mínimo la siguiente información: relación de los niños y niñas presentados en el comité, la atención y seguimiento realizado por parte del sector salud, resultados de la verificación de los niños y niñas en las modalidades de atención del ICBF y/o programas de otras entidades, seguimiento y establecimiento de compromisos. Se adjuntarán las presentaciones de la información socializada en el comité.
6. Presentar el comportamiento del evento 591 de mortalidad integrada en menores de 5 años, del evento 113 de desnutrición aguda, moderada y severa con la información oficial de la Semana Epidemiológica vigente, y de los resultados de seguimiento efectivo a niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa notificados al evento 113 y con riesgo de desnutrición identificados semanalmente.
7. Tener bajo su custodia la información presentada en el comité de seguimiento por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), actas aprobadas, actas de búsquedas fallidas, actas con familias o comunidades que se niegan a tener atención en salud intrahospitalaria, grabaciones y demás material presentado en el mismo.
8. Consolidar la información de manera permanente de las familias con niños y niñas que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, moderada y severa y requieren vinculación a programas sociales para contribuir a la seguridad alimentaria del hogar.
9. Gestionar con las entidades competentes de manera permanente la canalización efectiva de las familias identificadas que requieren acceso a programas sociales.
10. Socializar en el comité de seguimiento los resultados de la gestión intersectorial realizada para la vinculación efectiva a programas sociales de las familias con niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda, moderada y severa que requieren acceso a alimentación y agua apta para el consumo humano.
11. Informar sobre las atenciones en salud de los niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa que no cuentan con afiliación en salud (esta acción la podrá delegar a las secretarías municipales de salud). La información se presentará en la plantilla establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para este fin.
12. Informar sobre las atenciones y seguimiento de los niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa afiliados en EAPB que no están presentes en el departamento o distrito y no asisten al comité previa convocatoria (esta acción la podrá delegar a las secretarias municipales de salud). Para estos casos, la dirección de salud pública informará al área de Aseguramiento para que por parte de esta comunique a la EAPB que

cuenta con población afiliada en el territorio y que por tanto deberán garantizar las atenciones de salud que llegara a necesitar el afiliado en el marco de la portabilidad. La información se presentará en la plantilla establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para este fin.

13. Consolidar y analizar semanalmente la información de niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición aguda para solicitar las atenciones en salud vigentes y seguimientos en salud a la EAPB en la que se encuentren afiliados.
14. Articular la respuesta sectorial para garantizar las atenciones en salud requeridas por los niños y niñas identificados con desnutrición aguda, moderada y severa, o riesgo de desnutrición por la EAPB y el registro en la plataforma de SISPRO.
15. Generar a partir del aplicativo "seguimiento a la desnutrición aguda" del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, el listado de niños y niñas para ser presentados en el comité por parte de las EAPB y secretarías de salud municipales.
16. Informar al área competente encargada de la Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia de Salud regional, las EAPB e IPS que no cumplen con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud para la atención integral de la desnutrición aguda moderada o Servera, con el fin de realizar la intervención necesaria.
17. Presentar informe mensual en el comité, de las visitas de inspección y vigilancia realizadas por la secretaria departamental o distrital a las IPS que presentan incumplimiento a la norma establecida para la atención integral de la desnutrición aguda, moderada y severa y las acciones realizadas para garantizar su seguimiento y cumplimiento.
18. Gestionar lo necesario para la afiliación y su respectivo seguimiento, de niños y niñas con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda, moderada y severa que no cuenta con afiliación al sistema de salud.
19. Hacer seguimiento semanal al cargue de la información en el aplicativo "seguimiento a la desnutrición aguda" que se encuentra alojado en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las secretarias de salud del orden municipal, de acuerdo con el instructivo que se encuentra alojado en el sitio web de los aplicativos misionales – SISPRO (https://web.sispro.gov.co), opción "seguimiento a la desnutrición" y reportar semanalmente al Ministerio de Salud las novedades identificadas que requieren ajustes en la plataforma SISPRO.
20. Las demás que surjan de acuerdo a las necesidades o particularidades territoriales.

Parágrafo. Las novedades corresponden a la información que fue objeto de ajuste en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento 113 y a la actualización de la EAPB del asegurado. Las EAPB y las secretarías de salud municipales las deberán reportar a las secretarías de salud del orden departamental (o quien haga sus veces) y distritales en el formato de reporte de novedades alojado en el sitio web de los aplicativos misionales – SISPRO

(https://web.sispro.gov.co), opción “seguimiento a la desnutrición”.

Artículo 12. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS. La Dirección de Promoción y Prevención a través de la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, acompañará a la entidad territorial de salud en el desarrollo del comité de manera permanente para el departamento de La Guajira, y en los demás departamentos que cumplan con los criterios determinados por el ministerio, el comportamiento de morbimortalidad y el requerimiento territorial, para lo cual tendrá las siguientes funciones:

1. Brindar línea técnica al territorio en los aspectos relacionados con el desarrollo del comité.
2. Realizar articuladamente con la secretaría de salud departamental, el seguimiento a los compromisos pactados en las sesiones previas del comité.
3. Coordinar con la entidad territorial de salud, el listado de niños y niñas de los cuales cada EAPB y secretarías de salud deben presentar el seguimiento respectivo en cada comité. Para el caso puntual de seguimiento a riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda, moderada y severa, se tendrá como fuente de información el aplicativo “seguimiento a la desnutrición aguda” del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, niños y niñas notificados en SIVIGILA el evento 113 en la semana epidemiológica más reciente al comité u otras fuentes de información oficiales disponibles.
4. Coordinar con la entidad territorial de salud, la presentación de los casos de mortalidad notificados en Sivigila al evento 591 que se consideren de interés durante el desarrollo del comité, así como el reporte del estado de las unidades de análisis inoportunas de las muertes probables en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o Desnutrición (DNT) aguda, moderada y severa.
5. Presentar en el comité, en coordinación con la entidad territorial de salud, los resultados del reporte de seguimientos en el aplicativo alojado en el SISPRO.
6. En articulación con la entidad departamental de salud, podrán definir puntualmente información adicional que se requiera presentar en el comité, sobre el seguimiento de cada niño y niña con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda, moderada y severa.
7. Las demás que surjan de acuerdo a las necesidades o particularidades territoriales.

Artículo 13. Responsabilidades de las entidades de aseguramiento.

1. Garantizar la participación permanente de al menos un delegado de la EAPB, quien intervendrá activamente en el comité del departamento o distrito; siendo el encargado de presentar la información requerida anticipadamente a la(s) IPS que prestó o prestaron la atención en salud, debiendo asistir, aunque no tenga casos para presentar.
2. Presentar las atenciones en salud y seguimientos realizados a los niños y niñas afiliados menores de 5 años a su entidad, e identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición

aguda, moderada y severa, establecidas en la normatividad vigente. La información se presentará en la plantilla establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para este fin.

3. Deberán contar como mínimo con información que dé cuenta de: fechas de atención (intrahospitalaria y ambulatoria) y seguimiento, estado de salud, datos antropométricos, clasificación nutricional, antecedentes de nacimiento, lactancia materna, alimentación complementaria, presencia de comorbilidades y de edema, manejo nutricional para los niños y niñas identificados con desnutrición (incluida la dosificación de la F75 y FTLC y evidenciar las fechas de entrega para establecer oportunidad en el manejo terapéutico), escenario de manejo y atenciones individuales estipuladas en la Resolución 3280 de 2018. Con los niños y niñas menores de 6 meses de edad, evidenciar las acciones que garanticen la relactancia si se requiere.
4. Garantizar la participación en cada comité de al menos un representante de las IPS que tienen niños y niñas en seguimiento tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario para su presentación y retroalimentación.
5. Reportar de forma obligatoria los seguimientos a niños y niñas en el aplicativo "seguimiento a la desnutrición aguda" del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO acorde a los tiempos definidos en los numerales 4.3 y 5.1.5 del anexo técnico de la Resolución 2350 de 2020 (y las demás normas que adicionen, sustituyan o modifiquen) y hasta lograr el peso adecuado para la talla-longitud, de acuerdo a como se describe en el instructivo que se encuentra alojado en el sitio web de los aplicativos misionales – SISPRO (https://web.sispro.gov.co). Para el caso de los niños y niñas en manejo hospitalario, el reporte del seguimiento se deberá hacer cada 72 horas y el día de egreso
6. Las demás que surjan de acuerdo a las necesidades o particularidades territoriales.

Parágrafo 1. Cuando se requiera ajustar alguna información en el aplicativo de seguimiento, las Entidades Promotoras de Salud – EPS, lo deberán informar semanalmente a las secretarías de salud del orden departamental o distrital en el formato de reporte de novedades alojado en el sitio web de los aplicativos misionales – SISPRO (https://web.sispro.gov.co), opción "seguimiento a la desnutrición".

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, tendrán un término máximo de dos meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución para el cargue de los seguimientos de los niños y niñas que no cuenten con este.

Artículo 14. Responsabilidades de las entidades municipales de salud.

1. Garantizar la participación permanente de al menos un delegado de la entidad para

participar activamente en el comité de seguimiento del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, moderada y severa o riesgo de desnutrición aguda del departamento, debiendo asistir, aunque no tenga casos para presentar.

2. Presentar las atenciones en salud y los seguimientos realizados a los niños y niñas menores de 5 años identificados con riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, moderada y severa, conforme a lo establecido en la normatividad vigente, incluyendo aquellos que se encuentren sin afiliación en salud y los trámites realizados para garantizarla. La información deberá presentarse utilizando la plantilla establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.
3. Generar mecanismos para verificar la veracidad de la información presentada por las EPS y la red prestadora de los niños y niñas identificados de su territorio ante el comité de seguimiento del estado de salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, moderada y severa o riesgo de desnutrición aguda, por las EPS y su red prestadora de los niños y niñas identificados en su territorio e informar ante el espacio cualquier hallazgo evidenciado.
4. Articular con entidades competentes en el territorio, la vinculación de niños y/o sus familias identificadas con riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda, moderada o severa, a los programas sociales que contribuyan a mejorar la seguridad alimentaria en el hogar con el objetivo de disminuir la reincidencia de los casos.
5. Presentar mensualmente ante el comité, los resultados de la gestión realizada para la vinculación de familias a programas sociales.
6. Reportar de forma obligatoria en el aplicativo “seguimiento a la desnutrición aguda” del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO acorde a los tiempos definidos en los numerales 4.3 y 5.1.5 del anexo técnico de la Resolución 2350 de 2020 (y las demás normas que adicionen, sustituyan o modifiquen), los seguimientos de los niños y niñas no afiliados al sistema de salud residentes en su municipio mientras se adelanta el trámite de afiliación, de acuerdo a como se describe en el instructivo que se encuentra alojado en el sitio web de los aplicativos misionales – SISPRO (https://web.sispro.gov.co), opción “seguimiento a la desnutrición”.
7. Reportar semanalmente a la secretaría de salud departamental, los ajustes requeridos para realizar la actualización de información en SISPRO en el formato establecido por el Ministerio de Salud.

Parágrafo 1. El reporte de niñas y niños en riesgo de desnutrición aguda en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO es obligatorio para los departamentos mencionados en la Resolución 2350 de 2020, o en la norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. Las secretarías de salud municipales, o quienes hagan sus veces, y distritales,

tendrán un plazo máximo de dos meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución para el cargue de los seguimientos de los niños y niñas a quienes aún no se les hayan realizado.

Artículo 15. Inspección, vigilancia y control (IVC). Sin perjuicio de las funciones que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud en relación al cumplimiento de la normatividad vigente por parte de los actores del SGSSS, las secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal o dependencias que hagan sus veces, velarán por el cumplimiento de lo dispuesto en el presente acto administrativo, realizando el seguimiento nominal de los niños y niñas con desnutrición aguda, moderada y severa, de conformidad con el anexo técnico de la Resolución 2350 de 2020 (y las demás normas que adicionen, sustituyan o modifiquen), y adelantarán las acciones en el marco de sus competencias, cuando evidencien incumplimiento a lo aquí contenido.

Artículo 16. Actas. Las deliberaciones y decisiones tomadas por el Comité quedarán consignadas en el acta de la sesión. corresponderá a la secretaría técnica la elaboración de actas. Las mismas tendrán como estructura básica el nombre y cargo de los asistentes a la sesión, inclusive los invitados, la verificación del quórum, el orden del día y su aprobación, los asuntos tratados, el sentido del voto de quien lo emitió, las decisiones aprobadas, los compromisos adquiridos, listado de asistencia.

Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de la sesión del Comité de Seguimiento, la Secretaría Técnica enviará a los integrantes el proyecto de acta. Estos tendrán dos (2) días hábiles después de recibir el proyecto para revisarla con el fin de obtener su aprobación o conocer sus observaciones. Cuando se presenten observaciones, la Secretaría Técnica dispondrá de un término de dos (2) días hábiles adicionales para incorporarlas al proyecto y de un día hábil más para poner en conocimiento de los integrantes del Comité el nuevo texto, quienes contarán con un (1) día hábil para impartir su aprobación. Vencido este término, se considerará que el acta ha sido aprobada y en constancia de ello se firmará por la Secretaría Técnica.

Artículo 17. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.2. Resolución 2587 de 2025

Por la cual se establecen los requisitos de elegibilidad y los criterios de priorización para la asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio de Salud y Protección Social a las Empresas Sociales del Estado, destinados al mejoramiento de la salud mental

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas en el numeral 42.2 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, en desarrollo del literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 737 de 2024, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia, establece que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución y que corresponde a las autoridades de la República proteger a todas las personas residentes en el país en su vida, honra, bienes y creencias, así mismo, el artículo 7 al desarrollar el Estado Social de Derecho y el pluralismo, reconoce y da protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación, ordenando el respeto por las cosmovisiones, formas de gobierno y territorios de los pueblos étnicos, así como reconociendo a Colombia como un país multilingüe, pluriétnico y pluricultural.

Que atendiendo lo previsto en el artículo 246 de la Carta Política los grupos étnicos (pueblos indígenas, comunidades negras o afrocolombianas, raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y pueblo Rrom o Gitano), deben contar con la efectiva protección del Estado y con la garantía de su identidad cultural, su derecho a la seguridad social y la preservación de sus condiciones materiales de existencia, respetando su territorialidad y cosmovisión para el fortalecimiento de su integridad como sujetos colectivos.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, estableciendo en su artículo 2 que el goce de éste se garantiza con su prestación como servicio público esencial, correspondiéndole al Estado la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y la adopción de políticas que permitan asegurar la igualdad de trato y oportunidades para acceder a sus distintos componentes.

Que el artículo 6 ibidem establece los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, entre los cuales se encuentran: "*l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global; m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); y n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, para quienes se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres".*

Que el artículo 9 de la citada Ley Estatutaria establece que los determinantes sociales de salud son aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 asigna a la Nación, la dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de las cuales se encuentra **I)** Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación; II) impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones; y **III)** expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025, establece disposiciones orientadas a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana. Dicha normatividad prioriza la atención de niños, las niñas y adolescentes, mujeres, población LGTBIQ+, personas mayores, personas cuidadoras, víctimas de violencia, personas con discapacidad, población campesina y pueblos étnicos mediante estrategias de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la rehabilitación integral, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la

Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Que la Ley 2294 de 2023, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026: *"Colombia, potencia mundial de la vida"*, determina en su artículo 166 que corresponde al Gobierno Nacional bajo la coordinación técnica de esta cartera ministerial, la actualización de la Política Nacional de Salud Mental con acciones transectoriales de mediano y largo plazo, distinguiendo los enfoques poblacionales, interseccional y territorial, con acciones para eliminar el estigma y abordar determinantes sociales de la salud mental. Además, propone estrategias específicas para abordar los determinantes sociales de la salud mental y promover la inclusión social de personas afectadas por problemas mentales, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.

Que el Decreto 729 del 2025 *"Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental",* establece la organización de los servicios de salud mental en red con enfoque territorial a través de la red nacional de salud mental que operará de manera transversal en el marco de las redes integrales e integradas de salud.

Que el funcionamiento de la Red Nacional de Salud Mental se basará en la articulación y coordinación de todos los actores del sistema para asegurar la atención integral, integrada y continua en salud mental a las personas, familias y comunidades en lo correspondiente a los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, garantizando un acceso sin barreras, oportuno y en condiciones de equidad. De igual forma, la Red Nacional de Salud Mental estará organizada de manera funcional en tres niveles: un Centro Nacional de Referencia, Centros Regionales de Referencia y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que operen en el nivel local, cuyas funcionalidades están determinadas en la mencionada norma.

Que el CONPES 4149 del 2025 establece el concepto favorable para la contratación de un empréstito externo con el fin de financiar el programa para mejorar el acceso a los servicios de salud mental en Colombia, en el objetivo 2 que dispone: *"Fortalecer una red nacional de salud mental con enfoque territorial, en el marco de las RIITS de salud y las capacidades técnicas del talento humano y personal comunitario en atención primaria, para garantizar la promoción, prevención, atención integral, rehabilitación en salud mental".* Dicha red considera a los prestadores locales de atención, distribuidos por subregión, y la conformación de los Centros Regionales de Referencia (39) y un Centro Nacional de Referencia.

Que los centros de referencia constituirán nodos estratégicos de la Red Integrada e Integral

Territorial de Servicios de Salud Mental y tendrán como función contribuir a la articulación, coordinación y fortalecimiento de los distintos niveles de atención, respondiendo integralmente a las necesidades de la población con la prestación de servicios de mediana y alta complejidad. Asimismo, buscarán fortalecer las capacidades del talento humano local con el fin de garantizar que las personas y sus familias accedan a una atención oportuna y de calidad, que garantice además la promoción, prevención, y rehabilitación en salud mental, independientemente de la región en la que se encuentren. Además, liderarán procesos de investigación e innovación en salud mental que respondan a las necesidades particulares de cada territorio, en conjunto con el Observatorio Nacional de Salud; y realizarán fortalecimiento de las capacidades técnicas a los prestadores de servicios de salud mental en los territorios de su área de influencia, así como la implementación de estrategias de información para reducción del estigma.

Que, son actores relevantes en ese escenario las Empresas Sociales del Estado que pueden contratar recursos de salud pública en los términos establecidos en la Resolución 1597 del 2025.

Que, finalmente, este Ministerio, a través de Resolución 737 de 2024, estableció que los actos administrativos que soporten la ejecución de recursos mediante transferencia a los distintos agentes de la administración pública deberán enmarcarse en los requisitos allí previstos y atender a la planeación que la dependencia responsable de la iniciativa del gasto efectúe para la vigencia.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos de elegibilidad y los criterios de priorización para la asignación de los recursos del Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio de Salud y Protección Social, asignados en el Presupuesto General de la Nación para la ejecución de proyectos de inversión viabilizados por el Departamento Nacional de Planeación, destinados al mejoramiento de la Salud Mental, así como las condiciones y directrices para su distribución y asignación a las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones previstas en la presente resolución se encuentran dirigidas a las Empresas Sociales del Estado que resulten habilitadas y seleccionadas para la asignación de recursos, de acuerdo con lo previsto en el presente acto administrativo.

Artículo 3. *Criterios generales de asignación.* Las Empresas Sociales del Estado que aspiren a la asignación de recursos en sus territorios deberán cumplir con los siguientes requisitos generales:

3.1. Manifestación formal de interés suscrita por el representante legal de la Empresa Social del Estado, en la cual se exprese la disponibilidad institucional para implementar el proyecto en concordancia con los lineamientos técnicos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2. Justificación técnica, sustentada en información epidemiológica, demográfica y operativa, presentada por la entidad que describa las brechas o necesidades en:

- Capacidad de respuesta en salud mental.
- Territorios de difícil acceso, zonas rurales dispersas, fronterizos o con limitaciones geográficas que impactan la atención en salud mental.
- Accesibilidad a servicios de salud.

3.3. Contar con habilitación vigente de al menos un servicio de salud mental (psicología, psiquiatría, hospitalización en salud mental, urgencias en salud mental).

Artículo 4. *Criterios de priorización.* Una vez verificados y evaluados los requisitos generales establecidos en el artículo anterior, se priorizarán las Empresas Sociales del Estado que acrediten por lo menos dos (2) de los siguientes criterios de priorización:

4.1. Territorios con alta carga de morbilidad en salud mental, evidenciada por indicadores territoriales de prevalencia.

4.2. Alta vulnerabilidad territorial en salud mental, medida por indicadores del municipio o distrito, tales como:

- Incremento sostenido en intentos de suicidio, o aumento en tasas de suicidios.
- Notificaciones de violencia intrafamiliar o sexual.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA).
- Afectaciones psicosociales derivadas de emergencias, desastres, desplazamiento o crisis humanitarias, entre otros.

4.3. Ubicación en zonas con determinantes sociales críticos, como alguna de las siguientes:

- Municipios con Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).
- Zonas Más Afectadas por el Conflicto (ZOMAC).

- Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).
- Municipios donde se ejecutan los Planes Integrales de Desarrollo Alternativo (PISDA).
- Territorios con presencia de población étnica con barreras de acceso.
- Zonas rurales dispersas con baja densidad poblacional.
- Áreas con alta migración internacional.

4.4. Que la Empresa Social del Estado haya sido identificada como:

- Punto estratégico para cubrir brechas territoriales.
- Nodo local con necesidad de fortalecimiento.
- O parte de las rutas territoriales definidas por el departamento en el marco del Decreto 729 de 2025.

4.5. Experiencia territorial previa en atención primaria en salud con enfoque en salud mental, demostrada mediante participación institucional en acciones comunitarias en los últimos dos años:

- PAPSIVI.
- CAMAD.
- Equipos Básicos de Salud en zonas rurales.
- Estrategias de salud mental comunitaria.
- Programas de prevención del suicidio o reducción del estigma.

Parágrafo. Cuando la entidad receptora no cumpla con alguno de los criterios establecidos en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá valorar la idoneidad técnica y territorial de la Empresa Social del Estado para la asignación de recursos, lo cual deberá constar en concepto técnico expedido por la Dirección de Promoción y Prevención de esta cartera ministerial, en el que se determine la viabilidad de la asignación de los recursos.

Artículo 5. *Condiciones y reglas para la asignación de recursos*. La Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social una vez aplicados los criterios definidos en los artículos precedentes, salvo lo dispuesto en el parágrafo del artículo 4° de la presente resolución, adelantará el proceso de verificación, análisis técnico y priorización, elaborando para cada Empresa Social del Estado — ESE un concepto técnico y financiero que contenga:

1. Resultado de la evaluación de criterios generales.
2. Cumplimiento de criterios de priorización.
3. Análisis técnico y financiero de las propuestas.

Con dicha evaluación este Ministerio comunicará a las Empresas Sociales del Estado potencialmente beneficiarias con el fin de informales el respectivo resultado, a partir del cual podrán ser consideradas para la asignación de recursos, en los términos previstos en los lineamientos técnicos que establezca la Dirección de Promoción y Prevención**.**

Artículo 6. ***Asignación de recursos.*** Este Ministerio, mediante acto administrativo asignará los recursos provenientes del proyecto de inversión correspondiente, y determinará las Empresas Sociales del Estado beneficiarias, el monto de los recursos asignados, los requisitos para el giro y el seguimiento a la ejecución de estos, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 737 de 2024, o aquella que la modifique o sustituya.

Parágrafo. La asignación de recursos por parte de este Ministerio estará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la vigencia fiscal correspondiente y al cumplimiento por parte de las entidades beneficiarias de las condiciones definidas en esta resolución.

Artículo 7. ***Vigencia****.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.3. Resolución 2589 de 2025

Por la cual se establecen criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de recursos destinados a la implementación de acciones sectoriales en salud en el marco del Plan para la Década de Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las previstas en el numeral 42.1, 42.2 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 en concordancia con el numeral 1 y 2 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, en desarrollo del artículo 2.9.2.7.1. del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política de Colombia en su artículo 46 establece la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, en la protección de las personas de la tercera edad y la promoción de su integración a la vida activa y comunitaria.

Que, el artículo 11 de la Ley 1315 de 2009, da la competencia al Ministerio de Salud y Protección Social para establecer los lineamientos técnicos a seguir en los centros de protección social, de día y de atención.

Que, el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 preceptúa que, la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en la fuente normativa mencionada. Adicionalmente, el numeral 8 del artículo 195 de la referida norma, establece que las Empresas Sociales del Estado, por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas del Presupuesto General de la Nación.

Que, el 15 de junio de 2015 es adoptada en Washington, la "Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores" de la Organización de los Estados Americanos (OEA), como un instrumento que tiene el objeto de promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión,

integración y participación en la sociedad.

Que, dicha Convención fue ratificada por Colombia a través de la Ley 2055 de 2020, otorgando al Estado Colombiano la obligación de implementar políticas públicas, planes, programas y proyectos intersectoriales en salud en beneficio de las personas mayores y, en ese sentido, le corresponde a esta cartera ministerial propiciar el fortalecimiento e implementación de acciones sectoriales para garantizar el pleno goce de sus derechos.

Que, en el año 2015, la Organización Mundial de la Salud publicó el documento denominado *"Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud",* en donde se actualiza el concepto de envejecimiento saludable, definiéndolo como el "*proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*".

Que, en el año 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, como el plan de acción concertado, catalizador y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven, a través de la unión de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, profesionales, entre otros, y centrada en cuatro ámbitos de actuación orientados a: i) cambiar la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento; ii) asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; iii) ofrecer una atención integrada y centrada en ellas, con servicios de salud primarios que respondan a sus necesidades; y iv) proporcionar acceso a la atención a largo plazo.

Que, mediante el Decreto 681 de 2022 se adicionó el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, con el objeto de adoptar la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031, que busca garantizar las condiciones para una vejez digna, saludable, autónoma e independiente y, determina los ejes para la implementación por parte del Gobierno Nacional.

Que, según la hoja informativa publicada en línea en octubre del 2023, por la Organización Mundial de la Salud, sobre salud mental de los adultos mayores, aproximadamente el 14% de las personas de 60 años o más padecen algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes, situación que afecta directamente su calidad de vida, autonomía y participación social. Este organismo advierte que, la falta de intervenciones oportunas incrementa el riesgo de dependencia y deterioro funcional, por lo cual los programas de promoción de la salud mental, fortalecimiento de la conexión social y desarrollo de actividades significativas constituyen medidas esenciales e impostergables para garantizar un envejecimiento saludable.

Que, se requiere adelantar acciones que permitan desarrollar los ejes estratégicos: 3. Vida libre de violencias para las personas mayores; 4. Atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado, y 5. Envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez, de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, así como fortalecer institucionalmente los centros públicos de atención a personas mayores, mejorar su articulación intersectorial, cualificar al talento humano, y brindar atención integral a las personas mayores, sus familias y/o cuidadores. Asimismo, proveer de elementos de dotación orientados al bienestar físico y mental, contribuyendo a prevenir la dependencia, promover la autonomía y fomentar la participación social.

Que, este Ministerio, por medio del artículo 4 de la Resolución 737 de 2024, dispuso que los actos administrativos que soporten la asignación de recursos que se ejecutan mediante transferencias, deberán atender a criterios técnicos y financieros previamente definidos por el área de la iniciativa del gasto.

Que, en consecuencia, resulta imperioso que el Ministerio de Salud y Protección Social establezca criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de los recursos a su cargo, destinados a la implementación de acciones sectoriales a desarrollarse en los centros públicos de atención a personas mayores, en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, para generar entornos seguros, servicios de calidad y oportunidades reales de envejecimiento saludable, en concordancia con los principios de la política y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios habilitantes y de ponderación para la asignación de recursos a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) y a las Entidades Territoriales de orden municipal, destinados a la implementación de acciones sectoriales en salud, en el marco del Plan para la Década de Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, determinadas en el anexo técnico que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para el fortalecimiento de los centros de atención a personas mayores de naturaleza pública.

Artículo 2. *Destinatarios*. La presente resolución está dirigida a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) y a las Entidades Territoriales de orden municipal que resulten habilitadas para

la implementación de acciones sectoriales en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.

Parágrafo. Los recursos asignados a las Empresas Sociales del Estado y/o a las Entidades Territoriales, serán destinados exclusivamente a la financiación de la implementación de las acciones sectoriales en salud, de acuerdo con los lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Oficina de Promoción Social, conforme a lo previsto en el artículo 7 de la Resolución 737 de 2024 o aquella que la adicione, modifique o sustituya.

Artículo 3º. *Orden de asignación*. Los recursos se asignarán cada vigencia y hasta el año 2031, de manera sucesiva y gradual, de conformidad con la disponibilidad de recursos con que se cuente en cada vigencia, los cuales deberán ser viabilizados por la Oficina de Promoción Social de este Ministerio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6° de la presente resolución, para lo cual se tendrá en cuenta el listado de los centros de atención actualizado por año, los cuales deberán ser reportados por las secretarías de salud departamentales al Ministerio de Salud y Protección Social, cuando les sean requeridos.

Artículo 4º *Criterios habilitantes*. Las entidades territoriales de orden municipal y las ESE, deberán cumplir con los siguientes criterios para la asignación de recursos:

4.1. Entidades territoriales

4.1.1 Ser municipios clasificados en categorías 5 y 6, conforme al artículo 6 de la Ley 136 de 1994.

4.1.2 Haber adoptado, mediante Acuerdo Municipal, la “Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor”, de conformidad con lo previsto en la Ley 687 de 2001 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, y encontrarse realizando su recaudo en pro de la atención a personas mayores en el municipio.

4.1.3 Contar con al menos un centro público de atención a personas mayores en cualquiera de las modalidades de Centros Vida, Centros Día o Centros de Protección Social, con autorización de funcionamiento expedida por la secretaría de salud departamental o municipal, según sea el caso, y que se encuentre operando en la vigencia en que se asignarán los recursos.

4.2. ESE

4.2.1 Acreditar su habilitación como prestadora de los servicios de psicología, terapia ocupacional o trabajo social, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios

de Salud (REPS). Para la profesión de gerontología no se requerirá de habilitación, en todo caso, los profesionales deberán contar con el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS).

Artículo 5º. *Criterios de ponderación para la distribución*. Se definen como criterios de ponderación los siguientes:

No.	Descripción del criterio	Fuente de verificación
1	Municipios con mayor tasa de personas de sesenta (60) años o más, clasificadas en los grupos A y B del SISBÉN IV.	Departamento Nacional de Planeación (DNP) – Base de datos SISBÉN IV.
2	Municipios con mayor tasa de personas de sesenta (60) años o más, respecto a su población total.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) – Proyecciones de población.
3	Municipios con mayor tasa por cada mil habitantes de personas indígenas de cincuenta (50) años o más, afiliadas al Sistema General de Seguridad Social. (Ley 100 de 1993, artículo 257).	Base Única de Afiliados (BDUA) y proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
4	Municipios con mayor tasa de personas con discapacidad de cincuenta y cinco (55) años o más, según proyección Censo DANE 2018. (Ley 1276 de 2009, artículo 7).	DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Proyecciones de población.

Parágrafo. En caso de que la solicitante sea una Empresa Social del Estado, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá en cuenta la entidad territorial en donde se encuentre ubicada para la ponderación de los criterios establecidos, sin perjuicio de que la E.S.E. preste servicios en varios municipios.

Artículo 6º. *Requisitos documentales*. Las Empresas Sociales del Estado y las Entidades Territoriales de orden municipal que consideren puedan ser beneficiarias de los recursos para la implementación de acciones sectoriales en salud en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, deberán presentar ante la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección social, los documentos que acrediten el cumplimiento de los criterios habilitantes a que hace referencia el artículo 4 de la presente resolución, en los siguientes términos:

6.1. Acuerdo Municipal sobre el recaudo de la “Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor”, de conformidad con lo previsto en la Ley 687 de 2001 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

6.2. Autorización de funcionamiento de los centros públicos de atención a personas mayores, en cualquiera de las modalidades de Centros Vida, Centros de Día para adulto mayor, según lo dispuesto en la Resolución 024 de 2017, modificada por la Resolución 055 de 2018, o Centros de Protección Social, en concordancia con lo establecido en la Ley 1315 de 2009, expedida por la secretaría de salud municipal, distrital o departamental según sea el caso.

6.3. Certificación suscrita por el representante legal de la Empresa Social del Estado (E.S.E) y la secretaría de salud municipal, y/o la entidad territorial, en el que relacione cada uno de los centros públicos de atención a personas mayores.

6.4. Documento con las necesidades de dotación de cada centro de conformidad con el apartado de dotación contenido en el anexo técnico de la presente resolución, la cual deberá estar soportada en los precios del mercado. En el caso de municipios con pertenencia étnica podrán proponer tanto elementos de dotación, como modificaciones a las acciones propuestas, acordes con su cosmovisión, previamente concertadas con las comunidades.

6.5. Carta suscrita por el representante legal de la Empresa Social del Estado (E.S.E) y/o de la entidad territorial, según corresponda, en la que manifieste la intención de apropiar y ejecutar los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y de realizar el reporte técnico y financiero de dicha ejecución, en el marco de la normatividad vigente y de los lineamientos que para tal efecto establezca este Ministerio.

Artículo 7º. *Viabilidad técnica.* La Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, como responsable del direccionamiento de la asignación de recursos para la implementación de acciones sectoriales en salud en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, mediante documento técnico, certificará el cumplimiento de los criterios habilitantes, los criterios de ponderación y los requisitos establecidos para la distribución y asignación de los recursos que se destinen a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) y a las entidades territoriales para la operación de la misma.

Artículo 8°. *Asignación de recursos.* El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo, asignará los recursos correspondientes a cada vigencia hasta el año 2031, previa

viabilidad técnica y, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la vigencia fiscal correspondiente, con el fin de implementar las acciones sectoriales en salud previstas en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, contenidas en el anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo 9°. *Seguimiento*. La Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con lo establecido en los artículos 11 y 12 de la Resolución 737 de 2024 o en la norma que la modifique, adicione o sustituya, efectuará el monitoreo y seguimiento a la ejecución de los recursos que se asignen para la implementación de acciones sectoriales en el marco del Plan para la Década del Envejecimiento Saludable y de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031.

Artículo 10. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.4. Resolución 2605 de 2025

Por la cual se ordena equiparar el valor de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en el noventa y cinco por ciento (95%) del valor de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008, del Auto 2049 de 2025 y de otras providencias de la Honorable Corte Constitucional

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confieren el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, los numerales 34 y 36 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el artículo 2o del Decreto número 2562 de 2012, el literal i del artículo 5o de la Ley 1751 de 2015, y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 100 de 1993 en su artículo 182 determina que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconocerá y pagará a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) un valor per cápita, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de la prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y se define por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los estudios técnicos adelantados y las condiciones financieras y de sostenibilidad del sistema, con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en lo individual, en el marco de la Ley 1751 de 2015.

Que, en virtud del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el aseguramiento en salud delega a las EPS la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario; todo lo cual exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas para la prestación y suministro de los servicios y tecnologías de salud financiados con cargo a la UPC, como responsables de cumplir las funciones indelegables del aseguramiento.

Que el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 prevé, en relación con los gastos de administración de las EPS, que para el Régimen Contributivo se destinará máximo el 10% del valor de la UPC y para el Régimen Subsidiado, máximo el 8% del valor de la UPC, la diferencia es el valor destinado a la prestación de los servicios de salud.

Que, a través de la Sentencia T-760 de 2008, la Honorable Corte Constitucional identifica fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, diferencias inadmisibles entre el plan de beneficios del régimen subsidiado y el plan de beneficios del régimen contributivo, en especial, para los menores de edad; y como consecuencia de ello, en el conjunto de órdenes estructurales, en la orden vigésima primera dispuso la unificación de los planes de beneficios para todos los niños y las niñas tanto del régimen contributivo como del subsidiado, teniendo en cuenta los ajustes que fueran necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura; y en la orden vigésima segunda, la adopción de un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios en ambos regímenes, teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema de salud vigente.

Que, mediante los Autos 261 y 262 de 2012, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional determinó que, a pesar de que en dicho año se había alcanzado el propósito de unificación del plan de beneficios del régimen subsidiado y del régimen contributivo, no resultaba admisible mantener la diferencia entre la UPC del régimen subsidiado y la UPC del régimen contributivo; no obstante, advirtió la insuficiencia de las bases de datos con que disponía la autoridad regulatoria para adelantar su fijación y dispuso la igualación de las primas de ambos regímenes, tanto para la población en general, como para los menores de edad, hasta tanto se contara con una metodología óptima o apropiada para calcular dicha prima.

Que, en el Auto 411 de 2016, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, al declarar el cumplimiento medio de algunas órdenes contenidas en los Autos 261 y 262 de 2012, por no contar con datos confiables, en el ordinal quinto de la parte resolutiva ordenó *"(ii) Adoptarlas medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para que el porcentaje de equiparación de la UPC aumente el porcentaje de equiparación a la meta del 95 % señalada por el Gobierno".*

Que, en el Auto 109 de 2021, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional evidenció que persiste la *"(i) baja calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado al punto que la misma no puede ser empleada en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; (...) y (iii) que la información proveniente de la frecuencia*

de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado es deficiente"; y que el Ministerio de Salud y Protección Social "tampoco equiparó el porcentaje del valor de la prima del RS al 95% del monto establecido para la UPC-C, ya que actualmente la UPC-S corresponde al 92,94% de la del RC, por lo que aún falta acercarse en un 2,06%". En consecuencia, reiteró ¡a obligación del Ministerio de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Auto 411 de 2016, entre otras, la del literal (¡i) del numeral quinto de la parte resolutiva, transcrito en el considerando precedente.

Que, a través del Auto 996 de 2023, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional evidenció que, si bien hubo avances al determinar por primera vez la UPC del régimen subsidiado con datos propios del citado régimen, *"encontró un injustificado retroceso en la diferencia de los valores de la UPC en ambos regímenes para la vigencia 2022, pues la brecha existente entre estas cantidades no superaba el 7% y ahora incluso excede el doble y se encuentra en un 16.36% (...)" y que "Lo anterior refleja que, durante los últimos años se mantuvo una brecha porcentual entre las UPC de ambos regímenes sobre el 10% y, aunque esta fue disminuyendo y se avanzó en la equiparación de estos valores, el resultado que al parecer se esperaba obtener en el 2022, en realidad comportó un retroceso bajo el argumento de que se empleó la información propia del RS para establecer el cálculo, pero la Sala no encuentra datos claros que justifiquen el aumento notorio de dicha brecha porcentual."*

Que, en el Auto 007 de 2025, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional determinó que el cálculo de la UPC en el régimen subsidiado volvió a efectuarse sin datos propios de las EPS del citado régimen y que al analizar la brecha existente entre ambos regímenes evidenció que, si bien hubo una disminución en los años 2019, 2020 y 2021, a partir de la definición de la UPC de la vigencia 2022 (Resolución 2381 de 2021), pues pasó de estar en 7.07% en el 2021 a 13.02%, sin que a la fecha de valoración haya disminuido esa cifra y, sin que exista justificación alguna, observó un retroceso en la equiparación y una desmejora en lo que se había avanzado. Por lo anterior, a través del numeral 3.11 del ordinal tercero de la parte resolutiva dispuso la adopción de medidas necesarias para dar cumplimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008 y al Auto 411 de 2016, entre otros, el numeral (ii) de la orden quinta y en particular, *"equiparar al 95 % del valor de la UPC del PC el valor de la UPC del RS mientras no demuestre la suficiencia de la prima del régimen subsidiado* (...)".

De manera adicional, el ordinal décimo de la parte resolutiva del Auto 007 de 2025 dispuso ordenar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que *"garantice los recursos necesarios para el acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo impartidos en la Sentencia T-760 de 2008"* según lo expresado en los fundamentos jurídicos 198 y 199 del citado Auto.

Que, mediante el Auto 2049 de 2025, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional dispuso dar apertura, de oficio, al incidente de desacato contra el Ministro de Salud y Protección Social *"por el incumplimiento del numeral 3.11 de la resolutiva tercera del Auto 007 de 2025 (en lo que respecta al componente de suficiencia de la UPC de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda)"*. En este Auto reitera que, constituye obligación del Estado la responsabilidad de presupuestar los recursos necesarios en cada vigencia y, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la de garantizar su disponibilidad y giro (fundamento jurídico 82).

Que en el Auto 007 de 2025 de la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T760 de 2008 se evidenció que el aumento de la brecha entre las primas puras de la Unidad de Pago por Capitación de los regímenes subsidiado y contributivo, y la desmejora en un incremento a casi el doble se configuró en el periodo de Gobierno 2018-2022, lo cual le permite a esta Cartera Ministerial coincidir con el Alto Tribunal de lo Constitucional en la inaceptabilidad de la desmejora en el nivel alcanzado de la equiparación en el 95% de la prima pura de la Unidad de por Capitación del Régimen Subsidiado, frente a la prima pura del Régimen Contributivo.

Que, en virtud de lo anterior, actuando de conformidad con los principios de eficiencia, de eficacia administrativa y debida diligencia, por solicitud del Señor Ministro de Salud y Protección Social se convocó a Sesión Extraordinaria No. 51 de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud para el 15 de diciembre de 2025.

Que en Sesión Extraordinaria No. 51 realizada el 15 de diciembre de 2025, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud recomendó por unanimidad equiparar la prima pura del Régimen Subsidiado con la prima pura del Régimen Contributivo al 95% a partir de la vigencia 2026 teniendo en cuenta las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 2049 de 2025 de la Corte Constitucional.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social ratifica su compromiso con la ejecución diligente y efectiva de las órdenes judiciales impartidas por la Corte Constitucional, con el propósito de garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección del derecho fundamental a la salud de toda la población.

Que las actuaciones del Ministerio de Salud y Protección Social han estado siempre encaminadas a la salvaguarda de los recursos públicos que financian la Unidad de Pago por Capitación, en aras de garantizar la sostenibilidad del sistema, de defender la destinación específica de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud prevista constitucionalmente y de

lograr el acceso equitativo a los servicios de salud, sin que en ningún momento haya existido una actitud de renuencia o desacato frente a las órdenes judiciales impartidas.

Que esta decisión histórica de equiparar la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado al 95% de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, corrige la desmejora de la brecha entre las primas puras de los dos regímenes causada en el periodo de Gobierno 2018- 2022 e implica un significativo aumento en los recursos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte del Estado, lo cual impactará favorablemente la sostenibilidad del sistema y la garantía del derecho fundamental a la salud de la población.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente Resolución ordena la equiparación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) al noventa y cinco por ciento (95%) de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) a partir de la vigencia 2026.

El valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado equiparada será incluido en el acto administrativo por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se expresará en la estructura de costo por sexo y grupo etario, Unidad de Pago por Capitación por zona especial de dispersión geográfica, Unidad de Pago por Capitación para ciudades, Unidad de Pago por Capitación para el departamento de Guainía, Unidad de Pago por Capitación para EPSI, Unidad de Pago por Capitación para zona especial por dispersión geográfica para EPSI, y la Unidad de Pago por Capitación en ciudades para EPSI.

Artículo 2. Cálculo de escenarios financieros en el incremento de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado. Con el fin de dar cumplimiento a la orden de equiparación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) al 95% de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C), el Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Segundad Social en Salud - ADRES deberán realizar el cálculo de diferentes escenarios financieros en el que se evalúen incrementos de la UPC del Régimen Subsidiado teniendo en cuenta que sobre los valores propuestos se reconocerán o se mantendrán los

porcentajes de las primas adicionales, o de los valores diferenciales señalados en el artículo 1 de la presente Resolución.

Artículo 3. Recursos adicionales para el cumplimiento a la orden de equiparación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado al 95% de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo. El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la necesidad de recursos, solicitará al Ministerio de Hacienda y Crédito Público el monto requerido para dar cumplimiento a los valores fijados, quien en el marco del ordinal décimo de la parte resolutiva del Auto 007 de 2025 debe garantizar los recursos necesarios para el cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008 y en sus autos de seguimiento.

Artículo 4. Vigencia. La presente resolución surte efectos a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.5. Resolución 2606 de 2025

Por medio de la cual se adoptan las medidas necesarias para el diagnóstico, diseño, formulación, implementación, ejecución, seguimiento, evaluación y ajuste del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 2049 de 2025 y otras providencias de la Honorable Corte Constitucional 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 numerales 1, 2, 5, 6, 15 y 20 del artículo 6 del Decreto Ley 4107 de 2011, en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 2049 de 2025 y demás providencias de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO

Que en la Sentencia T-760 de 2008 la Sala de Revisión de la Corte Constitucional estudió veintidós (22) acciones de tutela, lo cual permitió identificar fallas estructurales al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales ocasionaban graves problemas en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, tales como: (i) zonas grises en las coberturas del entonces Plan Obligatorio de Salud (en adelante POS), hoy Plan de Beneficios en Salud (en adelante PBS), que servían de justificación para negar servicios cubiertos; (¡i) diferencias inaceptables entre los planes de beneficios de los regímenes en salud; (¡ii) falta de reglamentación sobre el acceso a los servicios no incluidos en el PBS, requeridos con necesidad por los usuarios del sistema (hoy servicios excluidos de financiación con recursos públicos de la salud); (iv) demoras y obstáculos en el procedimiento de recobros; (v) ausencia de información sobre los derechos y deberes de los usuarios y frente al desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (en adelante EPS); y (vi) desconocimiento de la universalidad de la cobertura y del plazo legal definido para alcanzarla.

Que la mencionada providencia se desarrolló desde la perspectiva de cuatro ejes temáticos relacionados con: (i) la precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios; (¡i) la sostenibilidad y el flujo de recursos; (iii) la cobertura universal; y (iv) la medición de acciones de tutela, carta de deberes, derechos y desempeño y divulgación de la sentencia. A partir de lo anterior, impartió dieciséis (16) mandatos generales a diferentes autoridades con el fin de que se adoptarán las medidas necesarias para corregir las problemáticas identificadas.

Que, en el marco de la Sentencia T-760 de 2008, la Sala Especial de Seguimiento ha proferido sesenta y nueve (69) autos de valoración dentro del seguimiento, mediante los cuales ha calificado el grado de cumplimiento de los mandatos estructurales, así como las directrices impartidas en el caso focalizado del Hospital San Francisco de Asís de Quibdó, Chocó.

Que las órdenes estructurales emitidas por parte de la Corte Constitucional han generado un impacto significativo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Que, sobre el particular, la Corte Constitucional mediante el Auto 2049 de 2025 precisó que las órdenes estructurales que emitió a través de la Sentencia T-760 de 208 revisten las características de órdenes complejas las cuales, según la jurisprudencia del mismo tribunal, tienen las siguientes características:

> *"(i) requieren de un sin número de acciones a realizar por distintas instituciones y autoridades intervinientes en el asunto que aseguren el detenimiento de la vulneración masiva y generalizada de los derechos fundamentales; (ii) se desarrollan en un mediano y/o largo plazo y, (iii) se dirigen a proponer una solución a una falla de tipo estructural, eventualmente interviniendo en el diseño y ejecución de políticas públicas. Sin embargo, lo particular de los mandatos impávidos radica, en que más allá de contar con tales características que pueden asemejarlas a órdenes complejas, su finalidad en realidad radica en generar cambios estructurales, en contraposición a los coyunturales, atacando problemáticas que persisten en el tiempo, que atañen a una generalidad y que por lo mismo pueden enmarcarse en la órbita de la política pública.*

Que, reconociendo la complejidad de las órdenes impartidas en la Sentencia T-760 de 2008 y en los autos de valoración proferidos por parte de la Sala Especial de Seguimiento, la Corte señaló en el citado Auto que, transcurridos diecisiete (17) años de seguimiento, a pesar de reportarse avances en el cumplimiento de la sentencia estructural, aún persisten aspectos y cuestiones que son objeto de mejora y que deben ser abordados por medio de la formulación e implementación de un plan de acción.

Que en la parte considerativa del Auto 2049 de 2025 la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 señaló que los planes de acción cumplen una doble función: (i) permiten la materialización técnica y gradual de órdenes estructurales o complejas, y (¡i) sirven como instrumento de seguimiento para asegurar la coherencia entre los objetivos del fallo y las acciones emprendidas por las entidades responsables. Además, su formulación busca garantizar un cumplimiento progresivo, verificable y sostenible de las órdenes impartidas, y facilita la identificación de obstáculos, la redefinición de estrategias y la articulación institucional necesaria para la materialización del amparo.

Que, de igual manera, la Corte Constitucional señaló que el plan de acción deberá tener un componente a corto, mediano y largo plazo como herramienta destinada a superar los obstáculos persistentes, evitar nuevas regresiones y asegurar que las órdenes estructurales produzcan resultados reales. Así mismo, que este plan busca impulsar el restablecimiento efectivo del derecho a la salud mediante medidas coordinadas, verificables y sujetas a control judicial, y se concibe como un instrumento que orienta la acción de las entidades responsables sin exonerarlas del cumplimiento inmediato de cada mandato vigente.

Que, la Corte Constitucional en el citado Auto 2049 de 2025 determinó que dicho plan se denominará el "Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS" el cual deberá contener las siguientes fases: (i) Fase de diagnóstico y delimitación del problema, (ii) Fase de diseño y formulación estratégica, (iii) Fase de implementación y ejecución y (iv) Fase de seguimiento, evaluación y ajuste.

Que, en virtud de lo anterior, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, en el ordinal cuarto de la parte resolutiva del Auto 2049 de 2025 ordenó lo siguiente: "*CUARTO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro de los tres (3) meses siguientes a la notificación de esta providencia, FORMULE Y REMITA UN PLAN INMEDIATO DE ACCIONES EN SALUD - PIAS sobre las órdenes estructurales décima sexta a trigésima, con estricta sujeción a los mandatos impartidos en los autos de seguimiento 1174 de 2025, 1282 de 2025, 1281 de 2025, 007 de 2025, 1175 de 2025, 1283 de 2025 y 1280 de 2025 (supra f.j. 109.1.), que, en atención a sus competencias y las facultades de las demás entidades concernidas en el seguimiento, contenga una fase de: (i) diagnóstico y delimitación del problema; (¡i) diseño y formulación estratégica; (iii) implementación y ejecución, y (iv) seguimiento, evaluación y ajuste, de conformidad con lo señalado en el fundamento jurídico 109 de esta providencia".*

Que, como líder del Sector Administrativo de Salud y Protección Social de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del Decreto Ley 4107 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social vinculará en la formulación y ejecución del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, a aquellas entidades adscritas y vinculadas a la Cartera Ministerial, así como a las demás entidades y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan competencias o roles sobre las materias que versa la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 2049 de 2025 y demás providencias de la Corte Constitucional.

Que, en ese orden de ¡deas, por medio de la presenta resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta todas las medidas necesarias para el diagnóstico, diseño, formulación, implementación, ejecución, seguimiento, evaluación y ajuste del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, en cumplimiento de lo ordenado por parte de la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 2049 de 2025 y demás providencias judiciales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente resolución se adoptan todas las medidas necesarias para el diagnóstico, diseño, formulación, implementación, ejecución, seguimiento, evaluación y ajuste del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, en cumplimiento de lo ordenado por parte de la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, el Auto 2049 de 2025 y demás providencias judiciales.

Artículo 2. Fases del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS. De conformidad con lo establecido en el Auto 2049 de 2025 de la Honorable Corte Constitucional el Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, contendrá las siguientes fases:

2.1. Fase de diagnóstico y delimitación del problema: en la fase de diagnóstico y delimitación del problema las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social deberán identificar y considerar las fallas estructurales expuestas en el Auto 2049 de 2025 para efectos de guiar el plan.

En esta fase, también deberán definirse los indicadores del goce efectivo del derecho a la salud y realizarse la etapa de participación efectiva ciudadana, donde se recopilen insumos de todos los actores del sistema y los órganos de control, para a partir de allí proferir una evaluación sobre el alcance, los responsables y la disponibilidad de recursos para su ejecución.

2.2. Fase de diseño y formulación estratégica: en la fase de diseño y formulación estratégica se definirán los objetivos, metas y plazos tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, las alternativas de solución y el diseño del plan.

2.3. Fase de implementación y ejecución: en la fase de implementación y ejecución deberá (a) emitirse los actos administrativos necesarios para darle fuerza a la ejecución del plan, (b) establecerse los mecanismos de coordinación entre todas las entidades involucradas, especialmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, para su respectiva ejecución y (c) asegurarse el flujo de oportuno de recursos asignados al plan.

2.4. Fase de seguimiento, evaluación y ajuste: en la fase de seguimiento, evaluación y ajuste se adelantará un efectivo y oportuno seguimiento al cumplimiento del Plan de Inmediato de Acción en Salud - PIAS, para efectos de efectuar los ajustes a los que hubiere lugar.

Parágrafo. La responsabilidad de liderar cada una de las fases del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, recae en el Viceministro de Protección Social y el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.

Artículo 3. Contenido y articulación de los plazos del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS. Para determinar el contenido y los plazos del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS, deberán seguirse las siguientes reglas:

3.1. El contenido del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS debe referirse al cumplimiento de las órdenes objeto de seguimiento que no han alcanzado un nivel de cumplimiento alto o cumplimiento general y los autos de valoración emitidos por parte de la Corte Constitucional.

3.2. No se renovarán los plazos ya emitidos en providencias anteriores de la Corte Constitucional. Es decir, el Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS deberá articularse con los tiempos definidos en los autos de seguimiento a fin de lograr la formulación y puesta en marcha del mismo bajo las condiciones y dentro de los términos inicialmente impartidos en las referidas providencias.

En virtud de lo anterior, las dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas por parte de la Corte Constitucional deberán presentar ante la Dirección Jurídica, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la expedición del presente acto administrativo, la identificación de las fechas en las cuales se deben cumplir las órdenes impartidas por la Corte Constitucional de conformidad con los términos otorgados en los autos de valoración originales, los cuales podrán ser consultados y verificados en el micrositio de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008: https://www.corteconstitucional.gov.co/ses-t-760- 08/index.php

3.3. Las acciones por desarrollar en el PIAS deberán circunscribirse a atender las órdenes contenidas en los autos de seguimiento aludidos, so pena de que la Corte Constitucional inicie un trámite incidental de desacato y que la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Salud y Protección Social inicie las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar.

3.4. En relación con el componente de sostenibilidad financiera, el PIAS debe concretar desde esa perspectiva como se debe financiar de forma suficiente el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello se deben incluir estrategias precisas a corto plazo para asegurar el componente de sostenibilidad financiera del sistema.

3.5. El componente de sostenibilidad financiera del sistema deberá ser entregado dentro del mes siguiente a la notificación del Auto 2049 de 2025, debiéndose poner en marcha en un plazo no mayor a un mes siguiente a su presentación.

Artículo 4. ***Conformación de Grupos Técnicos y designación de Líderes Técnicos para articular las actuaciones que permitan avanzar en el cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 con el alcance definido en el Auto 2049 de 2025 de la Corte Constitucional.*** Con la finalidad de garantizar una adecuada articulación, la responsabilidad de adelantar las actuaciones que permitan avanzar en el cumplimiento de las distintas órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 con el alcance definido en el Auto 2049 de 2025 de la Corte Constitucional, se asignará de manera colegiada, considerando las competencias y funciones de las respectivas dependencias de esta Cartera Ministerial, entidades y servidores públicos vinculados al cumplimiento de cada orden, entre los cuales se designará un Líder Técnico.

El Líder Técnico se encargará de identificar, formular propuestas de acciones específicas, cronogramas de trabajo y, en general, de liderar el desarrollo y ejecución de todas las actuaciones que demande el cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008, contentivas tanto en la providencia originaria como en los autos de valoración posteriores, en especial, atendiendo lo señalado en el Auto 2049 de 2025.

Por su parte, el Grupo Técnico se encargará de ejecutar las acciones requeridas para el cumplimiento de las órdenes asignadas, así como de los autos específicos de valoración, bajo la dirección del Líder Técnico correspondiente.

Artículo 5. Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas por parte de la Corte Constitucional en el cumplimiento de las órdenes contenidas en la Sentencia T-760 de 2008 y designación de Grupos Técnicos y Líderes Técnicos responsables. El Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS deberá contener, como mínimo, las acciones específicas que a continuación se relacionan, de las cuales serán responsables una o más dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, entidades públicas adscritas a esta Cartera Ministerial y otras entidades que tienen competencias sobre los asuntos correspondientes a cada una de las órdenes, las cuales se agruparán en Grupos Técnicos y contarán con un Líder Técnico, de la siguiente manera:

5.1. Órdenes 17 y 18 de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Procedimiento Técnico Científico y Participativo (PTCP): en la última valoración se encontró que, aun cuando el MSPS implementó medidas conducentes al actualizar el PTCP, a través de la Resolución 318 de 2023, estas todavía no resultaban suficientes, pues existen (i) problemas en el mecanismo de participación del PTCP, (ii) dudas o desconocimiento de la comunidad, de que algunos servicios, que no han sido expresamente excluidos, pertenecen al PBS, pese a que no están financiados con la UPC y (iii) barreras en la prescripción de los servicios cubiertos por el PBS que no se financian con la UPC y tampoco han sido expresamente excluidos de financiación con recursos públicos de la salud".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de las órdenes 17 y 18 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Garantizar la posibilidad de participación ciudadana en el PTCP a través de canales virtuales y presenciales en todo el territorio nacional. (ii) Publicitar la normativa que contiene las coberturas no UPC, para que la comunidad en general la conozca. (iii) Dar mayor publicidad a la herramienta Pos Populi, pues esta ayuda a los actores del SGSSS a clarificar los contenidos del PBS. Lo anterior, toda vez que desde la emisión de la sentencia estructural la Corte precisó que la finalidad de estas órdenes se circunscribe a garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. También se busca eliminar la incertidumbre respecto del contenido del PBS, ya que esto afecta gravemente el derecho a la salud de las personas, no solo por cuanto impone barreras en el trámite para acceder a los servicios, sino también porque impide adoptar las medidas necesarias para asegurar su financiación.

Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LAS ÓRDENES 17 Y 18** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iii) Grupo de Comunicaciones – Coordinadora del Grupo de Comunicaciones. (iv) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (v) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial.
	(vi) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones - Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

5.2. Orden 23 de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"1. Prescripción de servicios PBS no UPC: este módulo se encuentra en progreso porque se mantienen medidas conducentes para el funcionamiento en Mipres. En todo caso se presentan quejas por errores en la prescripción, negación de servicios que están codificados, baja capacitación en EPS, IPS y profesionales de la salud, etc.. No se realiza seguimiento de las Juntas de Profesionales de la Salud (en adelante JPS) ni se resuelven oportunamente solicitudes.* *2. Prescripción de servicios excluidos de financiación con recursos públicos de la salud cuando se cumplan los requisitos establecidos en la Sentencia C-313 de 2014: recientemente, esta función comenzó con algunos medicamentos en el régimen subsidiado. Lo que demuestra una implementación progresiva. Empero, no se aplicó en el régimen contributivo a pesar de que así se ordenó en el año 2020".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 23 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Incluir en el MIPRES los servicios que la Corte ha determinado que están en el PBS no UPC (por ejemplo: las sillas de ruedas). (ii) Ejecutar un plan de trabajo para el funcionamiento de los servicios excluidos del régimen contributivo e incluir tanto medicamentos como servicios y tecnologías. (iii) Registrar plenamente los errores de la herramienta. (iv) Capacitar a los profesionales en las dos modalidades. (v) Profundizar en temas relacionados con la trazabilidad de la herramienta y funcionamiento de las JPS. (vi) Considerar un sistema de alarmas para negaciones de servicios codificados o errores frecuentes en el proceso. Fortalecer el seguimiento al uso del formato de contingencia. Igualmente, al tenerse las dos funciones debe considerar todas las falencias previstas en la última valoración para estas.

	Lo anterior es importante, ya que esta orden busca "cesar el desconocimiento sistemático 'del derecho a acceder a los servicios de salud requeridos, exigiendo el 'trámite previo' de interponer una acción de tutela' porque no existe ninguna otra vía legal que permita acceder a algunos servicios que también hacen parte central del derecho fundamental a la salud.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 23** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iii) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (iv) Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (v) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (vi) Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud – Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud. (vii) Dirección de Promoción y Prevención – Director de Promoción y Prevención. (viii) Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

5.3. Orden 24 (parte de cumplimiento medio) de la Sentencia T-760 de 2008.

a. Subtema: flujo de recursos.	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Flujo de recursos: la problemática que persiste radica en que, aunque se han suscrito contratos de transacción y realizado pagos parciales de los valores aprobados por APF, el saneamiento de la cartera no ha culminado, subsisten montos relevantes sin ejecutar, se presentan demoras en la suscripción de algunos contratos por parte de las EPS y no existe aún un horizonte cierto para el cierre definitivo del proceso. Esto mantiene un rezago financiero que continúa afectando el flujo de recursos y la estabilidad de los prestadores de servicios de salud".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 24 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Para superar el rezago del APF: la Adres debe culminar la suscripción de todos los contratos de transacción pendientes, ejercer gestiones coercitivas frente a las EPS renuentes y efectuar el giro total de los valores aprobados con soportes de pago efectivo. (ii) Se debe garantizar la disponibilidad y asignación presupuestal necesaria, fijar un cronograma obligatorio de cierre del APF, ejercer seguimiento directo y permanente sobre la ejecución de los pagos hasta acreditar su culminación total. El saneamiento de la cartera resulta un elemento central para el cumplimiento de la orden, en tanto esta persigue garantizar un flujo oportuno y continuo de los recursos del sistema de salud. Los dineros que se liberan mediante la cancelación de las deudas acumuladas permiten restablecer la liquidez de las EPS, asegurar el pago regular a la red prestadora y mejorar su sostenibilidad financiera, condiciones indispensables para la prestación ininterrumpida de los servicios.

Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 24 - SUBTEMA A.** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder técnico).** (ii) Administradora General de los Recursos del Sistema General de Seguridad en Salud – Director General de la ADRES. (iii) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial. (iv) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

b. Subtema: sobrecostos de medicamentos.	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Sobrecostos de medicamentos: por la reciente implementación de la Circular 18 de 2024, se requiere tiempo para evaluar sus efectos reales sobre la contención de precios, la reducción de sobrecostos y la estabilidad del mercado farmacéutico e identificar si se trata de una medida sostenible en el tiempo".*

Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 24 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe consolidar la regulación de precios de medicamentos mediante la aplicación sostenida de la Circular 18 de 2024. (ii) Se deben fortalecer los mecanismos de seguimiento y sanción. (iii) Se debe garantizar la trazabilidad de los precios en toda la cadena de suministro y evaluar periódicamente el impacto de las medidas adoptadas, para asegurar que los controles se mantengan en el tiempo y contribuyan de forma efectiva a reducir los sobrecostos y preservar la sostenibilidad del sistema de salud. Esto es importante porque solo mediante un control efectivo, permanente y trazable de los precios de los medicamentos puede evitarse la generación de sobrecostos que desfinancian el sistema, proteger los recursos públicos y garantizar la sostenibilidad financiera necesaria para la prestación continua de los servicios de salud.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 24 - SUBTEMA B.** (i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios **(Líder técnico)** (ii) Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud – Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud. (iii) Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Director General del INVIMA.
	(iv) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud.

5.4. Orden 16 déla Sentencia T-760 de 2008.

a. Subtema: oportunidad en la prestación de servicios de salud.	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Oportunidad en la prestación de servicios de salud: en la valoración de este componente la Sala observó que el MSPS, (i) no cumplió con las actividades que planteó en los cronogramas y planes de trabajo; (ii) no implementó nuevas medidas para regular e iniciar el registro para recaudar la información sobre el tiempo que tardan los pacientes en ser atendidos en los diferentes servicios de salud; (iii) entregó datos que no proporcionan seguridad ni certeza, pues son sustancialmente diferentes a los reportados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); (iv) de conformidad con la información recopilada por el instituto, la espera en promedio para acceder a los servicios es muy elevada y (v) los usuarios continúan presentando un gran número de quejas y tutelas para acceder a los servicios de salud".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 16 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Definir los tiempos máximos en los cuales deben asignarse las citas de medicina especializada y realizarse los diferentes procedimientos. (ii) Regular e iniciar un registro sobre el tiempo que tardan los pacientes en (a) ser clasificados en nivel triage; (b) ser atendidos en urgencias; (c) asignársele cita de medicina especializada; (d) la realización y dispensación de los procedimientos, tecnologías y medicamentos que se le han ordenado; (e) la asignación de citas de medicina y odontología general, y especializada y, (f) obtener el suministro de procedimientos y medicamentos, respecto de quienes hicieron uso del mecanismo de portabilidad.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 16 – SUBTEMA A** (i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios **(Líder Técnico)**

	(ii) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social. (iii) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (iv) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (v) Oficina de Calidad - Jefe de la Oficina de Calidad. (vi) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (vii) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud. (viii) Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) – Director General del IETS.

b. Subtema: acceso a medicamentos.	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Acceso a medicamentos: la Corte encontró que: (i) existe una cartera entre los distintos actores del sistema de salud, con especial afectación en los gestores farmacéuticos y las propias EPS, situación que impide el suministro de fármacos, pues la falta de flujo de recursos limita la dispensación de medicamentos PBS; (ii) de 2022 a julio de 2025, la no entrega, entrega incompleta o inoportunidad en entrega de medicamentos ha ido en aumento, pues así lo demuestra el incremento desmedido de acciones de tutela; (iii) aunque en el país no hay desabastecimiento de medicamentos, se advierten problemas de dispensación en el territorio; (iv) los trámites represados en el Invima constituyen una barrera de acceso a los medicamentos y, (v) la ausencia de información real y actualizada impide que los actores del sistema emitan alertas sobre la falta de disponibilidad de los fármacos".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 16 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe crear un sistema unificado de información o adecuar el sistema de monitoreo de abastecimiento de medicamentos como una plataforma pública interoperable y en línea que consolide información del Sismed, Mipres, Invima, EPS, IPS, laboratorios y gestores farmacéuticos y las bases de datos que considere, con datos actualizados y de

	consulta ciudadana para no llegar a la inexistencia de estas tecnologías e identificar sobrecostos en el SGSSS. (ii) Consolidar de forma definitiva la cartera adeudada que tienen las EPS con los gestores farmacéuticos. (iii) Elaborar una estrategia de plan de pago con las EPS hacia los gestores, para garantizar la eliminación de los bloqueos en la dispensación a través de los canales institucionales. (iv) Realizar un seguimiento constante al Invima para superar el represamiento de trámites en la entidad.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ORDEN 16 – SUBTEMA B** (i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios **(Líder Técnico)** (ii) Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud – Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud. (iii) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jede de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (iv) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (v) Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Director General del INVIMA. (vi) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud. (vii) Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Director de la ADRES.

5.5. Orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"No existe un registro que incluya la totalidad de las negaciones, teniendo en cuenta las expresas y tácitas, consideradas estas últimas como aquellos servicios que fueron autorizados, pero no prestados oportunamente. Tampoco se ha creado el mecanismo de alarma que se active ante la negación de un servicio PBS. Si bien el MSPS expidió la Resolución 1632 de 2025, no será implementada dentro del término ordenado por esta Corte, teniendo en cuenta que se estipuló un periodo de transición de 12 meses contados a partir de la fecha de expedición del acto administrativo para su entrada en vigor. Además, frente a dicho acto administrativo, la Corte observa que no se contempló conservar el auto reporte que actualmente realizan las EPS; su eliminación implicaría la pérdida de una fuente de información que garantiza la continuidad de la curva de seguimiento y la trazabilidad histórica de las negaciones. El número de negaciones de servicios PBS continúa en aumento. La ausencia de información frente a la devolución del dinero correspondiente a la UPC pagada cuando se imponga la barrera por negación de un servicio PBS impide identificar el total adeudado, el porcentaje recuperado y los resultados de las medidas implementadas por el MSPS".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe dar cumplimiento a lo establecido en el Auto 1281 de 2025 e implementar, a más tardar el 1° de enero de 2026, el registro con la totalidad de negación de servicios, así como el mecanismo de alarmas automáticas que se active ante el registro de una negación de servicios o tecnologías incluidas en el PBS financiadas con la UPC. (ii) Registrar el número total de negaciones en los próximos informes de servicios negados. (iii) Implementar las medidas conducentes a desestimar la negación de servicios. (iv) Reportar a la Corte un informe con el histórico de reembolsos solicitados e indicar los valores recaudados en el proceso de devolución de la UPC pagada sin justa causa ante la negación de servicios.

Dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 19** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico)**
	(ii) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. (iii) Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iv) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (v) Oficina de Calidad – Jefe de la Oficina de Calidad. (vi) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (vii) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (viii) Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

5.6. Orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Escasas medidas para la formulación de la metodología de medición para la elaboración del ranking de EPS e IPS y falta de actualización de los criterios de evaluación conforme la Ley Estatutaria y la Sentencia C-313 de 2014, con la participación de todos los actores del sistema".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 20 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe convocar a sesiones técnicas a todos los actores del SGSS para actualizar los criterios de evaluación. (ii) Actualizar una metodología de medición que incluya los criterios de evaluación definidos en las sesiones técnicas. (iii) Elaborar el ranking de EPS e IPS conforme dichos criterios. (iv) Publicarlo a toda la ciudadanía. Lo mencionado, es importante, ya que la elaboración de los rankings en los términos establecidos por la Corte permite a los usuarios conocer desde todas las aristas, el funcionamiento de cada EPS o IPS, para con ello ejercer su derecho a la libertad de escogencia, con base en conocimientos reales.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 20** (i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios - Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. **(Líder Técnico)** (ii) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social. (iii) Oficina de Calidad – Jefe de la Oficina de Calidad. (iv) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (v) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (vi) Dirección de Epidemiología y Demografía – Director de Epidemiología y Demografía. (vii) Grupo de Comunicaciones – Coordinadora del Grupo de Comunicaciones. (viii) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud.

5.7. Orden 24 (parte de cumplimiento bajo) de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Flujo de recursos: la fluidez del dinero no alcanza la agilidad requerida y los pagos a prestadores continúan siendo tardíos. El desabastecimiento de medicamentos persiste sin una mitigación efectiva y verificable. La ejecución de los recursos aprobados en el marco del APF se mantiene de manera parcial y con rezagos. La entrega de los informes cuatrimestrales carece de oportunidad, integralidad y resultados comprobables, lo que impide constatar avances reales en la superación de las fallas estructurales que afectan el flujo de recursos y el acceso efectivo a los servicios y medicamentos".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 24 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se deben acreditar resultados materiales y verificables que demuestren una mejora real en la agilidad de los pagos, con reducción comprobable de los tiempos de giro a prestadores, porque el cierre efectivo del APF solo cumple su finalidad si se traduce en liquidez inmediata para la red prestadora. (ii) Se deben acreditar resultados materiales y verificables que demuestren la operación efectiva del sistema de monitoreo del desabastecimiento de medicamentos, por su importancia en el acceso a los medicamentos. (iii) Se deben acreditar resultados materiales y verificables que demuestren la ejecución total, oportuna y certificada de los recursos aprobados en el marco del APF, con soportes de giro efectivo, pues mientras subsistan valores pendientes la cartera no se considera saneada y el flujo del dinero continúa afectado. (iv) Se deben acreditar resultados materiales y verificables que demuestren la entrega puntual y completa de los informes cuatrimestrales con indicadores de resultado, ya que solo con información verificable.

Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 24** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Administradora General de los Recursos del Sistema General de Seguridad en Salud – Director General de la ADRES. (iii) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial. (iv) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

5.8. Orden 27 de la Sentencia T-760 de 2008.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"El procedimiento de verificación, control y pago de los recobros presenta fallas que afectan la eficiencia del flujo de recursos para financiar servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC y los Presupuestos Máximos (en adelante PM). Esto se evidencia en demoras en los pagos, glosas injustificadas, duplicidad de registros, sobrecostos y débil articulación institucional. Dichas deficiencias generan lentitud en el flujo de los recursos, falta de claridad sobre el PBS y ausencia de un procedimiento unificado, claro y eficiente. Lo anterior afecta la transparencia, la oportunidad y la sostenibilidad del sistema de salud".*

Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 27 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: Para asegurar un procedimiento ágil de recobros que permita mayor flujo oportuno de recursos, la Adres y el MSPS deben: (i) Definir con precisión las etapas previas del trámite y fijar plazos perentorios, porque la indeterminación procedimental genera demoras innecesarias que pueden afectar el flujo de recursos. (ii) Clarificar expresamente las fuentes de financiación de los servicios y tecnologías en salud, para establecer con certeza qué resulta recobrable y evitar rechazos por indebida imputación. (iii) Fortalecer los controles cruzados de validación de la información, con el fin de reducir glosas y reprocesos injustificados que ralentizan los pagos. (iv) Depurar duplicidades en las bases de datos y unificar criterios técnicos de auditoría, para impedir inconsistencias que bloqueen el trámite. (v) Asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información, porque la fragmentación tecnológica impide una validación rápida y confiable. (vi) Garantizar pagos oportunos. Esto es de vital importancia, toda vez que la finalidad de esta orden es garantizar un procedimiento de recobro unificado, claro, eficiente y transparente para la verificación, control y pago oportuno de los PBS no UPC. Las medidas antes descritas podrían contribuir de manera directa a su mejoramiento, al fortalecer la oportunidad en los giros, la trazabilidad del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema.

Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial. (iii) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iv) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (v) Administradora General de los Recursos del Sistema General de Seguridad en Salud – Director General de la ADRES. (vi) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud.

5.9. Orden 29 de la Sentencia T-760 de 2008

a. Subtema: afiliación	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Afiliación: en la última valoración se constató lo siguiente: (i) un retroceso en la afiliación al sistema de salud, pasando del 99% en 2021 al 96.5% en 2023, (ii) inconsistencia de datos, especialmente en Cundinamarca, Bogotá y frente a la población privada de la libertad, (iii) no se reporta un dato fiel de las personas que no están afiliadas al sistema y (iv) aunque se implementaron medidas como el mecanismo de contribución solidaria no se reflejan resultados"*

Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 29 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se deben depurar datos, corregir inconsistencias territoriales y adoptar acciones sostenibles para la población vulnerable. (ii) Además, si identifica cambios en las cifras, debe aplicarlos y reportar las novedades de forma clara en los informes semestrales. Ello es importante, toda vez que la afiliación comporta el primer paso para ingresar al sistema, sin que sea lo único que deba garantizarse.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022:
(Grupo Técnico y Líder Técnico)	**GRUPO TÉCNICO DE LA ÓRDEN 29 – SUBTEMA A** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (iii) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (iv) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (v) Oficina de Calidad – Jefe de la Oficina de Calidad.

b. Subtema: accesibilidad	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Accesibilidad: en las últimas consideraciones se comprobó una inestabilidad en la capacidad instalada: aumentó entre 2021 y 2022, pero descendió en 2023, sin impactar el crecimiento poblacional. No se reportaron medidas claras sobre gasto de bolsillo, telemedicina ni calidad, y los indicadores mostraron variaciones mínimas. No hubo avances en tiempos de atención de cáncer, traslados, servicios territoriales ni fortalecimiento de sistemas de información".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 29 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe definir mínimos obligatorios de atención por territorio, ajustados a la población y al número de servicios requeridos, para que no existan regiones sin cobertura básica. (ii) También se debe garantizar la implementación real y sostenible de la telemedicina. (iii) Igualmente, es necesario consolidar indicadores claros y verificables de calidad, que permitan medir tiempos de atención y continuidad en los tratamientos. (iv) Finalmente, se requiere fomentar espacios de participación comunitaria y diálogo con las zonas dispersas.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LA ORDEN 29 – SUBTEMA B** (i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios **(Líder Técnico).** (ii) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social. (iii) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (iv) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (v) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial. (vi) Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres – Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. (vii) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (viii) Oficina de Calidad – Jefe de la Oficina de Calidad.

5.10. Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Medición de tutelas: El Ministerio aplicó metodologías diferentes cada año (2022, 2023 y 2024), lo que impide comparar resultados y debilita la calidad de las mediciones. Se presentaron inconsistencias y errores en la depuración de tutelas, sin criterios claros ni justificación de exclusiones. Tampoco se identificaron las fallas estructurales, funcionales y financieras del sistema, pese a ser un mandato reiterado. Finalmente, no se tienen indicadores del Goce Efectivo del Derecho (GED) y persiste la ausencia de mecanismos de participación".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se debe definir de manera estable la metodología de medición de acciones de tutela que usará en 2025. (ii) El informe debe recoger todas las falencias señaladas en la valoración, consistentes en: metodologías cambiantes que impiden la comparación, inconsistencias en la depuración de tutelas, entre otras. (iii) El informe debe tener en cuenta que la tendencia de la presentación de acciones constitucionales en salud va en aumento, y no ha indicado las razones de tal incremento. Ello resulta especialmente relevante, toda vez que esta orden mantiene una relación transversal con el cumplimiento de los demás mandatos, al constituirse en un indicador clave tanto de la efectividad de las medidas adoptadas al interior del sistema como de las persistentes barreras de acceso a los servicios de salud. En ese sentido, el comportamiento de la acción de tutela no solo permite evaluar la calidad de la implementación de las políticas públicas en el SGSSS, sino que también refleja la necesidad de los usuarios de acudir a este mecanismo para lograr la efectividad de su derecho fundamental a la salud.

Dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: (i) Oficina de Calidad – Jefe de la Oficina de Calidad **(Líder Técnico).** (ii) Oficina de Promoción Social - Jefe de la Oficina de Promoción Social. (iii) Dirección de Epidemiología y Demografía – Director de Epidemiología y Demografía. (iv) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones - Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (v) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (vi) Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud - Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (vii) Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud – Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

5.11. Orden referente al Hospital San Francisco de Asis del Departamento del Chocó.

Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"El HSFA continúa operando en condiciones inadecuadas, con disminución de servicios, renuncia masiva de especialistas, fallas en la infraestructura, deficiencias en la planta eléctrica y en el tratamiento de agua, manejo inadecuado de residuos, falta de insumos y medicamentos, y retrasos reiterados en el pago de salarios y honorarios del personal asistencial. Tales circunstancias han limitado la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención, impidiendo la superación de la crisis sanitaria que desde hace años afecta a los habitantes del departamento".*

Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de la orden referente al Hospital San Francisco de Asís del Departamento del Chocó de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) El Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el agente interventor de la ESE deben cumplir las actividades del plan de contingencia relacionadas con la organización de historias clínicas, disposición de basuras, reparación de equipos biomédicos y reporte de insumos. (ii) Asimismo, deben realizar la autoevaluación de los requisitos de habilitación, así como presentar el estudio de necesidades de planta de personal y el plan de vinculación, informar los cierres de servicios y los avances en infraestructura, dotación, planta de agua, insumos, equipos y pagos laborales. El cumplimiento de estas actividades resulta esencial para restablecer de manera inmediata las condiciones mínimas de operación del hospital, garantizar la continuidad y seguridad en la prestación de los servicios, normalizar la gestión administrativa y financiera, y asegurar la disponibilidad efectiva de talento humano, infraestructura, dotación e insumos, de modo que se supere de forma progresiva la crisis institucional y se proteja de manera real el derecho fundamental a la salud de la población del Chocó.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022:

(Grupo Técnico y Líder Técnico)	(i) Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios **(Líder Técnico)** (ii) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. (iii) Subdirección de Infraestructura en Salud – Subdirector de Infraestructura en Salud. (iv) Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres – Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. (v) Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (vi) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (vii) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud. (viii) Agente Interventor del Hospital San Francisco de Asís E.S.E.

5.12. Órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 de 2008.

a. **Subtema: componente de suficiencia de la UPC.**	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Componente de suficiencia de la UPC. Persiste: (i) la deficiente calidad, validación y representatividad de la información con la cual se calcula la UPC, al provenir de un número reducido de EPS, sin mecanismos eficaces de contraste ni superación de las mallas de calidad. (ii) La no demostración técnica y verificable de la suficiencia financiera de la UPC, pese al aumento de la siniestralidad, la inflación y los mayores costos del sistema. (iii) La falta de equiparación real de la UPC del RS al 95% de la del RC, al no consolidarse un cálculo de manera estable con datos propios y confiables del régimen subsidiado."*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Calcular la UPC de ambos regímenes con información suficiente, representativa y de calidad, proveniente de las EPS. (ii) Además, soportar el cálculo en estudios técnicos y actuariales, y no únicamente con base en la inflación causada (variación porcentual anual del IPC, que

	normalmente se mide entre diciembre del año anterior y diciembre del año de referencia). Para estos efectos es necesario mejorar los procesos de recolección y verificación de los datos reportados por las EPS y contar con un mecanismo que contraste esta información. (iii) Equiparar en 95% los valores de ambas UPC, hasta no demostrar la suficiencia de la prima en cada régimen, en atención a que no existe justificación para mantener valores diferentes ante la prestación de los mismos servicios y tecnologías en salud.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LAS ÓRDENES 21 Y 22 – SUBTEMA A** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iii) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial. (iv) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones - Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (v) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (vi) Dirección de Epidemiología y Demografía – Director de Epidemiología y Demografía. (vii) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud. (viii) Administradora de los Recursos del Sistema General en Salud – Director General de la ADRES.

b. Subtema: componente de suficiencia de presupuestos máximos.	
Problemática identificada por la Corte Constitucional	*"Componente de suficiencia de los presupuestos máximos. Persiste: (i) la insuficiencia de los PM; (ii) los retrasos en los giros por parte de la Adres, que generan desfinanciamiento y afectan el flujo de caja de las EPS, y (iii) la falta de criterios técnicos y de actualización periódica para su cálculo, lo que impide garantizar una asignación adecuada y oportuna. En conjunto, estas falencias comprometen la continuidad en la atención, aumentan las deudas con los prestadores y ponen en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de salud".*
Acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas	Para avanzar en el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 de 2008 y en la superación de la problemática identificada por parte de la Corte Constitucional se debe, como mínimo, realizar las acciones específicas: (i) Se deben actualizar periódicamente los valores asignados con base en estudios técnicos y datos reales del gasto. (ii) Se deben automatizar los procesos de reconocimiento y giro para evitar retrasos en los pagos. (iii) Se deben fortalecer los mecanismos de trazabilidad y control del uso de los recursos mediante sistemas interoperables. (iv) Se debe establecer un cronograma claro de ajustes que asegure la suficiencia, oportunidad y sostenibilidad de esta fuente de financiación del sistema de salud. (v) El Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe garantizar la disponibilidad presupuestal para que se efectúen oportunamente estos pagos.
Entidades, dependencias y servidores públicos responsables de las acciones específicas (Grupo Técnico y Líder Técnico)	Como responsables de adelantar las acciones específicas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas, se designan las siguientes entidades, dependencias y servidores públicos atendiendo las funciones establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011, el Decreto 2562 de 2012, y la Resolución 1033 de 2022: **GRUPO TÉCNICO DE LAS ÓRDENES 21 Y 22 – SUBTEMA B.** (i) Viceministerio de Protección Social – Viceministro de Protección Social **(Líder Técnico).** (ii) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (iii) Dirección de Financiamiento Sectorial – Director de Financiamiento Sectorial.

	(iv) Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. (v) Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Director General de la ADRES. (vi) Superintendencia Nacional de Salud – Superintendente Nacional de Salud.

Parágrafo. Si en la implementación de cualquiera de las fases del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS se encuentra necesaria la participación de otra dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social o de otra entidad, la Dirección Jurídica de esta Cartera Ministerial remitirá un memorando u oficio informándole su vinculación como responsable de la orden y acción específica.

Artículo 6. Sesiones de los Grupos Técnicos. Los Grupos Técnicos se reunirán por lo menos una vez por semana para articular las actuaciones necesarias para lograr el cumplimiento de cada una de las fases del Plan Inmediato de Acción en Salud-PIAS.

De cada sesión de los Grupos Técnicos deberá levantarse un acta en la que conste de manera desarrollada el contenido de lo analizado y discutido en la mismo y deberá firmarse por cada uno de los participantes una planilla de asistencia.

La mencionada acta y planilla de asistencia deberán remitirse a la Dirección Jurídica con copia a la Oficina de Control Interno Disciplinario dentro de los tres días hábiles siguientes a la realización de la sesión del grupo técnico.

El Líder Técnico de cada Grupo Técnico, con el apoyo de su respectiva dependencia, deberá construir un expediente administrativo en el que consten todas las sesiones y actuaciones adelantadas por parte del Grupo Técnico.

Parágrafo. El incumplimiento de alguno de los preceptos contenidos en el presente artículo dará lugar a que la Oficina de Control Interno Disciplinario inicie las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar.

Artículo 7. Informes de los Grupos Técnicos. Los Grupos Técnicos deberán remitir el último día hábil de cada semana un informe técnico con sus respectivos soportes en el que consten los avances en el cumplimiento de la formulación y ejecución del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS a la Dirección Jurídica con copia a la Oficina de Control Interno Disciplinario.

Parágrafo. La no remisión del informe técnico en los términos previstos en el presente artículo dará lugar a que la Oficina de Control Interno Disciplinario inicie las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar.

Artículo 8. Responsabilidad funcional y consecuencias del incumplimiento de la presente resolución y del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS. El cumplimiento de los plazos, metas y deberes establecidos en esta resolución y en el Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS que se adopte es de carácter obligatorio para todos los servidores públicos involucrados.

El incumplimiento injustificado de los plazos para la entrega de informes, de la ejecución de las acciones específica definidas en el Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS o de las demás obligaciones de esta resolución, será considerado una omisión en el ejercicio de las funciones.

La Oficina de Control Interno Disciplinario, además de actuar con base en los informes de la Dirección Jurídica, podrá iniciar de oficio las actuaciones correspondientes ante la evidencia de un incumplimiento que afecte la ejecución del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS.

Parágrafo. Se entenderá que existe incumplimiento no solo por la omisión en la acción, sino también por la ejecución de acciones que no cumplan con los estándares de calidad técnica y jurídica necesarios para garantizar la efectividad del Plan Inmediato de Acción en Salud - PIAS.

Artículo 9. Comunicación del acto administrativo. Comuniqúese el contenido del presente acto administrativo a las entidades, dependencias y servidores públicos que se designan como responsables e integrantes de los Grupos Técnicos encargados de adelantar las actuaciones especificas para avanzar en la superación de las problemáticas identificadas por parte de la Corte Constitucional.

Artículo 10. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 838 de 2025.

PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

2.2.6. Resolución 2625 de 2025

Por medio de la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas – raras, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el parágrafo del artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, en desarrollo del numeral 5 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que, el artículo 1 de la Ley 1392 de 2010, reconoce a las enfermedades huérfanas como de especial interés en salud y adopta disposiciones tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a los pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral a su abordaje.

Que, reconociendo tal carácter, el parágrafo 3 del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, aclaró que los criterios de exclusión para la financiación de servicios y tecnologías en salud, definidos por el citado artículo, no podrán afectar el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades huérfanas-raras.

Que, el artículo 2.8.4.4 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece las fases para la recopilación y consolidación de información sobre los pacientes que sean diagnosticados con enfermedades huérfanas, de acuerdo con las fichas y procedimientos que para tal fin se definan.

Que, el artículo 2.8.8.1.1.1 ibidem, crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para que de forma sistemática y oportuna provea información sobre eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

Que, mediante la Resolución 1895 de 2001, el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó para la codificación de morbilidad en Colombia, la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), como estándar definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual sirve como herramienta en

epidemiología, administración sanitaria y medicina clínica, para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en diferentes registros clínicos como historias clínicas, Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), certificados de defunción y registros de vigilancia en salud pública; así como, para facilitar el almacenamiento, consulta e intercambio de información de diagnósticos médicos con diversos fines.

Que, mediante la Resolución 023 de 2023 este Ministerio actualizó el listado de enfermedades huérfanas-raras en cumplimiento a lo ordenado en el parágrafo del artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011.

Que, habiendo transcurrido dos (2) años desde la última actualización, y surtido un análisis técnico-científico participativo de las enfermedades nominadas a través de la plataforma Mi Vox-Pópuli, resulta imperioso actualizar la lista de enfermedades huérfanas – raras.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. ***Objeto.*** La presente Resolución tiene por objeto actualizar el listado de enfermedades huérfanas – raras, las cuales se identifican en el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo.

Artículo 2. ***Ámbito de aplicación.*** La presente resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las entidades que administran los regímenes Especial y de Excepción, las Secretarías de Salud de orden departamental, distrital, y municipal o quien haga sus veces, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y el Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 3. ***Número de identificación.*** Con el fin de facilitar la identificación de las enfermedades huérfanas – raras, el listado asigna el número de acuerdo con el orden de inclusión en forma consecutiva al último número establecido en la versión anterior del listado, sin generar un nuevo consecutivo. El número de identificación de la enfermedad huérfana es exclusivo y no puede ser asignado a ninguna otra, incluso si el número de identificación corresponde a una enfermedad excluida del listado.

Artículo 4. ***Usos del listado.*** El listado de enfermedades huérfanas – raras se deberá utilizar para:

a) Generar y administrar los registros médicos con diagnósticos de morbilidad o mortalidad.

b) Notificar los nuevos casos de enfermedades huérfanas – raras al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

c) Usar el Registro Nacional de Personas con Enfermedades Huérfanas o de los registros de información que en su contenido relacionen enfermedades huérfanas – raras.

Artículo 5. ***Publicación del listado.*** El listado de enfermedades huérfanas estará disponible permanentemente en el Repositorio Institucional Digital (RID) de este Ministerio.

Artículo 6. ***Otras disposiciones.*** El presente listado de enfermedades huérfanas- raras es de interés epidemiológico y no corresponde a la totalidad de enfermedades huérfanas – raras descritas en la literatura científica.

Parágrafo 1. El presente listado no puede constituirse en una barrera de acceso para la atención de las personas y tampoco debe afectar el acceso al tamizaje, diagnóstico temprano, rehabilitación y/o tratamiento oportuno de las personas que sufren enfermedades huérfanas – raras.

Parágrafo 2. Con independencia de los procesos de actualización de la lista de enfermedades huérfanas – raras definida por ley, debe primar el criterio médico para el tamizaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Artículo 7. ***Vigencia y derogatoria.*** El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 023 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexo Técnico en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%202625%20de%202025.pdf

2.2.7. Resolución 2640 de 2025

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1632 de 2025 en cumplimiento de la orden judicial mediante Auto 2049 del 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998; el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019; el numeral 23 del artículo 2o del Decreto Ley 4107 de 2011; y en desarrollo de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 y los Autos de seguimiento de la Corte Constitucional y, en especial los Autos 005 de 2024, 1281 de 2025 y 2049 de 2025, y

CONSIDERANDO

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-760 de 2008, impartió la orden decimonovena (19), orientada a superar las fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, disponiendo la adopción de mecanismos efectivos de información, seguimiento y control frente a las negaciones de servicios y tecnologías en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud.

Que los Autos de seguimiento a la orden decimonovena (19), entre ellos los Autos 122 de 2019, 093Ade 2020, 439 de 2021,005 de 2024 y 1281 de 2025, han reiterado la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social de fortalecer los instrumentos de reporte, garantizando que la información sobre negaciones sea completa, confiable, oportuna y comprensiva de todas las modalidades en que se materializan barreras de acceso a los servicios de salud.

Que, en el marco de los referidos pronunciamientos, la Corte Constitucional ha reconocido de manera expresa el autorreporte de las entidades responsables del aseguramiento como una fuente relevante de información para la identificación de servicios y tecnologías negados, en particular aquellos financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC, sin perjuicio del ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que, en cumplimiento de lo ordenado por el Alto Tribunal, el Ministerio de Salud y Protección

Social expidió la Resolución 1632 de 2025, mediante la cual se estableció el sistema de registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, creó el mecanismo de alarma y se definió el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Así mismo, se determinaron las fuentes de información necesarias para su identificación, seguimiento y control.

Que, adicionalmente, el artículo 18 de la Resolución 1632 de 2025 estableció un término de transición de doce (12) meses contados a partir de su entrada en vigencia, con el fin de que la Superintendencia Nacional de Salud adopte las medidas técnicas y operativas necesarias para la puesta en marcha del sistema de registro, identificación y calificación de servicios y tecnologías negados sin justa causa, así como el mecanismo de alarma. Por su parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, deberá adecuar sus procesos operativos, módulos de liquidación y sistemas de información para emitir, notificar y ejecutar los actos administrativos de reintegro derivados de las decisiones que le sean comunicadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Que, mediante el Auto 2049 de 2025, la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T760 de 2008, realizó el balance general de las diferentes ordenes, ordenando frente a la orden 19, que el registro de servicios y tecnologías en salud negados, así como el mecanismo de alarma para su identificación debe ser implementado a más tardar el 01 de enero de 2026.

Que, con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en el mencionado Auto 2049 de 2025, se hace necesario ajustar los términos de transición de la Resolución 1632 de 2025 para garantizar una implementación progresiva y coherente con las capacidad administrativas y operativas de las entidades que deben implementar las disposiciones allí contenidas, así como incluir en las fuentes de información, el autorreporte de las Entidades Promotoras de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Por medio del presente acto administrativo se da cumplimiento a una de las órdenes contenidas en el Auto 2049 de 2025 de la Corte Constitucional referente a la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008 (i) adicionando como fuente de información para la identificación de servicios y tecnologías sin justa causa el denominado Reporte de las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado -Autorreporte- y (¡i) reduciendo los términos de implementación de la Resolución 1632 de 2025 referente al registro

de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los regímenes contributivo y subsidiado y al mecanismo de alarmas de conformidad con el plazo otorgado por parte de la Honorable Corte Constitucional.

Artículo 2o. Modificar el artículo 5 de la Resolución 1632 de 2025, el cual quedará así:

*"**Artículo 5o. Fuentes de información.** Para la identificación de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, las fuentes de información son las siguientes:*

1. *Datos provenientes del aplicativo MIPRES conforme lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024 modificada por la Resolución 2622 de 2024 o la norma que la modifique, adicione o sustituya;*

2. *Peticiones, Quejas, Reclamos t Denuncias interpuestas ante la Superintendencia Nacional de Salud.*

3. *Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de las entidades territoriales reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la estructura que para tal fin determine dicha superintendencia;*

4. *Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias presentadas ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios;*

5. *Información de acciones de tutela interpuestas para la protección del derecho fundamental a la salud de acuerdo con la Circular Externa 001 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la modifique, adicione o sustituya;*

6. *Negaciones de servicios a personas en uso del derecho a la portabilidad;*

7. *Datos generados a partir del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera; y,*

8. *Reporte de las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado.*

***Parágrafo primero.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará e integrará de manera progresiva las tecnologías y servicios de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, objeto de monitoreo en MIPRES, conforme lo dispuesto en la Resolución 2622 de 2024 o la norma que la modifique, adicione o*

sustituya en procura de la protección del derecho fundamental a la salud, el acceso oportuno y efectivo, y la continuidad de la prestación de los servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los accesos a MIPRES para que la Superintendencia Nacional de Salud identifique los servicios negados según las disposiciones de la presente resolución.

***Parágrafo segundo.** En el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, y según los desarrollos técnicos y tecnológicos del Sistema de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá usar una o varias de las fuentes señaladas en el presente artículo, o incorporar otras fuentes de información integrados a SISPRO que considere pertinentes para la adecuada identificación de servicios y tecnologías en salud presuntamente negados sin justa causa, siempre que se garantice la trazabilidad, calidad y confiabilidad de los datos. "*

Artículo 3o. Modificar el artículo 18 de la Resolución 1632 de 2025, el cual quedará así:

***"Artículo 18. Régimen de transición.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución, deberán ser implementadas de manera progresiva, iniciando con el sistema de registro de servicios y tecnologías en salud a más tardar el primero (1a) de enero de 2026 con al menos dos fuentes de información señaladas en el artículo 5 de la presente resolución. Las demás disposiciones se adoptarán a más tardar el 31 de enero de 2026."*

Artículo 4°. Modificar el artículo 19 de la Resolución 1632 de 2025, el cual quedará así:

***"Artículo 19. Vigencia y derogatorias.** El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición, y deroga la Resolución 3539 de 2019, salvo lo indicado en el artículo 9 de la Resolución 3539 de 2019 que adiciona un parágrafo al artículo 6 de la Resolución 256 de 2016; y frente al reporte que realizan las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, se mantendrá vigente hasta que la Superintendencia Nacional de Salud incorpore en el sistema de registro de servicios y tecnologías en salud el numeral 8 del artículo 5 de la presente resolución.*

La Resolución 1716 de 2019, o la norma que la modifique o sustituya, continuará aplicándose para los procedimientos de reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto del reporte realizado por las Entidades Promotoras de Salud hasta la vigencia 2025."

Artículo 5°. Comunicación. Por medio de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, comuniqúese la presente resolución a

la Superintendencia Nacional y de Salud y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 6o. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y modifica los artículos 5, 18 y 19 de la Resolución 1632 de 2025.

Artículo 6o. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y modifica los artículos 5, 18 y 19 de la Resolución 1632 de 2025.

COMUNIQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.8. Resolución 2628 de 2025

"Por la cual se establecen los requisitos y condiciones para la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria y su articulación en el Sistema de Salud, a través de acciones que concurran en el cuidado integral de la salud, y se dictan otras disposiciones."

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales en especial las conferidas en los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los artículos 2, 15, 16, 22 y 23 de! Decreto - Ley 4107 de 2011 y el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política, establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, por lo tanto, se garantiza a todas las personas residentes en el territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, precisando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Que en marco de lo establecido en el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la mencionada Ley Estatutaria, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá entre otras obligaciones, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizarlo en igualdad de trato y oportunidades para toda la población,

Que la Ley 100 de 1993 establece en su artículo 1, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Y en el literal i) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, se incluye la prestación de servicios por parte de instituciones de carácter comunitario.

Que, de conformidad con lo establecido en los artículos 43 y 45 de la Ley 715 de 2001, en el marco de las competencias en salud de los Departamentos y Distritos, estos tienen la función de *"43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y de Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes."*

Que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 12 adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud, constituida por tres componentes interdependientes e integrados: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana y esta es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014 establece que la organización en redes de servicios incide directamente en la garantía de la eficacia y acceso a los servicios de salud que permiten materializar el derecho fundamental a la salud y, precisó la diferencia de "redes integrales" y "redes integradas". Según la Corte, las redes integrales son aquellas que cuentan en su estructura, con instituciones y tecnologías en cada una de las especialidades, con el fin de garantizar una cobertura global frente a las distintas contingencias en materia de salud. Por su parte, las redes integradas corresponden a sistemas interinstitucionales concebidos como una unidad operacional, lo que no implica necesariamente la disponibilidad de todos los servicios requeridos para atender el mayor número posible de situaciones, puesto que, de su etimología, se desprende la ¡dea de varias entidades articuladas bajo un orden funcional, que no son excluyentes en sí mismas y que en cualquier caso debe entenderse que un sistema integral de servicios de salud es aquel que le garantiza todas las coberturas necesarias al paciente, con independencia de su composición administrativa y estructural.

Que el artículo 2.5.3.9.14 del Decreto 780 de 2016 establece que ninguna institución del subsector privado del sector salud, puede ofrecer servicios sin antes haber obtenido el reconocimiento de personería jurídica y la autorización sanitaria de funcionamiento.

Que el artículo 2.5.3.9.16 del Decreto 780 de 2016 determina la función de reconocer la personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y el reconocimiento civil de las instituciones creadas por la iglesia católica o de cualquier confesión religiosa que tengan por finalidad el fomento, la

prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de un departamento o del Distrito Capital de Bogotá, corresponde al respectivo Gobernador a través del Organismo de Dirección Seccional de Salud y al Alcalde Mayor de Bogotá, D. C., a través del Organismo Distrital de Salud de Bogotá., D. C.

Que el artículo 2.5.3.9.17 del Decreto 780 de 2016 establece que para el reconocimiento de la personería jurídica se deben reunir condiciones de calidad tecnológica y científica para la prestación del servicio, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa.

Que en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 se reglamentan aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.

Que el numeral 8 del artículo 2.5.3.4.1.3 del Decreto 780 de 2016, define como proveedor de tecnologías en salud a toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.

Que el artículo 2.10.1.1.23. del Decreto 780 de 2016 establece que las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

Que el numeral 44.1.4 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, establece a como competencia de dirección del sector salud en el ámbito municipal el impulso de los mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud y de manera complementaria, el artículo 2.10.1.1.2 del Decreto 780 de 2016 define la participación social como un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

Que la Resolución 2367 de 2023, por la cual se modifican los artículos 1,2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031", en el numeral 5.4.1. eje 1. Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública establece como objetivo desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, y coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de

alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

Que el artículo 5 de la Resolución 1597 de 2025 define la gestión territorial integral de la salud pública como el conjunto de planes, programas, proyectos, estrategias y procesos desarrollados para garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas, familias y comunidades en los departamentos, distritos y municipios e incidir positivamente en los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales y los relacionados con el cambio climático y la paz. De manera complementaria el numeral 6.3 del artículo 6 de la Resolución 1597 de 2025 establece que gestión territorial integral de la salud pública tiene como finalidad promover la coordinación territorial y la participación de los actores del sector salud, los otros sectores de gobierno, los agentes sociales comunitarios y la ciudadanía, fortaleciendo instancias organizativas que generen procesos de desarrollo de autonomía para la generación de capacidades en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Que en el artículo 7 de la Resolución 1597 de 2025 se establece que los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, realizarán en el ámbito de su jurisdicción la gestión territorial integral de la salud pública, estableciendo mecanismos para la implementación de los componentes de la estrategia de la Atención Primaria en Salud, como lo son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana, que integren los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, así como las acciones para garantizar la concurrencia y complementariedad con el Plan de Beneficios en Salud y las estrategias implementadas en otros sectores y la sociedad en general. Asimismo, en el parágrafo del artículo 12 de la Resolución 1597 de 2025, se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones que deben cumplir las organizaciones de base comunitaria, sin ánimo de lucro, para el desarrollo de las actividades de abordaje comunitario.

Que la evidencia[1] demuestra que las actividades ejecutadas por las Organizaciones de Base Comunitaria resultan más accesibles, oportunas, integrales y aceptables para poblaciones marginalizadas, gracias a elementos diferenciadores como la cercanía, (a prestación de servicios

1 World Health Organization, 2024. Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bils(reams/6b8ff887-lb61-4eea-a8ad-el4bcl0bcc08/content
World Health Organization, 2022. Consolidated guidelines on H1V, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Disponible en: httos://www.who.int/publications/¡/item79789240052390
World Health Organization, 2022. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240052734
Schwalm J-D, McCready T, Lopez-Jaramillo P, Yusoff K, Aclaran A, Lámelas P, el ai. A community-based comprehensive intervention to reduce cardiovascular risk in hypertension (HOPE 4): a cluster-randomised controlled trial. The Lancet. 2019;394(1(!205): 1231-42.

por pares debidamente entrenados y un relacionamiento horizontal basado en la confianza, que trasciende la relación tradicional médico-paciente.

Que las Organizaciones de Base Comunitaria han demostrado su ventaja estratégica en el acercamiento a las poblaciones en mayor vulnerabilidad tales como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans, personas que se inyectan drogas, habitantes de calle, trabajadores sexuales, personas en condición de migración, entre otros, permitiendo la difusión de las estrategias en salud y acercando los servicios a las comunidades, tal como lo ha llevado a cabo el proyecto VIH del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, rompiendo barreras de acceso y estableciendo un puente entre las instituciones y las comunidades tomando en consideración enfoques culturalmente pertinentes cercanos a las dinámicas territoriales y sensibles a las condiciones sociales de las comunidades.

Que, desde el año 2016, las Organizaciones de Base Comunitaria vienen fortaleciéndose a nivel nacional realizando la ejecución de acciones del PIC a través de las ESE, en departamentos como Antioquia y Chocó; los resultados de estas intervenciones han demostrado la aceptabilidad de las comunidades, un mayor alcance territorial de las acciones, complementariedad con las instituciones y aumento en la detección y vinculación de nuevos casos, por ejemplo, de VIH y tuberculosis, a los servicios de salud, con la mejora correspondiente en los indicadores y alcance de metas nacionales e internacionales.

Que las Organizaciones de Base Comunitaria han cumplido un rol fundamental en el desarrollo de acciones de promoción, prevención y en la implementación de las acciones en marco de la estrategia de atención primaria en salud y la contratación de estas acciones con estas organizaciones fortalece la implementación del enfoque territorial, comunitario, diferencial e interseccional, promueve la participación activa de las personas y sus familias en el cuidado de la salud, permite disminuir las barreras y ampliar el alcance de los planes de intervenciones colectivas, en múltiples áreas de salud y en virtud de lo anterior se hace necesario reconocer y regular las funciones en lo correspondiente a las condiciones de autorización de funcionamiento y operación dentro del Sistema de Salud.

Que, conforme a lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo dei artículo 12 de la Resolución 1597 de 2025 se hace necesario reglamentar los requisitos y condiciones que deben cumplir las Organizaciones de Base Comunitaria para su funcionamiento y operación en el Sistema de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo 1

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto: La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos y las condiciones para la autorización del funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) en el desarrollo de acciones comunitarias que concurran en el cuidado integral de la salud y la inclusión social, en el marco del sistema de salud; asimismo, adoptar el Anexo Técnico 1. “Lineamiento para la inscripción y autorización para el funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria" el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acto administrativo aplica a:

2.1 Las Organizaciones de Base Comunitaria - OBC.
2.2 Las Entidades Territoriales de los órdenes Departamental, Distrital y Municipal.
2.3 Las Entidades Responsables de Pago - ERP.
2.4 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2.5 La Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3. Alcance. Las disposiciones previstas en esta resolución aplican a las Organizaciones de Base Comunitaria que buscan autorizarse para el desarrollo de acciones comunitarias de complementariedad y concurrencia para el cuidado integral de la salud en el marco de sistema de salud.

Artículo 4. Definiciones. Para efectos de la presente resolución se establecen las siguientes definiciones:

4.1. **Acciones comunitarias de complementariedad y concurrencia para el cuidado integral de la salud:** Conjunto de acciones realizadas por las Organizaciones de Base Comunitaria donde se encuentran autorizadas para operar basadas en el cuidado integral de la salud, la prevención de la enfermedad, el autocuidado, la confianza y el conocimiento del contexto local en los territorios y en poblaciones de especial interés.

Las acciones comunitarias que podrán ser realizadas por las Organizaciones de Base Comunitaria corresponden a las definidas en el artículo 6 de la presente resolución.

4.2. **Complementariedad:** Acciones del alcance comunitario que amplían, refuerzan o complementan las intervenciones del Sistema de Salud, sin sustituir ni duplicar

competencias misionales, técnicas o administrativas de los demás actores del sistema.

4.3. **Concurrencia:** Acciones desarrolladas de manera coordinada y articulada entre las Organizaciones de Base Comunitaria y los actores del Sistema de Salud para contribuir conjuntamente al logro de resultados en salud, respetando las funciones, responsabilidades y competencias de cada actor.

4.4. **Organización de Base Comunitaria**. Se refiere a un grupo de personas organizadas de forma autónoma, de carácter no gubernamental, sin ánimo de lucro, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, activistas sociosanitarios, entre otros, que son reconocidas por la comunidad y tienen como objetivo mejorar la salud en su comunidad y que para efectos de esta resolución deben encontrarse legalmente constituidas y ser autorizadas por las entidades territoriales del orden departamental o distrital para operar en los términos de la presente resolución.

4.5. **Requisitos de funcionamiento y operación.** Son las condiciones que permiten dar cuenta del cumplimiento de las condiciones mínimas de capacidad legal y administrativa, y de calidad técnica y operativa.

Artículo 5. Complementariedad y enfoque diferencial en las acciones de las Organizaciones de Base Comunitaria. Las acciones de las Organizaciones de Base Comunitaria se rigen por los principios de complementariedad y enfoque diferencial, con el objeto de concurrir a la garantía del derecho fundamental a la salud y están destinadas a la superación de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones de especial interés causadas por condiciones geográficas, culturales, sociales, estructurales, derivadas del conflicto armado, la discapacidad, el estigma y la discriminación, entre otras.

Para el cumplimiento de su objeto, la complementariedad y el alcance diferencial de las acciones de las Organizaciones de Base Comunitaria se rigen por:

5.1. Legitimidad social: Reconocimiento y aceptación por parte de la comunidad, derivado de su origen y composición endógena, lo que constituye el fundamento para la efectividad de sus acciones. La legitimidad se determina a partir de la trayectoria demostrada en el ámbito de salud en el que desarrolla acciones comunitarias, en el reconocimiento formal o material de su liderazgo por parte de instancias de participación comunitaria en salud, otros actores territoriales o gubernamentales y en la capacidad demostrada para generar incidencia en la toma de decisiones en instancias institucionales, gubernamentales, legislativas o comunitarias para la mejora efectiva de la situación de salud de la población.

5.2. **Pertinencia contextual y diálogo comunitario:** Implica la adaptación de las acciones a las características territoriales, sociales, culturales y ambientales de las comunidades. Este principio se garantiza mediante el diálogo activo, el reconocimiento del liderazgo comunitario y la participación efectiva de la población, asegurando que las propuestas de las Organizaciones de Base Comunitaria respondan a las necesidades identificadas por la propia comunidad y fortalezcan la confianza y la legitimidad social en la implementación.

5.3. **Gestión territorial comunitaria:** Capacidad para permear el tejido social gracias a su arraigo y capilaridad en el microterritorio, entendido este como el espacio territorial y social ubicado dentro del territorio, conformado principalmente por un número de hogares, que podrá ajustarse dependiendo de la dispersión geográfica entre viviendas y concentración poblacional. En dicho espacio, la Organizaciones de Base Comunitaria actuará como principal articulador comunitario, complementando la labor de los otros actores del Sistema de Salud, para lograr así alcanzar a individuos y colectivos de difícil acceso para la oferta institucional.

5.4. **Articulación con el Sistema de Salud:** Función de mediación, articulación, concurrencia y complementariedad entre las necesidades de la comunidad y la disponibilidad de oferta de servicios de salud, actuando como puente para facilitar la navegación, el acceso efectivo y la continuidad del cuidado en salud, en coherencia con el enfoque de Atención Primaria en Salud, que orienten las acciones de las Organizaciones de Base Comunitaria hacia la integralidad y la equidad en las acciones comunitarias

Esta articulación entre acciones a lo largo del sistema de salud refuerza, complementa y valida socialmente la capacidad de respuesta del Sistema de Salud, particularmente en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, autocuidado y cuidado integral de la población y se materializa al abordar los determinantes sociales de la salud y las barreras de acceso con pertinencia cultural y contextual, a partir del conocimiento local, la confianza social y el liderazgo comunitario para generar mayor cobertura, legitimidad y sostenibilidad en el bienestar de la comunidad.

5.5. **Adaptabilidad:** Capacidad para adaptar sus metodologías y acciones de manera ágil y flexible, en respuesta a las necesidades emergentes y particularidades de la población, promoviendo soluciones innovadoras y culturalmente apropiadas.

5.6. **Cuidado integral de la salud:** La actuación de las Organizaciones de Base Comunitaria se fundamenta en el cuidado integral de la salud y se concretará en la complementariedad y la participación en la gestión territorial integral en salud pública con la aceptabilidad de

su accionar a través del respeto a la diversidad y la autonomía de las personas; la oportunidad en la atención mediante la superación de barreras de acceso; y la efectividad de las acciones al garantizar su pertinencia cultural y social.

5.7. **Atención Primaria en Salud (APS):** La actuación de las Organizaciones de Base Comunitaria se inscribe en los principios y prácticas de la Atención Primaria en Salud conforme con lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud.

5.8. **Enfoque étnico y diferencial:** Las acciones comunitarias deben incorporar y reconocer de manera explícita la diversidad étnica y cultural del territorio, promoviendo el diálogo intercultural y el respeto por los saberes y prácticas tradicionales de salud de los pueblos. Este principio asegura que la intervención de las Organizaciones de Base Comunitaria contribuya a la superación de las barreras de acceso con pertinencia cultural y fomente la articulación armónica con modelos propios de cuidado, garantizando la igualdad de trato y oportunidades.

Capítulo 2

Funcionamiento de las Organizaciones de Base Comunitaria

Artículo 6. Acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud. Las acciones comunitarias para el cuidado integral de la salud constituyen el componente operativo mediante el cual las Organizaciones de Base Comunitaria, complementan la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el microterritorio.

Las Organizaciones de Base Comunitaria se configuran como un actor fundamental para garantizar la territorialización del cuidado en los niveles de territorio y microterritorio, aportar en la gestión positiva de los determinantes sociales y en la resolutividad en el nivel primario de las Redes Integrales e Integradas de Salud. Su ejecución, en articulación con los demás actores del sistema, busca la garantía del derecho fundamental a la salud a través de procesos que aseguran la integralidad, continuidad y calidad en la atención.

Las Organizaciones de Base Comunitaria podrán ejecutar las siguientes acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud con énfasis en poblaciones de especial interés que defina la Entidad Responsable de Pago, la Empresa Social del Estado o la Institución prestadora de Servicios de Salud:

6.1. Información en salud. Acciones en las cuales se produce, organiza y difunde información o mensajes con el fin de orientar, anunciar, advertir o recomendar a los individuos, familias y comunidades, a los actores del Sistema de Salud y a otros sectores sobre aspectos relacionados con salud pública que faciliten la toma de decisiones en salud.

6.2. **Educación para la salud.** Se refiere al proceso de construcción de conocimiento y de aprendizaje, a partir del diálogo de saberes, orientado de manera particular al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, de carácter individual y colectivo, el cuidado integral de la salud y la transformación positiva de los diferentes entornos. La educación en salud desde la comunidad se puede desarrollar de manera individual, grupal o en colectivos.

6.3. **Demanda inducida a servicios de salud.** Se refiere a la solicitud o necesidad de una atención en salud derivada de los esfuerzos realizados por parte de las Organizaciones de Base Comunitaria en la sensibilización, promoción y educación de la comunidad en salud.

6.4. **Caracterización social y ambiental.** Definida como la acción en la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y comunicación de la información social y ambiental del entorno comunitario y de las familias, personas y comunidades que lo habitan.

6.5. **Vigilancia comunitaria (vigilancia activa**). Se refiere a la estrategia para la identificación temprana por parte de actores comunitarios de eventos o situaciones que pueden afectar el estado de salud de una población, según las directrices de los protocolos de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud y de farmacovigilancia definidas por INVIMA.

6.6. **Administración de instrumentos de tamizaje.** Se entiende como el conjunto de métodos y procedimientos estandarizados dirigidos a poblaciones, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad o con barreras de acceso a los servicios de salud, orientados a la identificación temprana de riesgos o condiciones en salud de alta externalidad. Su aplicación incluye el uso de cuestionarios, encuestas, escalas u otros instrumentos validados, así como herramientas de medición no invasiva (por ejemplo,

cintas métricas, básculas o tensiómetros), garantizando que la administración sea realizada por talento humano previamente entrenado y competente.

6.7. **Realización de pruebas rápidas.** Aplicación de pruebas en casete o similares que arrojan resultados en minutos, con extracción de muestra capilar, saliva, orina u otro fluido corporal, de manera mínimamente invasiva, para la detección de condiciones crónicas o eventos de interés en salud pública, de conformidad con lo establecido en ¡a Resolución 1314 de 2020 y la Resolución 200 de 2021 o la norma que la modifique, sustituya o adicione.

6.8. **Realización de pruebas en puntos de atención del paciente o POCT:** Uso de tecnologías de Point of Care Test, POCT por sus siglas en inglés, para la detección o control de riesgos o condiciones en salud, previo entrenamiento con su correspondiente certificado, con actualizaciones periódicas y en articulación con el servicio de salud, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1314 de 2020 y la Resolución 200 de 2021 o la norma que la modifique, sustituya o adicione.

6.9. **Acciones de reducción de riesgos y daños con personas que consumen sustancias psicoactivas**. Incluye acciones basadas en la evidencia, que tienen como objetivo disminuir el impacto negativo del consumo de drogas, como el acceso a material para un consumo de menor riesgo, dispositivos para la prevención y atención de sobredosis, distribución de naloxona para la prevención y atención de sobredosis, servicios de análisis de sustancias, entre otras estrategias basadas en la evidencia con garantía del uso adecuado y seguro de los medicamentos.

6.10. **Zonas de Orientación y centros de escucha**. Se refiere a los procedimientos orientados al establecimiento de espacios de relación con las comunidades donde se establecen acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y de referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales, en función de las necesidades de ciertos grupos poblacionales.

6.11. **Acompañamiento para el acceso a los servicios de salud.** Es la tutoría permanente y personalizada, brindada por un par o agente de la comunidad que facilita la navegación a través de procesos de afiliación, agendamiento, atención en salud, ingreso a programas, en el acceso y entrega de los medicamentos y demás tecnologías en salud que se requiera, entre otros.

6.12. **Acompañamiento en notificación asistida.** Apoyo que se brinda a una persona con una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, para que notifique a sus parejas

sobre su estado de salud. Este proceso busca aumentar la utilización de los servicios de detección del VIH e ITS por parte de parejas de las personas diagnosticadas, aumentar la proporción de personas que conocen su diagnóstico, y aumentar la vinculación de parejas a los servicios de prevención, atención, uso adecuado y tratamiento.

6.13. Canalización a servicios sociales y de salud. Se refiere al conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, pacientes, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a estos y de esta manera impactar su estado de salud y su calidad de vida.

6.14. Apoyo en la búsqueda para reingreso a programas en usuarios no adherentes o con pérdida en el seguimiento. Búsqueda, contacto y seguimiento de personas que han abandonado un programa de atención o el tratamiento relacionado para su reingreso al mismo en articulación con el servicio de salud.

6.15. Estrategias para fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. Conjunto de intervenciones implementadas por agentes de las Organizaciones de Base Comunitaria, que buscan facilitar la permanencia, persistencia y la concordancia del tratamiento, abarcando la incorporación de comportamientos relacionados con el cuidado integral de la salud.

6.16. Grupos de apoyo: Espacio seguro donde personas que comparten una experiencia: riesgo, problema o condición en salud se reúnen para ofrecerse apoyo mutuo, compartir experiencias y consejos, y sentirse comprendidas, facilitando la generación de redes de soporte social y emocional.

6.17. Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales. Es el proceso que se realiza con y para las personas, familias y comunidades, con el fin de desarrollar relaciones, interdependencias, interacciones y capacidades para la coordinación e intercambio de conocimientos y experiencias, gestión eficaz y la habilidad para generar espacios sinérgicos, el establecimiento de esquemas de cooperación para alcanzar un objetivo común. Resignificar espacios públicos para su apropiación y el uso por parte de la población y el desarrollo de acciones comunitarias que permitan el mejoramiento de las condiciones sociales, ambientales y la disminución de eventos negativos que afecten la salud.

6.18. Prevención de violencias basadas en género. Se refiere a las acciones que constituyen la estrategia enfocada en acciones de prevención y apoyo a la atención y protección integral a las mujeres en todas sus diversidades, en riesgo y víctimas de violencias,

especialmente las basadas en género a través de la implementación de mecanismos tales como: líneas de atención, hogares de acogida, atención psicológica y jurídica, y representación judicial, en los casos en los que se cuenta con los profesionales requeridos y entrenados para este tipo de intervenciones.

6.19. **Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.** Se refiere a los procedimientos para la planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación de actividades que permitan la intervención regular y de contingencia de los factores de riesgo ambientales y de comportamiento que se orientan a la prevención o minimización de la propagación de los vectores y la reducción del contacto para la población, en el marco de la estrategia nacional y regional del Manejo Integrado de Vectores.

6.20. **Recepción y suministro de medicamentos o insumos** para la prevención, control o eliminación de eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, según guías, vías clínicas, protocolos y lineamientos definidos por la nación.

6.21. **Administración de tratamientos estrictamente supervisados bajo la delegación directa del equipo de salud.** Comprende el suministro y supervisión visual de la toma de medicamentos para eventos de interés en salud pública garantizando que la administración sea delegada y supervisada por parte de un profesional de la salud sin que implique la supervisión directa de cada procedimiento ni la presencia permanente del profesional, pero garantizando el uso adecuado de medicamentos e insumos. El talento humano que realice esta actividad deberá ser previamente entrenado.

6.22. **Jornadas de salud**. Se refiere a las acciones que se realizan en un momento del tiempo que implican un despliegue de un equipo multidisciplinario para garantizar el acceso a la población a las acciones, intervenciones y procedimientos en salud, principalmente, en zonas con alta ruralidad o poblaciones con difícil acceso a los servicios. Las Organizaciones de Base Comunitaria podrán participar como facilitadoras de las jornadas de salud organizadas por direcciones territoriales de salud y los prestadores del territorio, con acciones de convocatoria a la comunidad de influencia y ejecutando las acciones aquí descritas en el marco de sus capacidades y las necesidades de la población y el territorio.

6.23. **Salud mental comunitaria.** Abordaje de los problemas y trastornos de salud mental de una población dentro de su contexto social, promoviendo la participación activa de la comunidad y utilizando recursos propios para la promoción, prevención, el acceso al tratamiento y a la rehabilitación integral. Se busca integrar la atención en salud mental

con otros servicios sociales y de salud, facilitando el acceso y la recuperación en el entorno familiar y comunitario.

6.24. **Recuperación nutricional**. Se refiere la atención intersectorial que se orienta al mejoramiento y/o recuperación de las niñas y niños con desnutrición global y aguda a través de la provisión de atención nutricional, acompañamiento familiar y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A nivel comunitario se enmarca en el desarrollo de estrategias educativas y de difusión de hábitos en salud, alimentación, nutrición y cuidado fortalecidas con la participación activa de la familia y la comunidad.

6.25. **Rehabilitación Basada en Comunidad.** Se refiere a la estrategia intersectorial de desarrollo comunitario para la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad o de carácter psicosocial.

6.26. Otras que les sean asignadas por las entidades territoriales o el equipo de salud, acorde con sus capacidades y entrenamiento técnico y de conformidad con los planes, programas y proyectos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Para la ejecución de las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad en salud se atenderán las actividades incluidas en el documento técnico *"Acciones comunitarias que concurran en el cuidado integral de la salud a desarrollar por parte de Organizaciones de Base Comunitaria".*

Parágrafo 2. Para efectos de la correcta interpretación y aplicación de las disposiciones previstas en este artículo, se deberá tener en cuenta el enfoque comunitario de estas acciones. De manera particular en los numerales 6.7, 6.8, 6.20 y 6.21, se precisa que dichas actuaciones tienen carácter comunitario, educativo, orientador y de acompañamiento.

Parágrafo 3. Para la actuación en marco del Plan Nacional de Eliminación de enfermedades transmisibles la actuación de las Organizaciones de Base Comunitaria en territorios priorizados se orientará por los principios de búsqueda activa, vinculación incondicional, adherencia garantizada y no abandono, con el fin de interrumpir cadenas de transmisión y lograr sostener la eliminación desde el enfoque comunitario.

Artículo 7. Actualización de las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud. Las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad se incluyen en el documento técnico "Acciones comunitarias que concurren en el cuidado integral de la salud a desarrollar por parte de Organizaciones de Base Comunitaria", el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección

Social a través del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios en el siguiente enlace: https://www.minsalud.qov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/documento-tecnscoorqanizaciones-base-comunitaria.pdf

Parágrafo 1. Las acciones y descripciones contenidas en el documento técnico podrán ser ampliadas, suprimidas o modificadas conforme a las actualizaciones que realice el Ministerio de Salud y Protección Social en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará la actualización del documento técnico por el cual se especifican las *"Acciones comunitarias que concurren en el cuidado integral de la salud a desarrollar por parte de Organizaciones de Base Comunitaria"* como mínimo una (1) vez al año.

Parágrafo 3. Para los casos en los cuales no se cuente con codificación de las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud se deberá realizar el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto a la presentación propuestas de nominación de CUPS.

Artículo 8. Financiación de las acciones comunitarias en el cuidado integral de la salud. Las acciones comunitarias se financiarán a partir de las siguientes fuentes:

8.1. **Recursos del Plan de Intervenciones Colectivas.** Las acciones comunitarias de carácter colectivo en el cuidado integral de la salud se financiarán con recursos del Plan de Intervenciones Colectivas de las Entidades Territoriales del orden departamental o distrital, quienes podrán contratarlas con las Organizaciones de Base Comunitaria autorizadas.

8.2. **Recursos que financian el Plan de Beneficios en Salud.** Las acciones comunitarias de carácter individual en el cuidado integral de la salud se financiarán con cargo a los recursos que financian el Plan de Beneficios en Salud a través de las disposiciones previstas en el artículo 9 de la presente resolución.

8.3. **Recursos de Inversión Territorial.** Las acciones comunitarias podrán ser financiadas con otras fuentes de recursos, como proyectos de inversión local complementaria: recursos provenientes de los presupuestos y proyectos de inversión local de las entidades territoriales, destinados a fortalecer la salud pública y el cuidado integral de la salud.

8.4. **Otras Fuentes.** Recursos de cooperación internacional y convenios interinstitucionales.

Artículo 9. Complementación de las acciones para el cuidado integral de la salud. Las Empresas Sociales del Estado - ESE y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, podrán celebrar acuerdos con las Organizaciones de Base Comunitaria que cuenten con autorización

de funcionamiento y operación en los términos del artículo 14 de la presente resolución, para la complementación de las acciones para el cuidado integral de salud, con énfasis en acciones realizadas a nivel comunitario y para poblaciones específicas.

Parágrafo 1. Las Organizaciones de Base Comunitaria autorizadas en cada territorio se articularán progresivamente a las Redes Integrales e Integradas de Salud previstas en el artículo 61 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, concepto que es complementado por lo definido en la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional.

Parágrafo 2. En los acuerdos que celebren las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las Organizaciones de Base Comunitaria se garantizará la participación coordinada en el diseño de las acciones y en el establecimiento de los parámetros de metas de cobertura tamizaje y vinculación para poblaciones clave; de los protocolos de comunicación y referencia bidireccional; de los indicadores de proceso y resultado relacionados con retención en cuidado y adherencia terapéutica; de los mecanismos de reporte de información al sistema de vigilancia epidemiológica; y de la definición de responsabilidades en la gestión logística de insumos críticos.

Artículo 10. Celebración de acuerdos de voluntades y articulación de las Organizaciones de Base Comunitaria. Para el desarrollo de las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud por parte de las Organizaciones de Base Comunitarias, en el marco del Sistema de Salud y de lo dispuesto en la presente resolución, las Entidades Responsables de Pago o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud celebrarán acuerdos de voluntades con las Organizaciones de Base Comunitaria autorizadas para el desarrollo de las acciones de complementariedad y concurrencia en los términos establecidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

En los acuerdos de voluntades se deberán establecer los mecanismos operativos, técnicos, financieros, de gestión y administrativos para articular las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud y demás actores del territorio.

Artículo 11. Modalidades de atención en las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud. Las Organizaciones de Base Comunitaria podrán prestar acciones comunitarias en modalidades de atención intramural o extramural tomando en consideración el siguiente alcance:

11.1. Intramural: En una infraestructura física propia o de terceros diseñadas para servir de punto de encuentro, capacitación, articulación con la comunidad e intervenciones.

11.2. Extramural: En domicilio o a través de estrategias comunitarias de abordaje de la población como recorridos por sectores de alta concurrencia, lugares de difícil acceso, instalaciones itinerantes en lugares de alto tránsito de las poblaciones afectadas o similares, asegurando el enfoque diferencial y la pertinencia contextual en el ámbito geográfico autorizado. Estas acciones deberán garantizar condiciones minimas de seguridad, manejo de información sensible, pertinencia cultural y protección de datos, y ajustarse a las disposiciones territoriales para intervenciones extramurales y comunitarias

Parágrafo. Los espacios destinados a estas actividades deberán contar con adecuaciones que protejan la dignidad, la intimidad y la confidencialidad de las personas, evitando exposiciones públicas no deseadas y asegurando la pertinencia cultural de los espacios y horarios la privacidad de las personas según aplique para la acción que se desee realizar.

Artículo 12. Inscripción de las Organizaciones de Base Comunitaria como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y habilitación de servicios. Las Organizaciones de Base Comunitaria que presten servicios de salud diferentes a los Servicios de Base Comunitaria, deberán inscribirse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y habilitar los servicios de salud a ofertar, para lo cual deberá cumplir con los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y los estándares y criterios de habilitación de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad vigente.

Capítulo 3

Autorización de las Organizaciones de Base Comunitaria

Artículo 13. Autorización de las Organizaciones de Base Comunitaria. Las Organizaciones de Base Comunitaria para el reconocimiento de su personería jurídica en marco del desarrollo de las acciones comunitarias que concurran en el cuidado integral de la salud deben solicitar la respectiva autorización de funcionamiento y operación ante la entidad territorial del orden departamental o distrital, según corresponda, de acuerdo con la competencia territorial, demostrando que cuenta con las condiciones de capacidad legal y administrativa y de calidad técnica y operativa, de acuerdo con el procedimiento y los criterios establecidos en esta resolución.

Para su autorización, las Organizaciones de Base Comunitaria deben cumplir con las siguientes condiciones:

13.1. Condiciones de capacidad legal y administrativa. Las Organizaciones de Base Comunitaria deben demostrar que son personas jurídicas sin ánimo de lucro, a través de procesos administrativos, contables, de gestión de talento humano que soportan las actividades que se ofertan y presentar los documentos relacionados ante la respectiva entidad territorial del orden departamental o distrital que certifiquen esta condición, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

13.2. Condiciones de capacidad técnica, comunitaria y operativa. Corresponde a las capacidades, experiencias y procesos que sustentan la legitimidad social y la idoneidad de la Organización de Base Comunitaria para ejecutar acciones de cuidado con calidad, pertinencia y un profundo conocimiento del contexto territorial. Adicionalmente, a las actividades y procesos propios requeridos para el desarrollo de las acciones comunitarias y la garantía de la calidad para la complementariedad y concurrencia de las acciones para el cuidado integral de la salud; para la verificación y evaluación de estas condiciones, se atenderá lo dispuesto en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

Artículo 14. Autorización de funcionamiento de las Organizaciones de Base Comunitaria para el desarrollo de las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud. Para la autorización de las Organización de Base Comunitaria se deberá seguir el siguiente procedimiento:

14.1. Las Organizaciones de Base Comunitaria presentarán la solicitud de autorización ante la respectiva entidad territorial del orden departamental o distrital, según corresponda de acuerdo con la competencia territorial, donde se certifica el cumplimiento de las condiciones de capacidad legal, capacidad administrativa y financiera y capacidad técnica y operativa, en los términos establecidos en la presente Resolución y en el Anexo Técnico 1.

14.2. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud de autorización, la entidad territorial revisará, validará y evaluará la información contenida en la solicitud realizada por la Organización de Base Comunitaria y el cumplimiento de las condiciones de capacidad legal, capacidad administrativa y financiera y capacidad técnica y operativa, establecidas en la presente Resolución.

14.3. En el caso que la entidad territorial considere que la información presentada se encuentra incompleta, insuficiente o presenta errores; requerirá a la Organización de Base Comunitaria para que en un plazo hasta de treinta (30) días hábiles allegue la correspondiente subsanación o aclaración de la información. Ante este evento, la entidad

territorial deberá enviar a la Organización de Base Comunitaria un informe detallado en consonancia con los puntos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución, detallando los aspectos que no se cumplen o la inconsistencia sobre las evidencias documentales incluidas en la solicitud de autorización. Este documento será enviado al correo electrónico institucional o del representante legal de la Organización de Base Comunitaria.

14.4. De considerar que la Organización de Base Comunitaria cumple con los requisitos establecidos en la presente Resolución, la ET contará con un término de 20 días hábiles para expedir el acto administrativo de autorización de funcionamiento y operación, en el cual se especificará la vigencia de la autorización y la jurisdicción en la que puede realizar las acciones comunitarias de concurrencia y complementariedad para el cuidado integral de la salud.

14.5. Expedido el acto administrativo de autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria, la entidad territorial cargará copia de este acto en el Registro dispuesto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

14.6. Si la solicitud de autorización es negada por la entidad territorial, la Organización de Base Comunitaria podrá presentar nuevamente una solicitud en los seis (6) meses siguientes a la firmeza del acto administrativo que niega la solicitud, una vez se hayan subsanado las condiciones de capacidad legal y administrativa o de capacidad técnica, comunitaria y operativa que generaron la negación de la autorización.

Parágrafo 1. Para las Organizaciones de Base Comunitaria que ejecutan acciones de cobertura nacional, la autorización de funcionamiento deberá ser tramitada ante cada entidad territorial del orden departamental o distrital, en donde opera, garantizando las responsabilidades de articulación territorial previstas en la presente resolución.

Parágrafo 2. Para el trámite de la autorización, la entidad territorial podrá determinar la necesidad de realizar visita para la verificación de capacidades en la sede física de la Organización de Base Comunitaria o en el lugar de desarrollo de actividades.

Artículo 15. Gratuidad. La autorización de funcionamiento y el registro de las Organizaciones de Base Comunitaria es un trámite gratuito.

Artículo 16. Registro de la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá del registro de las Organizaciones de Base Comunitaria. Para el efecto, a las Organizaciones de

Base Comunitaria autorizadas en los términos de la presente resolución, no le serán exigibles los requisitos de inscripción de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con excepción de lo dispuesto en el artículo 12 de la presente resolución.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará el registro de las Organizaciones de Base Comunitaria, en los siguientes seis (6) meses a la expedición de la presente resolución.

Artículo 17. Novedades en la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones. La Organización de Base Comunitaria deberá reportar novedades de su funcionamiento a la entidad territorial, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarlos de acuerdo con lo dispuesto en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

Artículo 18. Vigencia de la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria. La autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria tendrá una vigencia de tres (3) años contados a partir de la expedición del respectivo acto administrativo.

La actualización de la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria se realizará por solicitud del representante legal de la Organización de Base Comunitaria, en los seis (6) meses previos a su vencimiento y la entidad territorial del orden departamental y distrital deberá realizar una nueva verificación de las condiciones establecidas en el artículo 14 de la presente resolución.

Parágrafo. Lo anterior, no exime de la pérdida de la autorización de funcionamiento y operación por acciones de inspección, vigilancia y control de las autoridades competentes en cualquier momento de su operación.

Capítulo 4

Disposiciones finales

Artículo 19. Reporte de información de las acciones realizadas por las Organizaciones de Base Comunitaria. La información que se genere de las acciones realizadas por parte de las Organizaciones de Base Comunitaria será reportada al Ministerio de Salud y Protección Social a través del sistema de información que se defina para tal fin.

Artículo 20. Seguridad de la información y protección de datos personales. De conformidad con lo dispuesto por las Leyes 527 de 1999, 594 de 2000, Estatutaria 1581 de 2012, 2015 de 2020 y el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las modifiquen o sustituyan, el Ministerio de

Salud y Protección Social como responsable del Reporte de información de las acciones realizadas por las Organizaciones de Base Comunitaria, así como las entidades de que trata el artículo 2 de la presente resolución, garantizarán al interior de sus procesos y tecnologías informáticas y con los terceros involucrados, la veracidad, confidencialidad, integridad, custodia y disponibilidad de los datos y deberá utilizar y asegurar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, extracción, secuestro y cualquier acceso o uso indebido o fraudulento o no autorizado de los datos, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

Artículo 21. Fortalecimiento de modelos de atención en salud comunitarios. Para fortalecer el acceso equitativo y la calidad de la respuesta nacional de salud pública, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará el apoyo técnico a las Organizaciones de Base Comunitaria para el desarrollo e implementación de modelos comunitarios de atención innovadores mediante los cuales se minimicen de manera progresiva las brechas de acceso y la retención en las poblaciones clave y vulnerables.

Artículo 22. Visitas técnicas de vigilancia y control a las Organizaciones de Base Comunitaria autorizadas. La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales del orden departamental y distrital podrán realizar visitas técnicas de vigilancia y control a las Organizaciones de Base Comunitaria autorizadas, con el fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente resolución.

En caso de evidenciar incumplimientos, la Superintendencia Nacional de Salud y las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital dentro del marco de sus competencias, requerirán a la Organización de Base Comunitaria para adoptar acciones de mejora; si persisten los incumplimientos, se procederá a revocar la autorización de funcionamiento y operación, comunicando dicha decisión a las autoridades competentes.

Artículo 23. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, según sus competencias legales, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en esta resolución.

ANEXO TÉCNICO 1

"Lineamiento para la inscripción y autorización para el funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria"

I. Introducción

El presente lineamiento establece las condiciones y requisitos para la inscripción y autorización para el funcionamiento de las Organizaciones de Base Comunitaria.

II. Condiciones de autorización

Para presentar la autorización y funcionamiento, la Organización de Base Comunitaria debe cumplir con los siguientes requisitos de capacidad legal y administrativa y capacidad técnica, comunitaria y operativa:

a. Capacidad legal y administrativa

Para acreditar el cumplimiento de los requisitos legales y administrativos, ia Organización de Base Comunitaria debe presentar:

1. Acto administrativo mediante el cual se le reconoce personería jurídica y/o representación legal expedida por la autoridad competente.

2. Certificado de existencia y representación legal vigente de la persona jurídica, expedido por la Cámara de Comercio, cuando aplique.

3. Información de medios de contacto y envío de correspondencia física o electrónica.

4. Información sobre el territorio donde se encuentra operando, incluyendo la existencia de una infraestructura física.

5. Estados financieros bajo Normas Internacionales de Información Financieras (NIIF) con fecha de corte del 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, suscritos por el representante legal con certificación o auditoria por parte del contador o auditor o revisor fiscal según corresponda. Deberá enviarse la copia del estado de situación financiera, estado de resultados, estado de cambios en el patrimonio y estado de flujos de efectivo; y las revelaciones o notas a los estados financieros.

6. Certificado bancario que incluya titular, número y tipo de cuenta, fecha de apertura y estado de la cuenta.

7. Documento que contenga el marco estratégico organizacional, donde se especifique como mínimo, el organigrama, la misión y visión de la Organizaciones de Base Comunitaria, la población objeto de su acciones y alcance geográfico.

b. Capacidad técnica, comunitaria y operativa

Los requisitos de Capacidad técnica y operativa se dividen en: capacidad técnico-científica y capacidad comunitaria:

i. Capacidad técnico-científica

Demuestran la capacidad técnico-científica de una Organización de Base Comunitaria en lo correspondiente a:

1. Portafolio de acciones comunitarias para el cuidado integral de la salud ofertadas por las Organizaciones de Base Comunitaria.

2. Conocimiento de la organización derivado de la participación previa en actividades iguales o similares en salud a ofertar.

3. Liderazgo o participación en procesos de entrenamiento para las acciones propias a ofertar, en términos del desarrollo de las acciones comunitarias.

4. Capacidad operativa en lo correspondiente al talento humano, recursos logísticos, el fortalecimiento institucional y medios del monitoreo para la ejecución, el logro de las intervenciones en salud y la medición del impacto de estas.

5. Procedimientos existentes relacionados con las acciones desarrolladas.

Son soporte de lo anterior:

i) Documento que relacione las acciones comunitarias en marco del cuidado integral de salud provista por las Organizaciones de Base Comunitaria, con evidencia de la capacidad actual y potencial a ofertar por cada una de estas. Debe contener el establecimiento de una metodología que indique la capacidad de acciones comunitarias potenciales a realizar, expresadas en cantidad, tipo y modalidad de atención que pueden complementar el cuidado integral de la salud en el territorio donde busca autorizarse.

ii) Certificados, contratos, convenios, memorandos de entendimiento, certificados de voluntariado o participación y acuerdos de voluntariado que hayan sido celebrados para la prestación de bienes o servicios que contenga

la experiencia directa e indirecta o a través de proponentes plurales, emitidos por organismos de cooperación internacional, Naciones Unidas, entidades públicas o privadas donde se demuestre su participación en proyectos relacionados con la comunidad o las acciones frente al objeto de esta resolución. La experiencia relacionada deberá tener como máximo 10 años de antigüedad.

iii) Informes de actividades de formación o entrenamiento en caso de haberlas liderado, o certificación de su ejecución emitido por un contratante o financiador. Estos soportes no deben tener más de 4 años de expedición.

iv) Documentos que certifiquen la formación académica en salud del talento humano que ejecuta las acciones o que realiza la supervisión de las acciones por parte de la Organización de Base Comunitaria.

v) Documento que certifique la capacidad operativa calculada según las acciones a ejecutar para el talento humano y otros recursos, medido en personal cualificado y recursos requeridos por actividad, incluyendo tiempos y cantidades. Esto debe indicarse para cada acción comunitaria a desarrollar.

vi) Documento que certifique la existencia de herramientas tecnológicas para el reporte a los sistemas de información requeridos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de las entidades del orden municipal, distrital y departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud, así como contar con los soportes requeridos para el seguimiento de las actividades ejecutadas. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital en marco de sus responsabilidades podrán ajustar gradualmente las exigencias técnicas y de herramientas tecnológicas a las capacidades locales. Dichos criterios podrán contemplar alternativas de reporte no digital en zonas sin conectividad, esquemas progresivos de cumplimiento o apoyos institucionales para el fortalecimiento tecnológico de las organizaciones comunitarias.

vii) Documentos donde se evidencien los procesos para la ejecución de las acciones, alineados con la normativa y lineamientos técnicos vigentes.

ii. Capacidades comunitarias

La característica diferencial entre una Organización de Base Comunitaria y cualquier otro proveedor o un prestador de servicios de salud radica en la capacidad de gestión comunitaria y generación de valor social. A continuación, se detallan los requisitos que demuestran la capacidad comunitaria de una Organización de Base Comunitaria.

1. Experiencia en trabajo comunitario, entendida como la realización de acciones con un enfoque social, antropológico, comportamental y ambiental con impacto en las poblaciones o territorios que representan.

2. Reconocimiento de liderazgo social y comunitario.

3. Participación comunitaria.

Para lo anterior se deben adjuntar:

i) Certificados que den cuenta y reconozcan la labor social de la Organización de Base Comunitaria, su impacto y comunidades abordadas, emitidos por organismos de Cooperación Internacional, Naciones Unidas, entidades públicas y privadas como Universidades, las veedurías ciudadanas, las juntas directivas de las ESE y los comités de ética, las juntas de acción comunal, las asociaciones campesinas, las mesas de participación de víctimas del conflicto, los consejos de planeación, entre otros.

ii) Informe que evidencie el impacto en su comunidad o capacidad de convocatoria a través de cualquiera de estas opciones: métricas de redes sociales, grupos de mensajería instantánea, actas de reuniones o el reconocimiento público como líder o líderesa social o comunitario de las figuras más representativas de la organización o existencia de una sede física con reconocimiento público donde realice sus acciones.

iii) Certificado de la representatividad de la Organización de Base Comunitaria en la entidad territorial donde opera respecto a los procesos de participación comunitaria o evidencia de participación en dichos procesos a través de actas o informes que lo evidencien. La organización deberá contar con actividad de participación comunitaria durante el último año al momento de solicitar la autorización.

III. Novedades

La Organización de Base Comunitaria deberá reportar novedades de su funcionamiento a la entidad territorial, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la presentación de la novedad, a través del reporte de la misma en el sistema de información que se defina para este fin.

Se consideran variables de interés para la actualización de información.

1. Cambio de dirección de correspondencia, correo electrónico o teléfono de contacto

2. Cambio en la dirección de la sede física de la Organización de Base Comunitaria, si la tiene

3. Cambios en la representación legal

4. Cierre de la Organización de Base Comunitaria en la entidad territorial donde se encuentra autorizada

5. Inclusión o exclusión de acciones de las Organizaciones de Base Comunitaria en el territorio o por población específica

La entidad territorial procederá a actualizar en el registro las novedades y en caso de cierre de la Organización de Base Comunitaria se dispondrán de los procedimientos operativos para la eliminación en el registro.

Artículo 24. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.9. Resolución 2669 de 2025

Por la cual se crea el Comité Técnico del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) y se dictan disposiciones para su funcionamiento

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial las conferidas en el numeral 20 del artículo 6° del Decreto Ley 4107 de 2011, el artículo 4° de la Resolución 1962 de 2025 y,

CONSIDERANDO

Que conforme a lo dispuesto en los artículos 113 y 209 de la Constitución Política, las entidades del Estado cumplen funciones separadas, pero colaboran armónicamente entre sí para la realización de los fines del Estado.

Que, en ese mismo sentido, la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, orientados a promover la coordinación, concurrencia y complementariedad institucional entre las entidades públicas.

Que esta colaboración armónica implica que todas las instituciones del Estado deben articular sus actuaciones en torno a un mismo propósito común: la satisfacción del interés general y la garantía de los derechos fundamentales de las personas, asegurando la unidad de acción, la eficiencia en la gestión pública y la coherencia en la ejecución de las políticas públicas, conforme al mandato constitucional.

Que en aplicación del principio de orientación y coordinación sectorial, consagrado en los artículos 6 y 44 de la Ley 489 de 1998, se busca garantizar la unidad de acción administrativa y la coherencia en la formulación y ejecución de las políticas públicas, de forma tal que las entidades que integran un mismo sector administrativo actúen bajo directrices comunes y en armonía con los objetivos institucionales definidos por la cabeza del sector, en este caso el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la Ley 1966 de 2019, mediante la cual se adoptan medidas orientadas a la mejora de la gestión y la transparencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),

introduce disposiciones de especial relevancia para la modernización y articulación de los sistemas de información del sector.

Que el artículo 3 de la precitada Ley establece que el Ministerio de Salud y Protección Social será el encargado de diseñar, definir e implementar los contenidos técnicos de conectividad, así como los lineamientos y estándares de interoperabilidad que deben observar los sistemas de información de los diferentes actores del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), con el propósito de consolidar un entorno integral, seguro y eficiente para el intercambio de datos.

Que el artículo 3 *ibidem*, señala que la Superintendencia Nacional de Salud será la responsable de la administración de la información necesaria para efectos de realizar las acciones de inspección, vigilancia y control.

Que, tales disposiciones buscan garantizar la trazabilidad de los recursos, la calidad y oportunidad de la información y la toma de decisiones basadas en evidencia, mediante la implementación del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), concebido como una herramienta esencial para la transparencia, la eficiencia administrativa y la sostenibilidad del sistema de salud colombiano.

Que el artículo 4 de la referida Ley 1966 de 2019 dispone la creación de un portal de registro electrónico a cargo de este Ministerio, en el cual deberán reportarse los intercambios comerciales relacionados con la prestación de servicios y tecnologías en salud, involucrando a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Que, dicho portal tiene como finalidad consolidar una fuente unificada, transparente y verificable de información contractual, que permita ejercer un control efectivo sobre el flujo de los recursos públicos destinados al sector salud y fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control.

Que, en tal sentido, el Gobierno nacional expidió el Decreto 228 de 2025, acto administrativo que adicionó la parte 12 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, estableciendo los parámetros y componentes del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencia (SIIFA), definiendo que su estructura se encuentra compuesta por cuatro módulos.

Que, conforme con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.8.1 del Decreto 780 de 2016, la información que se reporte e integre en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, constituye un insumo para que todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ejerzan sus funciones y competencias.

Que, el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) se implementará de manera progresiva, tal como se previó en el artículo 2 del Decreto 228 de 2025.

Que, mediante la Resolución 1962 de 2025 se define la estructura del SIIFA, la información a registrar, los manuales funcionales y técnicos de interoperabilidad del sistema, y se establece un plan de implementación gradual y progresivo de cada uno de los módulos que lo componen.

Que el artículo 4° de la mencionada resolución, establece que el SIIFA contará con un Comité, como instancia de coordinación de este Ministerio, el cual determinará su conformación, funciones y demás aspectos necesarios para su funcionamiento, con el fin de garantizar la transparencia y el adecuado flujo de los recursos del sector salud.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario conformar el Comité Técnico que integre las dependencias involucradas al interior de esta cartera ministerial y establezca la coordinación de las actividades y directrices que se requieran para el desarrollo, operación, implementación, funcionamiento integral, y actualización del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA).

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Créese el Comité Técnico del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, encargado de coordinar el proceso de implementación, funcionamiento integral, desarrollo y actualización del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Integración de Comité. El Comité estará integrado por los siguientes funcionarios:

2.1. El/la Viceministro (a) de Protección Social o su delegado, quien lo presidirá;
2.2. El/la Viceministro (a) de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado;
2.3. El/la Director (a) de Financiamiento Sectorial;
2.4. El/la Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones;
2.5. El/la Director (a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud;
2.6. El/la Jefe de la Oficina de la Tecnología de la Información y la Comunicación;
2.7. El/la Director (a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria;
2.8. El/la Director (a) de Medicamentos y Tecnologías en Salud;

2.9. El/la Director (a) de Promoción y Prevención.

En caso de participación mediante delegación, ésta deberá ser formalizada mediante comunicación escrita previa al comité, y registrada en el acta correspondiente.

Parágrafo. Serán invitados permanentes, el/la Director (a) General de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o su delegado y el/la Superintendente Nacional de Salud o su delegado. Estas entidades podrán invitar a los funcionarios que consideren necesarios.

Así mismo, podrán asistir, en calidad de invitados otras dependencias o funcionarios de este Ministerio, u otras entidades, agremiaciones, cuando se considere pertinente.

Artículo 3. Funciones del Comité del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA). El Comité tendrá las siguientes funciones:

3.1. Aprobar el plan de acción para el diseño, desarrollo, implementación, actualización y seguimiento de la herramienta tecnológica del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA).
3.2. Recomendar los criterios, reglas, procedimientos y lineamientos técnicos que se requieran para optimizar el funcionamiento y actualización del SIIFA.
3.3. Proponer lineamientos y criterios técnicos para la óptima articulación con las bases propias del Ministerio, las que administra la Superintendencia Nacional de Salud, y las que administra la ADRES.
3.4. Discutir y analizar los requerimientos y propuestas de modificaciones, ajustes, y/o desarrollos tecnológicos del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial - SIIFA.
3.5. Presentar al Ministro de Salud y Protección Social un informe técnico con la estructura y periodicidad que defina el Comité.
3.6. Las demás que sean de la naturaleza y objeto del comité.
3.7. Adoptar el reglamento interno del Comité.

Parágrafo transitorio. La primera sesión del comité deberá realizarse dentro del mes siguiente a la expedición de la presente resolución.

Artículo 4. Secretaría técnica. El Comité SIIFA contará con una secretaría técnica que será ejercida por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, la cual tendrá las siguientes funciones:

4.1. Elaborar el proyecto de reglamento interno del Comité y someterlo a aprobación.

4.2. Convocar las reuniones ordinarias y extraordinarias que se requieran.
4.3. Elaborar el orden del día de cada reunión y remitirlo a los miembros del Comité.
4.4. Conceder el uso de la palabra durante la sesión del Comité.
4.5. Elaborar las actas de las sesiones del comité y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos para verificar su cumplimiento.
4.6. Articular la preparación de los informes que le sean solicitados.
4.7. Consolidar y presentar al comité los documentos técnicos requeridos.
4.8. Mantener y administrar el archivo de documentos del comité.
4.9. Las demás que le sean asignadas por el comité.

Artículo 5. **Sesiones del Comité.** El Comité del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), se reunirá de forma ordinaria como mínimo tres (3) veces durante el año, previa convocatoria de la secretaría técnica, quien será responsable de convocar las sesiones y remitir la documentación para cada sesión.

La secretaría técnica convocará a sesiones extraordinarias, con una antelación de por lo menos tres (3) días hábiles, previa solicitud de cualquiera de los miembros del comité.

El comité podrá crear mesas técnicas de trabajo de carácter permanente o transitorio para cumplir con sus funciones.

Parágrafo. El desarrollo de las sesiones quedará consignado en actas que serán elaboradas y custodiadas por la secretaría técnica del comité. Las actas serán suscritas por el presidente y el secretario del comité.

Artículo 6. Quórum. El comité del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) sesionará con la presencia de la mitad más uno de sus miembros, y las recomendaciones serán adoptadas por consenso de los miembros que hacen presencia en la sesión.

Artículo 7. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.10. Resolución 2695 de 2025

Por medio de la cual se modifican los artículos 13 y 14 de la Resolución 2169 de 2023 modificados por la Resolución 2621 de 2024

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 21 del artículo 2 del Decreto Lev 4107 de 2011 y el artículo 155 de la Ley 2294 de 2023, y,

CONSIDERANDO

Que este Ministerio expidió la Resolución 2169 de 2023, modificada por la Resolución 2621 de 2024, con el propósito de establecer los criterios para el uso de los recursos no ejecutados y distribuidos mediante la Resolución 2360 de 2016, destinados al pago de la deuda acumulada al cierre de la vigencia 2022 por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, conforme con lo dispuesto en el artículo 155 de la Ley 2294 de 2023

Que mediante a modificación efectuada a la Resolución 2169 de 2023 por medio de la Resolución 2621 de 2024, el articulo 13 estableció el 31 de diciembre de 2025 como plazo máximo para la presentación de las propuestas de asignación de recursos por parte de las entidades territoriales y, asimismo, el artículo 14 dispuso que los recursos no ejecutados al 31 de mayo de 2026 serán redistribuidos entre los departamentos y distritos, conforme con lo previsto en el enciso segundo del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, modificado por el artículo 155 de la Ley 2294 de 2023.

Que con corte al mes de noviembre de 2025, queda un saldo por ejecutar de los recursos distribuidos a través de la Resolución 2360 de 2016, por valor de DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS QUINCE MILLONES SIETE MIL CIENTO DIECISÉIS PESOS ($17,815.807.116) M/CTE.

Que, a la fecha, los departamentos del Amazonas y del Cauca, así como los distritos de Cartagena y Buenaventura han radicado solicitudes para la ejecución de los recursos, sin embargo fueron devueltas con el fin de que efectúen ajustes a la información presentada situación que implica el cumplimiento de varios procesos administrativos y la nueva radicación

de las referidas solicitudes para la correspondiente evaluación, avizorándose que el término establecido en la Resolución 2621 de 2024 no será suficiente.

Que en atención a lo anterior y considerando la existencia de recursos disponibles por ejecutar se hace necesario prorrogar el plazo previsto para la presentación de las solicitudes con el fin de continuar con su ejecución.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 13 de la Resolución; 2169 de 2023, modificado por la Resolución 2621 de 2024, el cual quedará así:

> *"Articula 13. Plazo máximo para la presentación de solicitudes. Las entidades territoriales tendrán hasta el 31 de diciembre de 2027 para presentar al Ministerio de Salud y Protección Social la propuesta de asignación de recursos de que trata la Resolución 2360 de 20,16, que no han sido ejecutados, junto con el detalle de facturas a pagar a las IPS y proveedores de tecnologías en salud, conforme con los anexos 2, 3 y 6 de la Resolución 2360 de 2016, sustituidos mediante los anexos 1, 2 y 3 de la presente resolución, respectivamente.*
>
> *En el caso que, durante el proceso de revisión, la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio evidencie que se presentan errores en la solicitud, comunicará dicha situación a la entidad territorial para que en un plazo máximo de diez (10) días hábiles presente las correcciones a que haya lugar. Si vencido este término la entidad territorial no presenta las correcciones o persisten los errores se entenderá que ha desistido de la solicitud".*

Artículo 2. Modifíquese el artículo 14 de la Resolución 2169 de 2023, modificado por la Resolución 2621 de 2024, el cual quedará así:

> *"Artículo 14. Recursos no ejecutados. Los recursos que fueron asignados mediante la Resolución 2360 de 2016 y que no hayan sido ejecutados con corte al 31 de mayo de 2028, serán redistribuidos entre los departamentos y distritos conforme con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en atención a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, modificado por el artículo 155 de la Ley 2294 de 2023".*

Artículo 3. La presente resolución rige a partir de su publicación y modifica los artículos 13 y 14 de la Resolución 2169 de 2023, modificados por la Resolución 2621 de 2024.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.11. Resolución 2706 de 2025

Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, numeral 2 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 modificado por el Decreto 2562 de 2012, Resolución 3804 de 2016 modificada por la Resolución 1905 de 2025 y,

CONSIDERANDO

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 3804 de 2016 estableció el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, que se desarrolla en tres (3) fases, así: nominación, análisis técnico-científico y decisión y seguimiento integral, proceso que se caracteriza por ser continuo, técnico, dinámico, participativo, transparente y validado por expertos.

Que mediante la Resolución 2641 de 2024. este Ministerio estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS, contenida en los Anexos Técnicos: 1. *"Manual de Uso"-. 2. "Lista Tabular'1; 3 "Códigos especiales para reporte población indígena' 4. "Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud"', 5. "Códigos para el reporte de información de intervenciones colectivas"; 6. "Códigos para el reporte de información de gestión en salud pública'; y 7. "Códigos para el reporte de procedimientos e intervenciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo".*

Que, mediante la Resolución 2689 de 2024, este Ministerio modificó el Anexo Técnico 2 *'Lista tabular"* de la Resolución 2641 de 2024, en el sentido de incluir la subcategoría 90.8.4.48 CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO).

Que, mediante la Resolución 756 de 2025, este Ministerio modificó el Anexo Técnico 2 *"Lista tabular"* de la Resolución 2641 de 2024, en el sentido de incluir la subcategoría 64 4 9 20 PLASTIA DE FRENILLO PENEAL.

Que, teniendo en cuenta los avances técnico científicos realizados a nivel mundial, la dinámica de la práctica clínica actual y las necesidades en salud en el país, exigen que se provea un

lenguaje homogéneo para la identificación de los procedimientos en salud que se realizan en el territorio nacional, entre los diferentes actores que intervienen en el Sistema de Seguridad Social Integral, de manera que se eviten barreras de acceso en la atención en salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, consideró necesaria la actualización y el establecimiento de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.

Que, para la actualización de la CUPS durante la vigencia 2025, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud recibió 192 nominaciones de actualización de procedimientos en salud, por 27 agremiaciones de profesionales de la salud y sociedades científicas y, 2 dependencias de este Ministerio, sobre las cuales la precitada Dirección validó el cumplimiento de los requisitos formales y, como resultado dichas nominaciones fueron publicadas en el sitio web Mi vox pópuli del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, una vez finalizada la fase de nominación adelantó la fase de análisis técnico-científico en la que se realizó 1 mesa interna- y 5 consensos con 33 expertos delegados por las sociedades científicas, agremiaciones de profesionales de la salud y dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, como se relacionan a continuación: Asociación Colombiana de Medicina Nuclear e Imágenes Moleculares, Asociación Colombiana de Medicina Vascular, Angiología Clínica y Laboratorio Vascular, Asociación Colombiana de Cirugía Vascular y Angiología, Asociación Colombiana de Medicina Osteopática, Asociación Colombiana de Cirugía, Asociación Colombiana Hepato Pancreato Biliar, Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva - ACED y la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud.

Que, conforme a los resultados obtenidos en la fase de análisis técnico-científico se consideró necesaria la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, en el sentido de eliminar 12 procedimientos, reubicar 1 procedimiento, modificar la descripción de 3 procedimientos y desagregar 27 procedimientos de los contenidos en la Resolución 2641 de 2024 modificada por las Resoluciones 2689 de 2024 y 756 de 2025, proferidas por este Ministerio.

Que conforme a lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 13 de la Resolución 3804 de 2016, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, mediante memorando con radicado No. 2025341000872963 del 17 de diciembre de 2025, informó que *(...) con fundamento en los análisis efectuados a las nominaciones y el concepto técnico — científico concertado con los delegados de las sociedades científicas frente a cada procedimiento en salud, recomienda la actualización de la CUPS."*

Que, agotadas las fases de nominación y análisis técnico científico del procedimiento de actualización, corresponde a este Ministerio establecer la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, de acuerdo con la práctica clínica actual y las dinámicas en salud del país, de manera que se provea un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores que intervienen en el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI.

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Establecer la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS contenida en los anexos técnicos que hacen parte integral del presente acto administrativo:'

Anexo Técnico 1 *"Manual de uso".*
Anexo Técnico 2 *"Lista tabular".*
Anexo Técnico 3 *"Códigos especiales para reporte población indígena".*
Anexo Técnico 4 *"Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud"*
Anexo Técnico 5 *"Códigos para el reporte de información de intervenciones colectivas".*
Anexo Técnico 6 *"Códigos para el reporte de información de gestión en salud pública"*.
Anexo Técnico 7 *"Códigos para el reporte de procedimientos e intervenciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo".*

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí previstas aplican a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga sus veces Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, entidades adaptadas, entidades que administran planes voluntarios de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), compañías de seguros que expidan el Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito (SOAT), administradores y prestadores de los regímenes especial y de excepción de salud, Superintendencia Nacional de Salud y demás agentes del Sistema de Seguridad Social Integral — SSSI.

Artículo 3. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos.

Esta clasificación debe aplicarse en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

Parágrafo. En caso de que los procedimientos en salud de la CUPS requieran el uso de dispositivos médicos, estos se considerarán inherentes al procedimiento que lo origina, lo que permite garantizar su objetivo médico y la prestación del servicio respecto de la necesidad específica de salud; conforme al criterio y autonomía del profesional tratante.

Artículo 4. ***Seguimiento y control.*** De acuerdo con el marco de competencias, la Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga sus veces, efectuará la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones aquí previstas.

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir del 1 de enero de 2026 y deroga, a partir de esa fecha, las Resoluciones 2641 de 2024, 2689 de 2024 y 756 de 2025.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%202706%20de%202025.pdf

2.2.12. Resolución 2716 de 2025

Por la cual se implementa el programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial de las conferidas en el numeral 42.2 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, numeral 2 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 establece que el Estado tiene el deber de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud.

Que la Ley 715 de 2001 en su artículo 42 asigna como competencia a la Nación, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el formular políticas, planes y programas de interés nacional para el sector salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación, asi como el emitir la regulación necesaria para el adecuado funcionamiento del sector.

Que el Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida", expedido mediante la Ley 2294 de 2023, incluye en su plan plurianual de inversiones bajo el eje de “Seguridad Humana y Justicia Social", la iniciativa “Hospitales Resilientes", siendo este un proyecto que busca garantizar que los hospitales y otras instalaciones de salud puedan resistir y continuar operando eficazmente durante las situaciones de desastres u otros eventos catastróficos.

Que la infraestructura en salud es un componente fundamental de la prestación del servicio de salud, lo que implica considerar la sostenibilidad y la mitigación de riesgos, incluido los ambientales, los derivados de la violencia y conflicto sociales, en el diseño y construcción de la infraestructura en salud, fortaleciendo su resiliencia ante los efectos del cambio climático, así como otros factores que puedan impactar negativamente en ella, afectando la prestación de los servicios tras la ocurrencia de emergencias y desastres

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 2274 de 2021 determinó los criterios de asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación para la implementación del Programa Hospitales Seguros Frente a Desastres.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 0625 de 2024, adoptó la iniciativa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres” expedida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que tiene como objetivo general fortalecer la preparación y capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de salud ante situaciones de emergencias y desastres, adoptando un enfoque integral que abarque la diversidad de fuentes de amenazas, con énfasis en la adaptabilidad y la rápida recuperación de los hospitales, con posterioridad a cualquier tipo de evento catastrófico, la cual además estableció que la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres seria la encargada de elaborar el documento técnico que permita desarrollar esta iniciativa a nivel nacional.

Que la mencionada Oficina, elaboró el documento técnico denominado “Ruta de implementación Programa Nacional de Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", el cual detalla las herramientas de evaluación para las Empresas Sociales del Estado, el proceso de formación de evaluadores, la implementación de un sistema de información nacional para monitorear los avances del programa, y las fuentes y criterios de financiación para la asignación de recursos en el marco del programa.

Que las herramientas establecidas en el programa permiten la evaluación del riesgo, determinan las capacidades de los centros hospitalarios evaluados y guían el desarrollo de la resiliencia de los mismos, las cuales son: (i) el índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), que evalúa componentes estructurales, no estructurales y de gestión de emergencias y desastres; (ii) Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID-H), dirigida a la preparación para la respuesta hospitalaria ante emergencias y desastres con énfasis en la autonomía de personas con discapacidad; (¡ii) Evaluación Estratégica del Riesgo de Emergencias y Desastres en Establecimientos de Salud (STAR-H), que desarrolla una planificación estratégica para fortalecer la preparación en el establecimiento hospitalario, mediante la elaboración de un marco de respuesta con enfoque multiamenaza y, (iv) la Evaluación de la Preparación Hospitalaria Frente a la Violencia (RAP).

Que, por lo anterior, es menester determinar los lineamientos que permitan la implementación del programa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", desarrollados a través de documento técnico elaborado por la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres,

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Establecer los lineamientos necesarios para la implementación del programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres",* los cuales se encuentran desarrollados en el documento técnico denominado “Ruta de implementación Programa Nacional de Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", que será publicado en la página web de este ministerio, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Aplicación del programa por parte de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y la Secretarías de Salud o quien haga sus veces. Las Empresas Sociales del Estado aplicarán voluntariamente el programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres",* y en función de sus resultados podrán presentar de manera progresiva proyectos de inversión ante este ministerio, en los términos señalados en el presente acto administrativo.

Las secretarias de salud o quien haga sus veces, deberán conformar al menos un (01) equipo evaluador en los términos de esta resolución.

Artículo 3. Aplicación del programa por IPS privadas y conformación de equipos. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud podrán contratar la evaluación con un tercero capacitado y certificado para realizarla.

Parágrafo: En ningún caso la empresa del sector salud que cuente con equipo evaluador del programa “*Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres",* realizará evaluaciones en centros de salud de su propiedad o donde tenga alguna participación.

Artículo 4. Herramientas del programa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres”. El programa *“Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres”* permite a las entidades que lo implementan tener una evaluación estratégica de los riesgos que enfrenta, determinar las capacidades con las que cuenta para enfrentarlos y, establece un camino hacia el desarrollo de capacidad de resiliencia, para lo cual se aplicarán las siguientes herramientas y metodologías;

4.1 índice de Seguridad Hospitalaria (ISH). El índice de Seguridad Hospitalaria evalúa la seguridad y los puntos vulnerables del hospital, a través de los componentes estructural, no estructural, funcional y/o emergencias, lo que permite formular recomendaciones y promover medidas de bajo costo con gran repercusión para mejorar la seguridad y fortalecer la preparación frente a emergencias,

El resultado de la aplicación de esta herramienta en la evaluación será un puntaje de 0.00 a 1.0, que se clasificará en una de tres categorías (A, B, C). así

- Categoría A (Alta seguridad): Puntaje entre 0.66 y 1.00
- Categoría B (Seguridad media): Puntaje entre 0.36 y 0.65
- Categoría C (Baja seguridad): Puntaje entre 0.00 y 0.35

4.2. Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID - H). Esta herramienta identifica las oportunidades para fortalecer las capacidades hospitalarias con el fin de asegurar que la atención a las personas con discapacidad en situaciones de urgencias y emergencias sea inclusiva, adecuada y respetuosa de sus derechos, considerando sus necesidades específicas y su participación activa durante la respuesta hospitalaria en estas situaciones.

El resultado de la aplicación de esta herramienta en la evaluación será un puntaje porcentual de 0 % a 100%, que se clasificará en una de tres categorías, así:

- Excluyente: Puntaje inferior al 44.9%.
- Probablemente inclusivo: Puntaje igual o superior al 44,9% y menor al 72,5%.
- Inclusivo: Puntaje igual o superior al 72,5%.

4.3. Herramienta de evaluación Estratégica del Riesgo de Emergencias y Desastres en Establecimientos de Salud (STAR-H por sus siglas en inglés). Esta herramienta permite desarrollar una planificación estratégica para fortalecer la preparación en el establecimiento hospitalario, por medio de la elaboración de un marco de respuesta con enfoque multíamenaza.

El resultado de la aplicación de esta herramienta en la evaluación será un puntaje de 1 a 25, categorizándose en los niveles de riesgo:

- Muy bajo: de 1 a 3.
- Bajo: de 4 a 6,
- Moderado: de 7 a 11.
- Alto: de 12 a 16.
- Muy alto: de 17 a 25.

4.4. Herramienta de evaluación de la preparación hospitalaria frente a la violencia (RAP, por su sigla en inglés). La aplicación de esta herramienta permite reconocer e identificar las principales amenazas, que ponen en riesgo la segundad de la instalación de salud, frente a eventos por violencia.

El resultado de la aplicación de esta herramienta en la evaluación será un puntaje porcentual de 0 % a 100%, que se clasificará en una de tres categorías, así:

- Bajo de 0 % a 34,99%.
- Medio de 35% a 49,99%.
- Alto de 50% a 100 %.

Artículo 5. Conformación de Equipos Evaluadores. Las Secretarias de Salud o quien haga sus veces conformarán y coordinarán, como mínimo, un (1) equipo evaluador. Este equipo podrá integrarse entre otras áreas y dependencias de la entidad territorial, con el apoyo de las Secretarías de Infraestructura o quien haga sus veces y de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE). Las ESE y las empresas del sector salud podrán postular ante este Ministerio personal que cumpla con el perfil establecido en el presente artículo, para que sea formado en el programa "*Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres".*

Los equipos conformados recibirán capacitación por parte de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y será registrado en el Registro Nacional de Equipos Evaluadores, de acuerdo a las siguientes disposiciones:

5.1. Las secretarias de salud o la entidad que haga sus veces, en coordinación con las secretarías de infraestructura y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) sí asi lo requieren, deberán remitir a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de esta cartera ministerial los perfiles de los profesionales que proponen sean formados como evaluadores.

5.2. Las secretarias de salud o la entidad que haga sus veces, en coordinación con las secretarías de infraestructura y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) sí asi lo requieren, deberán remitir a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de esta cartera ministerial los perfiles de los profesionales que proponen sean formados como evaluadores.

5.3. Durante el primer semestre de cada año, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastre, convocará a un encuentro teórico-práctico a los profesionales que las secretarías de salud o quien haga sus veces haya solicitado inscribir en el Registro Nacional de Equipos Evaluadores; la asistencia a esta parte de la formación es obligatoria y quien no la realice no será inscrito en el Registro.

5.4. Las secretarías de salud o quien haga sus veces, que hayan solicitado la inscripción de personal en el Registro Nacional de Evaluadores coordinarán con la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres la realización de al menos una (1) evaluación a centros hospitalarios de primer, segundo, tercer o cuarto nivel de atención, a las cuales serán acompañadas y asesoradas presencial o virtualmente por dicha Oficina. La participación en estas evaluaciones es obligatoria para el personal que aspire a ser inscrito en el Registro.

5.5. La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres inscribirá en el Registro Nacional de Evaluadores a los profesionales que cumplan a cabalidad con cada una de las fases de formación teórica y práctica señalada en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. El Equipo Evaluador del índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) deberá estar compuesto, como mínimo, por tres (3) profesionales provenientes de las siguientes áreas de conocimiento, de acuerdo al respectivo componente, el Componente estructural y no estructural; Ingeniería, Arquitectura. Urbanismo y afines; el Componente gestión emergencias y desastres: Ciencias de la salud, Ingeniería. Arquitectura, Urbanismo y, afines con experiencia en gestión de emergencias y desastres.

Parágrafo 2. Las demás herramientas del programa podrán ser aplicadas por cualquier integrante del equipo evaluador del índice de Segundad Hospitalaria, independientemente de su área de conocimiento.

Parágrafo 3. Los equipos de las empresas de salud podrán evaluar Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, en todo caso, las IPS privadas deberán asumir el costo del desarrollo e implementación de la evaluación y sus recomendaciones.

Artículo 6. Formación de evaluadores, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, será la encargada de emitir las directrices para la formación de los equipos evaluadores del programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres". La formación de los evaluadores combinará métodos virtuales y presenciales, y se dividirá en dos (2) fases:

Fase I: En esta fase los profesionales deberán realizar los cursos que disponga la OGTED junto a sus aliados.

Fase II: En esta fase se realizará un ejercicio teórico - práctico de manera presencial, en el que se evaluarán los contenidos estudiados virtualmente y se realizarán simulacros de aplicación de las herramientas para evaluar los centros hospitalarios.

Artículo 7. Certificación de los evaluadores. La Oficina de Gestión Territorial. Emergencias y Desastres, certificará como evaluadores del programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres",* a los profesionales que finalicen satisfactoriamente el proceso de formación.

La Certificación señalará la capacidad del evaluador de aplicar las herramientas del programa INGRID-H, STAR-H y RAP. En lo relacionado con el pilar ISH, la certificación indicará de manera explícita cuál de sus componentes — estructural, no estructural o Gestión Emergencias y Desastres — está autorizado a evaluar cada profesional.

Parágrafo. Los evaluadores certificados no podrán realizar de manera individual la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), ya que esta comprende tres componentes distintos. Su participación deberá restringirse exclusivamente al componente para el cual han sido certificados —estructural, no estructural o gestión de emergencias y desastres—. Cualquier evaluación realizada en un componente para el cual no se esté certificado será considerada inválida.

Artículo 8. Solicitud de expedición de conceptos técnicos de viabilidad de los proyectos del Programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres".* Las Empresas Sociales de Estado cuyos centros hospitalarios sean evaluados en el marco del Programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres", podrán presentar al Ministerio de Salud y Protección Social proyectos conforme a los resultados de la evaluación, para esto deberán tener en cuenta lo dispuesto en la Resolución 485 de 2025 o la norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo. Los proyectos avalados técnicamente serán incluidos en la base de proyectos de la OGTED en el marco del programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres".*

Artículo 9. Financiación o cofinanciación para implementación del Programa *"Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres".* El Ministerio de Salud y Protección Social podrá financiar o cofinanciar los proyectos presentados por las Empresas Sociales del Estado, viabilizados conforme al artículo anterior, con recursos del Presupuesto General de la Nación, para lo cual se tendrán los siguientes criterios habilitantes y de priorización:

Criterios de Habilitación:

1. Contar con la aplicación del Programa “Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres" en los últimos tres (3) años.

2. La ESE que obtenga un resultado en el índice de Seguridad Hospitalaria Categoría B (Seguridad media): Puntaje entre 0.36 y 0.65 o Categoría C (Baja seguridad): Puntaje entre 0.00 y 0.35.

3. La ESE debe estar expuesta a tres o más de los siguientes riesgos evaluados: sísmico, inundaciones, deslizamientos, erupciones volcánicas, huracanes, tsunami, riesgos tecnológicos y agresión a la misión médica.

Criterios de Priorización:

1. La ESE requiere cumplir con una orden judicial o administrativa emitida por la autoridad competente.
2. Encontrarse ubicada en un municipio con antiguos Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR), Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) o Plan Integral Municipal y Comunitario de Sustitución y Desarrollo Alternativo (PISDA).
3. La ESE no debe haber recibido apoyo financiero en las tres (03) últimas Artículo 9. Financiación o cofinanciación para implementación del Programa “Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres’’. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá financiar o cofinanciar los proyectos presentados por las Empresas Sociales del Estado, viabilizados conforme al artículo anterior, con recursos del Presupuesto General de la Nación, para lo cual se tendrán los siguientes criterios habilitantes y de priorización: vigencias por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a través del programa *“Hospitales Resilientes frente a Emergencias y Desastres" y/o a través del programa “Hospitales Seguros frente a desastres"*
4. Contar con el servicio de urgencias habilitado.

Parágrafo. Cuando se asignen recursos a proyectos en el marco del programa “Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres”, y la dependencia que viabilizó y realiza seguimiento a la asignación, sea diferente a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, deberá reportarle a esta todas las características de la asignación realizada y el avance de implementación del proyecto, con el fin que la mencionada Oficina actualice el Reporte de Implementación del Programa.

Artículo 10. Asignación de los recursos. Los recursos se asignarán, una vez se cuente con viabilidad técnica, atendiendo los criterios establecidos en el artículo anterior, y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la vigencia fiscal correspondiente.

En todo caso, el Ministerio de Salud y Protección Social atenderá el objeto del gasto asignado a los recursos, sea de financiamiento o inversión, conforme a la reglamentación que indique las formas y criterios aplicables para la asignación de los recursos.

Artículo 11. Sistema de información. La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de este Ministerio, estará a cargo de la creación y operación del Sistema de Información Nacional del Programa “Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres", para su seguimiento detallado, garantizando la transparencia, la actualización continua de la información y la accesibilidad de los datos esenciales, el cual tendrá al menos los siguientes componentes:

11.1 Evaluaciones: Un repositorio que almacenará los resultados de las evaluaciones obtenidas de la aplicación de las herramientas de cada uno de los pilares del programa.

11.2 Registro Nacional de Equipos Evaluadores. La información actualizada de los profesionales que realicen el proceso de formación, asistan al encuentro presencial teórico - practico de que trata el numeral 5.3, y realicen al menos una (1) evaluación, conforme a lo señalado en el presente acto administrativo.

11.3. Base de Herramienta para Evaluar el Programa Hospitales Resilientes Frente a Emergencias y Desastres: Un repositorio con los contenidos virtuales que deberán ser estudiados por los aspirantes a ser evaluadores del Programa, La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres administrará el ingreso a dicho repositorio, el cual contará con diferentes niveles de acceso y permisos, con usuarios asignados.

11.4 Reporte de implementación del programa: Las Empresas Sociales del Estado, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas, que implementen el programa con sus propios recursos, deberán informar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de este Ministerio los avances realizados, con el fin de medir el progreso de la implementación del programa

Parágrafo: La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres expedirá un manual de uso y funcionamiento del Sistema de Información Nacional del Programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres", dentro de los dos (02) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo.

Artículo 12. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 2274 de 2021,

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.13. Resolución 2720 de 2025

Por la cual se adopta el marco técnico, ético y jurídico general sobre los ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales, en cumplimiento a la orden segunda de la Sentencia T-237 de 2023

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las contenidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los numerales 14, 24 y 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, en cumplimiento de la Sentencia T-237 de 2023, y

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política, le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, e igualmente, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Que, el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 indica que el Estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, por lo que deberá formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población. Así mismo, en los artículos 10 y 17, en lo referente a los derechos y deberes de las personas relacionadas con la prestación del servicio de salud, se preceptúa la garantía de la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo; dicha autonomía debe ser ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Que, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, es un deber esencial del médico establecer con precisión el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente, evitando expresamente la exigencia de exámenes innecesarios o la sujeción del paciente a tratamientos que carezcan de justificación. En este mismo contexto, los artículos 12, 13, 15, 16, 17 y 18 de la misma norma establecen los márgenes deontológicos del ejercicio profesional de la medicina dentro de la *lex artis,* y *s*e indica que el médico deberá emplear únicamente medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas, y su utilización se mantendrá mientras persista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Adicionalmente, se

concibe que el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados, y en cuanto a la responsabilidad derivada de reacciones adversas, esta no excederá el riesgo previsto y comunicado.

Que, para efectos de la aplicación de la normativa, el Decreto 3380 de 1981 establece en su artículo 8 que las instituciones científicas legalmente reconocidas comprenden las facultades de medicina debidamente autorizadas, las Academias y Asociaciones médico-científicas, la Academia Nacional de Medicina, así como aquellas instituciones oficiales con funciones de investigación médica, y de vigilancia y control en el ámbito médico-científico. Igualmente, en su artículo 9, precisa frente al concepto de riesgos injustificados, definiéndolos como aquellos a los cuales se somete a un paciente y que resultan ser incongruentes con sus condiciones clínico-patológicas específicas.

Que, la Ley 1523 de 2012 establece el marco legal para la declaración de situaciones de desastre, calamidad y normalidad en los distintos niveles territoriales (nacional a territorial), considerando siempre el peligro o daño potencial o real a bienes jurídicos fundamentales como la vida, la salud y la integridad personal. En este contexto, el artículo 35 de la misma Ley desarrolla la estrategia nacional para la respuesta a emergencias, la cual constituye el marco de actuación para que todas las entidades del sistema nacional de gestión del riesgo ejecuten acciones de reacción y atención oportuna y efectiva, definiendo los aspectos que deben ser activados de forma individual y colectiva.

Que, la UNESCO por medio de la Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética de 2005, reconoce que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Que, por medio de la "*Declaración sobre el covid-19: consideraciones éticas desde una perspectiva global*, *Declaración del Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO y la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST) de la UNESCO*", de abril de 2020, se establece que los principios éticos, consagrados en el marco de los derechos humanos, reconocen la protección de la salud como un derecho de cada ser humano; y que cuando se trata de un contexto de pandemia y asignación de recursos escasos, el acceso a la atención sanitaria de máximo nivel está delimitado por el acceso al máximo de salud que se pueda lograr.

Que, la precitada Declaración de la UNESCO recuerda que ha de darse especial relevancia durante el contexto de pandemia y asignación de recursos escasos, a las condiciones de la

"vulnerabilidad relacionada con la pobreza, la discriminación, el género, las enfermedades, la pérdida de autonomía o de funcionalidad, la edad avanzada, la discapacidad, el origen étnico,

[...]".

Que, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos adoptó la Resolución N° 4/2020, en la cual recomienda el cumplimiento de las obligaciones de respeto y garantía de los derechos humanos de las personas, a través del uso de un enfoque que reconozca la eliminación de todas las formas de discriminación, mismo documento que resalta que en cuanto a las decisiones relativas a la salud y cuidado de las personas durante la pandemia debían adoptarse e implementarse medidas "*sin ningún tipo de discriminación arbitraria basado en alguno de los motivos reconocidos en los estándares internacionales de derechos humanos*".

Que, el parágrafo del artículo 5 de la Resolución 5596 de 2015, establece que los tiempos de atención determinados para los pacientes en un servicio de urgencias no aplican en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas y, en los artículos 6 y 7, se dan responsabilidades a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Responsables del Pago de los Servicios de Salud sobre la organización de los servicios de urgencias.
Que, la Resolución 926 de 2017, reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas en Colombia, como un modelo integrado que busca responder de manera oportuna a situaciones de urgencia, articulando a los diferentes actores del sistema de salud para garantizar una atención efectiva.

Que, el artículo 4 de la Resolución 229 de 2020, indica que las personas afiliadas al sistema de salud y los pacientes, tienen derecho a la atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz, lo que incluye el agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad, a disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico, sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-237 de 2023, determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social es la autoridad competente para emitir un acto con efectos vinculantes que regule los aspectos fundamentales de las decisiones de priorización ante la

escasez de servicios y tecnologías de salud en situaciones excepcionales, siempre bajo un enfoque de derechos y sin oponerse a la autonomía médica.

Que, en la misma providencia, la Corte enfatiza que la aplicación de criterios fundados en la edad — sin soporte de evidencia científica— y la situación de discapacidad son contrarios a los derechos fundamentales a la igualdad, a la no discriminación y a la salud. Por consiguiente, se subraya la necesidad de establecer parámetros mínimos uniformes a nivel nacional, garantizando que los ciudadanos reciban un trato igualitario frente a situaciones fácticas idénticas.

Que en la misma sentencia, la Corte advirtió que para garantizar el principio de no discriminación en los contenidos del documento se deberá promover y garantizar, al máximo de las posibilidades, la participación e información en la construcción de tal acto que contenga el marco técnico, ético y jurídico general, con enfoque de la bioética y de derechos humanos, para lo cual se realizaron dos revisiones de literatura sobre la materia y 5 sesiones de deliberación durante el año 2024, con la participación de expertos académicos e institucionales y actores claves del ámbito nacional de acuerdo a la parte motivada de la Sentencia. Lo anterior por modalidad virtual, en las fechas que se relacionan:

- Primer espacio de deliberación: El 22 de abril de 2024.
- Segundo espacio de deliberación: El 2 de mayo de 2024.
- Tercer espacio de deliberación: El 27 de agosto de 2024.
- Cuarta sesión de deliberación: El 17 de septiembre de 2024.
- Quinta sesión de deliberación: El 20 de noviembre de 2024.

Que para dar cumplimiento a la orden segunda de la providencia en comento, es necesario expedir un documento vinculante que se fundamente en principios a fin de definir criterios para la asignación y el acceso a recursos médicos y de salud escasos, durante situaciones excepcionales, el cual considere los principios de la bioética y marcos éticos de referencia que permitan la toma de decisiones cuando sea necesario adelantar ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos, teniendo en cuenta el establecimiento de un marco técnico, ético y jurídico general que dé lugar a reivindicar al máximo la práctica médica y la participación de la institucionalidad, y que al mismo tiempo sea garante del derecho a la salud en el marco de los principios de igualdad y no discriminación. El cual sea además susceptible de vigilancia, control y veeduría ciudadana de ser necesario.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo1.*Objeto*: Adoptar el marco técnico, ético y jurídico general sobre los ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales en cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia T-237 de 2023, de conformidad con la parte considerativa del presente acto.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*: Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como por las demás personas, entidades, organismos o instituciones que intervengan de manera directa e indirecta, o tengan responsabilidades en los ejercicios de priorización durante situaciones excepcionales de atención salud.

Artículo 3. *Definiciones*: Para garantizar la correcta aplicación de la presente resolución se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

3.1 Asignación de recursos escasos: Distribución o destinación de recursos para atender las necesidades en la prestación del servicio de salud como consecuencia de la declaración de emergencia sanitaria, desastre o calamidad en los términos de la Ley 1523 de 2012, en articulación con la atención y cuidado individual, según criterios clínicos específicos para la condición del paciente, de manera coordinada y equitativa, garantizando eficiencia, equidad, proporcionalidad y no discriminación, y la protección de los derechos humanos. Los recursos pueden incluir tecnologías en salud, talento humano en salud y/o infraestructura y dotación para la atención.

3.2 Criterios clínicos: Conjunto de parámetros medibles y objetivos, fundamentados en evidencia científica, que guían la evaluación, diagnóstico y decisiones terapéuticas en el manejo de un paciente. Incluyen valores fisiológicos, resultados de pruebas diagnósticas, escalas clínicas estandarizadas y conceptos técnicos como pronóstico, gravedad de la enfermedad y respuesta terapéutica. Su aplicación integra variables individuales del paciente, como comorbilidades y estado funcional, dentro de un marco ético que garantice la razonabilidad, proporcionalidad, seguridad y equidad en la atención.

3.3 Comité de Ética Hospitalaria. Grupo interdisciplinario, 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. De acuerdo con los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016 y

demás normas concordantes.

Se comprenderá para efectos del presente acto administrativo, que los servicios de Bioética, Ética Clínica o consultoría ético-clínica donde estos se encuentren disponibles, son instancias de consulta y apoyo a la toma de decisiones del equipo médico, no sustituyen las funciones ni roles del Comité de ética Hospitalaria.

3.4 Ejercicio de priorización: Procedimientos implementados por las instituciones prestadoras de salud para determinar el orden de atención de los pacientes cuando los recursos disponibles son insuficientes para atender a todos de manera simultánea, durante situaciones excepcionales.

3.5 Situaciones excepcionales de atención en salud: Contextos en los cuales es necesario realizar ejercicios de priorización para la asignación de recursos escasos durante emergencias sanitarias declaradas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o la autoridad de salud de la entidad territorial, como resultado de circunstancias extraordinarias en las que la capacidad del sistema de salud se ve superada, y se requiere de la implementación de marcos éticos y jurídicos específicos.

3.6 Sesgos y prejuicios: creencias o preconcepciones sobre personas o grupos de personas que han sido históricamente discriminadas, que pudieran interferir en el actuar o comportamiento de quienes realizan los ejercicios de priorización afectando así la toma de decisiones clínicas. Los prejuicios o sesgos se expresan de forma directa o indirecta a través de presunciones, generalizaciones o estereotipos. Los sesgos y prejuicios y pueden ser implícitos o explícitos.

3.7 Toma de decisiones clínicas: Proceso estructurado y sistemático que involucra a los profesionales de la salud en conjunto con el paciente, y su familia en caso de que corresponda, en el que se seleccionan estrategias diagnósticas, terapéuticas y de cuidado basadas en la mejor evidencia científica disponible, las características clínicas, los valores, preferencias y derechos del paciente, los recursos del sistema de salud, considerando su contexto individual y particular, así como la presencia de desigualdades estructurales.

3.8 Triaje o Triage: Sistema que permite seleccionar y clasificar a los pacientes en los servicios de urgencias, basándose en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles. Consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en la atención del paciente, de acuerdo con lo definido por la Resolución 5596 de 2015, la norma que la modifique o sustituya.

Artículo 4. *Principios*: Son principios para garantizar la correcta aplicación de la presente resolución los siguientes:

4.1. Justicia distributiva: Orientado a la asignación de los recursos disponibles de manera justa, para beneficiar al paciente sin imponerle cargas que no le correspondan, sin dañar a otros mientras se hace uso racional y proporcional de los recursos disponibles.

4.2. Equidad: Orientado a reducir las desigualdades estructurales y promover un trato justo y diferencial a quienes enfrentan barreras de acceso al sistema de salud.

4.3. No daño: Orientado a la no realización de actos asistenciales con intención de daño, procura evitar atenciones, procedimientos y/o intervenciones que puedan causar perjuicios innecesarios, considerando siempre el balance entre riesgos y beneficios individuales. Sin desviarse de la "*lex artis"*.

4.4. Beneficencia: Orientado a actuar acorde con la "*lex artis"*, promover el bienestar del paciente y comunidades en todas las decisiones clínicas y administrativas previniendo el daño que pueda ocurrir a otros.

4.5. No discriminación: Orientado a garantizar que durante las atenciones en salud ninguna persona sea tratada de manera desigual por razones de edad, género, discapacidad, condición social, etnia o cualquier otra categoría especialmente protegida.

4.6 Inclusión y accesibilidad: Orientado a asegurar que las decisiones clínicas y administrativas en contextos de priorización y asignación de recursos escasos consideren ajustes razonables, accesibilidad comunicativa y participación efectiva de las personas con discapacidad, reconociendo su diversidad funcional como parte de la condición humana.

4.7. Igualdad: Orientado a brindar a todas las personas la misma oportunidad para las atenciones de acuerdo con su necesidad, atendiendo el mismo reconocimiento en derechos, valor y protección de su derecho en el acceso y uso de los servicios de salud.

4.8. Autonomía: Orientado a reconocer y respetar la capacidad de las personas para autodeterminarse y tomar decisiones sobre su salud.

4.9. Dignidad humana: Orientado a reconocer la igualdad y cualidad del valor intrínseco de toda persona humana que le hace merecedor de respeto independientemente de su condición de salud o pronóstico.

4.10. Proporcionalidad: Hace referencia a la implementación de decisiones que guarden la debida relación entre los medios empleados y el resultado previsible, al responder de manera razonable a las condiciones concretas de necesidad, disponibilidad de recursos y carga de enfermedad.

4.11. Utilidad: Hace referencia a que la mejor opción debe ser aquella que produzca mayor beneficio para el mayor número de personas. Al optimizar el uso de los recursos disponibles debe orientarse al mayor beneficio posible para la población, sin afectar principios de equidad y justicia distributiva.

4.12. Responsabilidad: Orientado a prever y asumir las consecuencias de las decisiones; orienta el actuar con integridad, prudencia, competencia y reconociendo la vulnerabilidad humana y profesional de buscar proteger los derechos fundamentales, incluso en condiciones de escasez o incertidumbre.

4.13. Transparencia: Orientado a permitir el conocimiento de la información relevante que permite la toma de decisión de asignación de recursos. Hace referencia a la creación de procesos de decisión abiertos, documentados, comprensibles y verificables por los actores sociales e institucionales.

4.14. Necesidad: Orientado a priorizar intervenciones que respondan a necesidades reales y urgentes de salud, justificadas clínica o epidemiológica.

4.15. Incertidumbre: Hace referencia a existencia de condiciones inciertas y sin certeza absoluta de resultados, así como de la comprensión de los límites del conocimiento disponible al momento de tomar decisiones en salud. Implica actuar con prudencia y habilitar procesos deliberativos para evitar respuestas apresuradas que resulten en daño.

4.16. Corresponsabilidad: Orientado a reconocer la obligación compartida entre el Estado, las instituciones del sistema de salud, el talento humano en salud y la ciudadanía para garantizar la asignación de recursos escasos en situaciones excepcionales. Lo que implica tener presente que el acceso a servicios de salud en estos contextos puede estar sujeto a criterios técnicos y de disponibilidad, y en consecuencia supone abstenerse de ordenar o exigir atenciones no indicadas clínicamente, y cooperar con el talento humano en salud en la aplicación de las decisiones adoptadas.

4.17. Razonabilidad: Hace referencia a las acciones proporcionales y prudentes en la toma de decisiones en el marco de este acto administrativo justificada en argumentos técnicos y éticos, objetivos y verificables. Procurando que exista una relación adecuada entre los medios

aplicados y los fines perseguidos.

4.18. Precaución: Orienta la toma de decisiones en contextos de incertidumbre o riesgo, exigiendo medidas prudentes que minimicen el riesgo de daño grave, irreversible o injustificado, tanto a nivel individual como colectivo. Principio que permite favorecer medidas que permitan la revisión y el ajuste progresivo de las decisiones adoptadas, evitando posturas rígidas o irreversibles en escenarios cambiantes.

Artículo 5. *Marcos éticos*. Se establecen como marcos éticos para la toma de decisiones en ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales, los siguientes marcos teóricos:

5.1 Ética de maximización de beneficios: Modelo teórico orientado por el principio utilidad y maximización de beneficios, esto es alcanzar el mayor bien y el menor daño. Orientado a la asignación de recursos, bienes u oportunidades limitadas a quienes más pueden beneficiarse al recibirlas. Su objetivo es alcanzar como consecuencia el mayor número posible de vidas salvadas; su aplicación debe darse en articulación con los principios de equidad, dignidad humana, justicia distributiva, no discriminación y proporcionalidad.

5.2 Ética del cuidado: Marco ético que persigue la igualdad a través del respeto a la diversidad y satisfacción de las necesidades del otro. En el contexto de la atención para la priorización y asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales se enfoca de manera detallada en al menos tres dimensiones de cuidado: (i) la condición de la persona y su vulnerabilidad, (ii) la definición del tipo de cuidado a ofrecer según la condición clínica y la corresponsabilidad derivada del uso del recurso y, (iii) la identificación de las necesidades a cubrir de manera efectiva y adecuada, desde la competencia que corresponda al prestador.

5.3 Principialismo: Modelo teórico que propone principios generales para la deliberación moral. En el contexto de la presente regulación se recomiendan los siguientes:

5.3.1 Ética biomédica: Ética aplicada orientada al equilibrio reflexivo para realizar un examen de las creencias y juicios morales que se dan en el ámbito biomédico de la relación médico-paciente, se enmarca en la ponderación prudente de los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

5.3.2 Principios éticos de la bioética y el bioderecho europeos: Principios guías de reflexión y valores importantes en la cultura orientada a la protección necesaria de la humanidad y de la persona humana. Pueden ser aplicados en la deontología médica como

principios para deliberación básica, a saber, Autonomía, como capacidad de intuición moral, auto legislación y privacidad así como de responsabilidad personal y capacidad de dar consentimiento; Dignidad Humana como condición de igualdad; Integridad dirigida a la completitud de la esfera personal para el autocontrol del cuerpo y la autodeterminación; y Vulnerabilidad como principio de protección de la persona humana y condición universal de todas las personas.

5.4 Ética de la salud pública: Modelo teórico, que se encarga de la identificación de problemas y desafíos éticos propios de la práctica de la salud pública y de las acciones que impactan en la salud de las poblaciones y propone soluciones, articulando los fundamentos de la evidencia científica, marcos legales y los derechos humanos.

El uso de cualquiera de estos marcos no puede ni debe orientarse a ir en contravía de la no discriminación o como medio para justificar el uso de criterios clínicos que resulten en categorías discriminatorias o que afecten la equidad y los derechos humanos.

Debe quedar registro del marco ético determinado cuando se defina la activación y desactivación de los ejercicios de priorización y asignación de recursos, de acuerdo con la gestión documental de cada IPS.

Artículo 6. ***Marco ético para la toma de decisiones clínicas en situaciones excepcionales de atención en salud.*** El marco ético para el acceso a la atención en salud durante situaciones excepcionales debe tener en consideración los siguientes aspectos:

6.1 Estar orientado a garantizar el máximo nivel de salud que se pueda lograr en el caso y contexto particular donde se dan las atenciones individuales, ajustándose al cambio del paradigma de la atención individual a la atención enfocada al bienestar colectivo. Lo anterior, en coherencia con la realidad contextual y territorial cuando se requiera la evaluación, el ingreso a la atención, el inicio de cuidados e intervenciones, así como el retiro de estas.

6.2 Hacer una prioridad el tratar a quienes se benefician clínicamente de ser tratados, y garantizar alivio, apoyo y cuidado a quienes no podrán recibir tratamiento específico para la condición que motiva la necesidad de atención.

6.3 Responder al deber de cuidado aun cuando ciertos derechos y preferencias individuales de las personas pudieran verse reducidos sobre el establecimiento del bien general, la salud pública o el bienestar colectivo.

6.4 Garantizar el uso de criterios clínicos multidimensionales y prevenir la discriminación por prejuicios o sesgos implícitos o explícitos.

6.5 Incorporar ajustes razonables y medidas de accesibilidad en los procesos de información, evaluación, atención y toma de decisiones clínicas, garantizando que las personas con discapacidad y las personas mayores participen activamente en las decisiones sobre su salud, en condiciones de igualdad, dignidad y respeto por su autonomía, conforme a lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Artículo 7. ***Uso de enfoques para la garantía de los derechos y la no discriminación****:* Las perspectivas transversales para la aplicación de presente marco técnico, ético y jurídico general de los ejercicios de priorización y asignación de recursos en situaciones excepcionales, deberán atender los siguientes enfoques:

7.1 Enfoque de Derechos Humanos.
7.2 Enfoque Diferencial.
7.3 Enfoque Territorial.

Artículo 8. ***Priorización y asignación de recursos.*** Para la priorización y asignación de recursos escasos en situaciones excepcionales, debe encontrarse declarada una situación de desastre o calamidad según los alcances de la Ley 1523 de 2012, siendo una decisión de cada IPS el definirla. Esta situación debe ser reportada y confirmada con el Sistema de Emergencias Médicas, habiendo ratificado la imposibilidad de garantizar la continuidad de la atención en un sitio de remisión.

La decisión de asignación de recursos escasos de nivel nacional, por su impacto o consecuencias, deberán ser apoyadas por el Consejo Nacional de Bioética de manera articulada con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 9. ***Rol de los sistemas de emergencias médicas****.* El sistema de emergencias médicas tendrá como rol en los ejercicios de priorización y asignación de recursos los siguientes aspectos:

9.1 La recepción del reporte de los ejercicios de activación y desactivación de priorización y asignación de recursos, por medio de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres – CRUE.

9.2 El seguimiento de la información reportada por los CRUE a la Coordinación no asistencial del Sistema, sobre los ejercicios priorización y asignación de recursos en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

9.3 La conformación de unidades de expertos clínicos y en bioética que apoyen el proceso de toma de decisiones en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en los CRUE en caso de ser necesarios para la realización de los ejercicios de priorización y asignación de recursos.

Artículo 10. ***Procesos de educación sobre los ejercicios de priorización y asignación de recursos****.* De acuerdo con los numerales 5 y 7 del artículo 11 de la Resolución 926 de 2017, se incluirá dentro de los procesos de educación a la comunidad y del Talento Humano, así como sensibilización y educación lo contenido en el presente acto administrativo, en el marco de los derechos humanos y los principios de igualdad y no discriminación.

Artículo 11. ***Procesos de comunicación e información****:* Corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, a las Entidades Responsables del Pago de los Servicios de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o quien haga sus veces, establecer vías de comunicación e información hacia la comunidad sobre los ejercicios de priorización y asignación de recursos según lo regulado por medio del presente acto administrativo.

Estos procesos deben garantizar la accesibilidad a la información y la comunicación efectiva a las personas en condición de discapacidad.

Será responsabilidad de las Entidades Responsables del Pago de los Servicios de Salud, realizar procesos de información continuos sobre el triaje o triage, la posibilidad de que deben realizarse ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos, según la declaración de una emergencia o desastre.

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la dependencia que corresponda, atendiendo el tipo de tecnología en salud, talento humano en salud y/o infraestructura y dotación para la atención, establecerá la información que debe ser entregada a las Entidades Responsables de Pago de los Servicios de Salud e IPS, y dará indicaciones a las entidades territoriales a fin de garantizar el derecho a la información y la comunicación transparente. La información versará sobre los ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos, así como también de los mecanismos de rendición de cuentas que deberán instaurarse de acuerdo con el tipo de recurso a asignar.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá solicitar a organismos consultivos como la Academia Nacional de Medicina o el Consejo Nacional de Bioética, entre otros, los insumos técnicos o documentales que se requieran sobre los contenidos de las comunicaciones

e información a difundir; así mismo, podrá apoyarse en tales instancias para ampliar el alcance de los procesos de comunicación e información.

CAPÍTULO II

Indicaciones para la atención y el proceso asistencia en el contexto de ejercicios de priorización de la atención y asignación de recursos escasos.

Artículo 12. ***Atención y proceso de cuidado en el contexto de priorización de la atención y asignación de recursos escasos***. Las IPS, a través de los profesionales de la medicina, realizarán las atenciones y procesos de cuidado en el contexto de la atención en salud dentro de situaciones excepcionales basados en criterios clínicos válidos aceptados por las sociedades y asociaciones científicas, siempre que subsista la posibilidad de aliviar o curar la enfermedad, y procurando no exponer a los pacientes a riesgos injustificados.

Las atenciones deben realizarse a partir de la autonomía profesional y enmarcadas éticamente para la toma de decisiones en situaciones de priorización y asignación de recursos escasos en salud de acuerdo con lo establecido por el presente acto administrativo.

Artículo 13. ***Igualdad de oportunidad para la evaluación***. Todos los pacientes deben ser atendidos y evaluados de acuerdo con criterios clínicos específicos para la patología o condición que este motivando la atención, en aras de definir el nivel de atención y cuidado que requiere. Lo anterior debe articularse con enfoques para la garantía de los derechos y la no discriminación.

El personal médico, asistencial y administrativo que participe en la atención a pacientes, tienen el deber de reconocer que prejuicios o sesgos implícitos pueden afectar el uso de criterios clínicos, haciendo que medidas objetivas o aparentemente neutras resulten en criterios sospechosos de discriminación, ante lo cual es necesario hacer conscientes tales prejuicios y sesgos, y realizar un escrutinio riguroso de la evaluación clínica.

Artículo 14. ***Medidas para la priorización y asignación de recursos de manera justa y equitativa***. Para realizar ejercicios de priorización y/o asignación de recursos escasos en situaciones de excepcionalidad, las IPS podrán asumir el marco ético que estimen más plausible para la toma de decisiones clínicas según las características de su población de referencia, siempre y cuando se mantenga dentro los marcos éticos definidos en el artículo 5 del presente acto administrativo y, los profesionales de la medicina deben tener en cuenta las siguientes medidas:

14.1 Aplicar en todos los casos los enfoques de derechos humanos, diferenciales, y territorial,

promoviendo el acceso universal a la evaluación de los pacientes.

14.2 Priorizar a quienes se benefician de ser tratados, y garantizar alivio y apoyo a quienes no podrán recibir tratamiento específico.

14.3 Evitar el uso aislado o único de variables susceptibles de ser medios de discriminación o variables sospechosas al momento de realizar la priorización y asignación de recursos.

14.4 Evaluar clínicamente de manera integral, al paciente, considerando la supervivencia a corto plazo, y adhiriendo los criterios clínicos definidos por las sociedades y asociaciones científicas legalmente reconocidas en Colombia.

14.5 Escuchar y orientar al paciente, y a su familia, en caso de que el paciente no pueda expresar de manera directa o autónoma sus preferencias de cuidado al final de la vida y ejercicio de derechos en salud incluyendo el derecho a morir con dignidad.

14.6 Brindar información trasparente y objetiva a partir de variables clínicas y escalas pronósticas, guardando los principios de proporcionalidad y razonabilidad.

14.7 Informar sobre la posibilidad de que se presenten limitaciones de acceso a las tecnologías en salud necesarias para la atención individual, incluyendo las limitaciones o escasez de personal de salud.

14.8 Explicar a los pacientes y familiares que, durante escasez de recursos, se puede ver limitado el ejercicio de los derechos individuales y de las preferencias del paciente, al presentarse una condición clínica que en condiciones habituales pudiera ser tratada, pero que en el contexto de priorización de la atención y asignación de recursos escasos no es posible tratarla.

14.9 Especificar que, de la evaluación clínica del paciente por medio de criterios clínicos, resultará el nivel de cuidado requerido, y con ello en decisiones clínicas que definen el inicio o retiro de tecnologías en salud, así como intervenciones de curación, paliación o rehabilitación según corresponda.

14.10 Preferir y promover la toma de decisiones en equipo cuando sean necesarios los ejercicios de priorización o asignación de recursos escasos, y activar mecanismos de consulta como los Comités de Ética Hospitalaria, o los servicios Bioética o Ética Clínica o consultoría clínico-ética donde estos se encuentren disponibles, así como consultar en caso de que estén disponibles las unidades de expertos clínicos y en bioética conformadas por los CRUE, para determinar el desempate en la priorización o asignación de recursos escasos

14.11 Reconocer e informar que en situaciones de incertidumbre aumenta la impredecibilidad de la evolución de los pacientes y que esto supone evaluaciones dinámicas y con cambios en las decisiones clínicas.

14.12 Identificar tempranamente a los pacientes que por la severidad de su condición clínica no se beneficien del cuidado avanzado, así como aquellos que se encuentran con requerimientos de soportes avanzados sin posibilidad de recuperación, a pesar de haber llegado primero a la atención, pues pueden ser sujetos de adecuación de los esfuerzos terapéuticos con el propósito de permitir el cuidado de otros. En tales casos, las decisiones deben basarse exclusivamente en criterios clínicos y mitigando prejuicios y sesgos.

14.13 Solicitar apoyo a los Comités de Ética Hospitalaria, o a los servicios Bioética o Ética Clínica o consultoría clínico-ética de la Red de Servicios Territoriales, en caso de que una su institución prestadora de servicios de salud no cuente con los enunciados comités ellos.

14.14 Implementar vías de comunicación transparente y empática con los pacientes y sus familias, asegurando verificación de la comprensión del proceso de toma de decisiones para la priorización y asignación de recursos.

14.15 Implementar vías de comunicación adaptadas a lenguaje claro, accesible, inclusivo y con adaptaciones para discapacidad sensorial o cognitiva.

14.16 Durante la toma de decisiones debe realizarse la verificación de voluntades anticipadas, directivas anticipadas, documentos de voluntades anticipadas o cualquier expresión de preferencia previa del paciente para asegurar una asignación de recursos escasos sea ética, eficiente y centrada en la persona.

14.17 El uso de criterios clínicos debe ser multidimensional. No se deben usar de forma aislada, como criterio único o exclusivo las variables edad, discapacidad o el pronóstico de supervivencia a largo plazo para la priorización y asignación de recursos.

14.18 Definir mecanismos de seguimiento a las actividades de priorización y asignación de recursos escasos en situaciones de excepcionalidad a través de los Comités de Ética Hospitalaria y representantes de la sociedad civil por medio de veedurías de acuerdo con lo definido en el artículo 19 del presente acto.

14.19 Evitar la naturalización de la discriminación contra personas con discapacidad y personas mayores, abordando y declarando prejuicios que deriven en la exclusión de la

priorización o la no asignación de recursos con base en conceptos como funcionalidad social, supervivencia sin enfermedad, mayores probabilidades de rehabilitación funcional.

14.20 Utilizar criterios clínicos de manera multidimensional, y evitar en todas las ocasiones el uso de variables como la edad, la discapacidad o el pronóstico de supervivencia a largo plazo como criterio único o exclusivo para la priorización y asignación de recursos.

14.21 El control de la información sobre la realización de ejercicios de priorización para la asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales, salvaguardando la reserva de los datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.

Artículo 15. ***Referencia y contrarreferencia****.* La referencia, contrarreferencia y traslado de pacientes en escenarios de escasez, se llevará a cabo bajo lo establecido por los artículos 11 al 17 de la Resolución 926 de 2017, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Decreto 780 de 2016.

CAPÍTULO III

Disposiciones finales

Artículo 16. ***Tiempo de actualización del documento.*** El presente acto administrativo se actualizará cada 5 años, a partir de su entrada en vigencia, o antes si ocurre una situación excepcional que afecte la forma en la cual se deben realizar los ejercicios de priorización o la asignación de recursos tal y como ha sido prevista.

Artículo 17. ***Socialización.*** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Responsables del Pago de los Servicios de Salud, en el marco de sus competencias, tendrán un plazo de 6 meses para socializar el contenido de la presente resolución y, establecer procesos de educación y formación.

Artículo 18. ***Vigilancia y control****.* La Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o las entidades que hagan sus veces, en el ámbito de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.

Artículo 19. ***Veeduría ciudadana y control social retrospectivo de los ejercicios de priorización****.* Los ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos en situaciones excepcionales estarán sujetos a veeduría ciudadana y control social de carácter retrospectivo, conforme a lo dispuesto en la Ley 850 de 2003 y a la normatividad vigente sobre participación social en salud.

La finalidad de estas veedurías será verificar la aplicación de los principios dispuestos en el presente acto administrativo e identificar posibles patrones institucionales o territoriales de discriminación.

La veeduría ciudadana no intervendrá en el momento de toma de decisiones clínicas, ni tendrá competencia para modificar decisiones individuales de priorización adoptadas durante la situación excepcional. El control social se ejercerá de manera posterior, con fines de seguimiento, evaluación y mejora institucional, sin afectar la autonomía profesional ni la oportunidad de la atención en contextos de ejercicios de priorización y asignación de recursos escasos en salud durante situaciones excepcionales.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.14. Resolución 2764 de 2025

Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confiere el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, los numerales 34 y 36 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, artículo 85 del Decreto 1953 de 2014, el parágrafo 2 del artículo 12 de la Ley 691 de 2001, el literal i del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 1376 de 2025 y,

CONSIDERANDO:

Disposiciones preliminares

Que la Ley 100 de 1993 en sus artículos 162 y 182 establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reconocerá y pagará a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), el cual se determina en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de la prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en estudios técnicos y en las condiciones financieras y de sostenibilidad del sistema, con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en lo individual, conforme a lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015.

Que a través del artículo 206 y 207 de la Ley 100 de 1993 se reconoce a todos los afiliados aportantes o cotizantes al Régimen Contributivo del SGSSS la prestación económica por contingencias derivadas de enfermedad general de origen común y las licencias de maternidad y de paternidad, respectivamente; prestaciones que son financiadas con cargo a recursos diferentes a los que financian los servicios y tecnologías de salud mediante la Unidad de Pago por Capitación.

Que, en virtud del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el aseguramiento en salud impone a las EPS la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los

servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario; todo lo cual exige, que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas para la prestación y suministro de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo a la UPC, como responsable de cumplir las funciones indelegables del aseguramiento.

Que el Acuerdo 026 de 2011 de la entonces Comisión de Regulación en Salud (GRES), modificado por la Resolución 6411 de 2016, define un ponderador de la UPC para las EPS del régimen contributivo, con el fin de corregir la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en algunas EPS del Sistema, el cual se aplica anualmente al momento de definir el valor de la UPC, con base en la información disponible.

Que el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 prevé, en relación con los gastos de administración de las EPS, que para el régimen contributivo se destinará como máximo el diez por ciento (10%) del valor de la UPC y para el régimen subsidiado, máximo el ocho por ciento (8%) del valor de la UPC.

Que, en el marco de la Ley 691 de 2001 y del Decreto 1953 de 2014, y considerando la evolución en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), así como las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de la población afiliada a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) y la necesidad de garantizar la adecuación sociocultural de los servicios de salud, se requiere establecer un valor adicional que financie las actividades diferenciales en salud indígena, con base en la información disponible proporcionada por las EPSI, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) o las estructuras propias que hagan sus veces, valor que se tendrá en cuenta para calcular la UPC diferencial indígena; en especial, la prevista para la población indígena de departamento del Cauca, como resultado del Plan Piloto adelantado para la transición al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) en el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).

Que, bajo el reconocimiento de las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales del departamento del Guainía, se requiere continuar avanzando en el acceso efectivo a los servicios de salud en los términos previstos en el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011, garantizando los recursos necesarios para su atención a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, por ser la única opción de prestación de servicios, y teniendo en cuenta que los ingresos por la venta de servicios resultan insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

Que la Resolución 2275 de 2023, establece en el artículo 4 que el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud a (los) usuario(s). Información que se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y su facturación, así como en los procesos de dirección, regulación y control; igualmente, señala que el RIPS será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud.

Que, de acuerdo con la Ley 1980 de 2019, mediante la cual se creó en Colombia el Programa de Tamizaje Neonatal para la detección temprana de errores congénitos del metabolismo y otras enfermedades, se estableció la garantía progresiva, obligatoria y gratuita de la realización del tamizaje neonatal básico, que de conformidad con la meta propuesta en los lineamientos de salud pública y al modelo de prestación en redes integrales de atención en salud se estableció el 65% para el año 2025 y para el año 2026 se incrementa al 79%.

Que el artículo 12 de la Ley 691 de 2001 establece en su parágrafo 2o que se podrá fijar el valor de la UPC para Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento (50%), por encima del valor de la UPC normal, atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud.

Deber del Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, de garantizar que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud cumplan con la destinación específica prevista constitucional y legalmente.

Que, de conformidad con lo establecido en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado colombiano debe garantizar que los recursos de las instituciones de seguridad social asignados para el financiamiento de los servicios de salud se destinen exclusivamente para cumplir con las finalidades de la salud.

Que, en ese mismo orden de ideas, la Ley 1751 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones",* estableció en su artículo 25 que:

> *"Artículo 25. DESTINACIÓN E INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS**. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente**".*

Que, el anterior deber reviste no solo de importancia constitucional y legal, sino que también

desde los precedentes judiciales y administrativos, toda vez que las autoridades judiciales, entidades públicas que ejercen funciones de inspección y vigilancia, y órganos de control de la República de Colombia han encontrado en reiteradas decisiones que los recursos del sistema general de seguridad social en salud han sido utilizados para fines diferentes a los previstos en la Constitución Política de 1991 y las leyes, así como que algunas EPS y sus agremiaciones han incurrido en prácticas contrarias al ordenamiento jurídico para efectos de distorsionar en su favor el precio de la Unidad de Pago por Capitación.

Que, es así como, mediante la Resolución 46111 de 2011 *"Por la cual se imponen unas sanciones"* la Superintendencia de Industria y Comercio determinó que **ACEMI** y las EPS allí agremiadas: *"(...) llevaron a cabo diferentes actividades, como reuniones, intercambios de información, comunicaciones, actas, etc, por medio de las cuales buscaban coordinar sus actuaciones frente a la prestación de servicios, al suministro de información* ***y como consecuencia de las dos anteriores, la afectación indirecta del valor de la UPC"*** y que *"Se reconoce que las EPS-C agremiadas en ACEMI y la agremiación misma a través del acuerdo tendiente a definir el listado de procedimientos POS junto con las conductas tendientes a limitar la transparencia de la información requerida por el regular para determinar la Unidad de Pago por Capitación****, crearon un mecanismo tendiente a fijar la UPC, y por tanto definieron indirectamente el precio de aseguramiento en salud".***

Que, así mismo, mediante Sentencia del 07 de julio de 2023, la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, C.P. Nubia Margoth Peña Garzón, Radicación Número: 2500023240002012-00822-01, se confirmó la Sentencia del 21 de octubre de 2013 proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, en el sentido de dejar en firme la Resolución Número 46111 de 2011 a través de la cual la Superintendencia de Industria y Comercio le impuso una sanción a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- consistente en multa, por valor de $1.071.200.000, por incurrir en prácticas restrictivas de la competencia, toda vez que ACEMI gestionó el cruce de información entre EPS, lo cual conllevó a que estas fijarán indirectamente el precio de la UPC de manera distorsionada, la cual fue confirmada por la Resolución 65116 de 2011.

Que el Honorable Consejo de Estado sustentó la citada decisión, entre otras, en las siguientes consideraciones:

> ***"(...) se comprobó que ACEMI gestionó el cruce de información entre EPS, lo cual permitió el conocimiento de las empresas prestadoras del servicio de salud, la evaluación de los procedimientos y la prestación de consensos o acuerdos en torno a dicho servicio"***

"Asimismo, para el momento de la investigación formaba parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante SGSSS, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) a quien le correspondía definir anualmente el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), entendida como el valor anual que se reconoce porcada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios financiado con recursos de UPC, en los regímenes contributivo y subsidiado, ***y que se fija en consideración a la información reportada por las EPS anualmente y que le remiten al Ministerio para el estudio de suficiencia.***

De esta manera, es que la SIC determinó ***que en ese cruce de información entre ACEMI y las EPS se incurrió en la conducta prohibida de acuerdos para la fijación indirecta de precios****, en tanto la conducta promovida por ACEMI frente a asistir a título de gremio,* ***en un intercambio de información por parte de las EPS del valor del precio de aseguramiento en salud, identificando los valores y procedimientos impartidos por sus competidoras, afectó la transparencia en el reporte de dicha información, como insumo determinante para fijar la UPC por la entidad pública responsable.***

Ello, debido a que esos reportes que entregaron las EPS estuvieron precedidos de un consenso que afectó y distorsionó las condiciones de riesgo de la población asegurada, *hecho que se evidenció mediante la prueba que se allegó al proceso y por las inconsistencias que el Ministerio de la Protección Social indicó que se habían detectado.*

Bajo estas consideraciones, no le asiste razón al apelante en el sentido de afirmar que es falsa la conclusión de que la información era intercambiada y que ella no afectó la fijación de precios.

(…)

Entonces, esas claras directrices determinaron para la SIC una afectación indirecta al momento de la fijación de precios, por cuando si bien no es función de las EPS determinar la tarifa de la UPC, la misma depende de la información que reporten"

Que adicionalmente, la Contraloría General de la República, en el *"Informe Estado del Aseguramiento en Salud por parte de las EPS y ios Programas de Salud de las Cajas de Compensación Familia^ de julio de 2025, indica que: "La deuda de las 29 EPS, a 31 de diciembre de 2024 por concepto del costo en salud asciende a $32.9 Billones COP ($24.4 Billones COP corresponden a las EPS intervenidas), esta deuda obedece al costo operativo en referencia a la facturación radicada por las IPS y por los proveedores de medicamentos y tecnologías en salud (Reservas Técnicas conocidas liquidadas), así mismo, los servicios de salud ya conocidos no*

liquidados y los servicios no conocidos (Reservas Técnicas no liquidadas no conocidas). Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la creación de reservas para obligaciones pendientes, con el fin de garantizar que las deudas contraídas puedan ser pagadas oportunamente. No obstante, en la práctica, el incumplimiento de estas obligaciones ha llevado a la acumulación de deudas con los prestadores de servicios de salud, lo cual hace insostenible la operación del Sistema General de Salud y Seguridad Social tal como hoy está operando."

Con lo anterior se concluye que el incumplimiento las EPS al no hacer uso de la destinación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para el requisito financiero de la constitución de reservas técnicas, ha llevado un desorden administrativo que refleja desfinanciamiento y deudas de vigencias anteriores con la Red pública y privada.

Que este deber reviste importancia constitucional, legal y jurisprudencial, dado que autoridades judiciales, órganos de inspección, vigilancia y control, han evidenciado en reiteradas decisiones el uso indebido de recursos del SGSSS, así como prácticas contrarias al ordenamiento jurídico por parte de algunas EPS y sus agremiaciones con el fin de distorsionar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Criterios para el suministro de información por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como insumo para establecer el valor de la UPC.

Que el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 establece como una obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los prestadores de servicios de salud, las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las Cajas de Compensación Familiar, las Administradoras de Riesgos Profesionales y demás agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan, con el objetivo de elaborar los indicadores del sistema.

Que el artículo 122 de la misma Ley, establece la obligación de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema de presentar estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, contempla en su numeral 11 como infracción administrativa, el hecho de:

> *"11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la*

Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias."

Que el inciso segundo del artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 preceptúa que:

"ARTÍCULO 19. POLÍTICA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN SALUD. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine".

Que a través de la Resolución 2364 de 2023 "Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones" la obligación para las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar (CCF), las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y demás actores y agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de reportar información con criterios de calidad, oportunidad y confiabilidad, en la estructura que se determine y con el nivel de detalle requerido por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), teniendo en cuenta que los cálculos del estudio de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo se realizarán con las bases de información disponibles.

Que mediante la Resolución 2717 de 2024, "Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones", en los artículos 20 a 25 se establecieron las reglas para el reporte de información bajo criterios de calidad, oportunidad, transparencia, consistencia y confiabilidad, en la estructura dispuesta, con el fin de estimar el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), de la vigencia 2026, sus ajustadores de riesgo y su respectivo análisis de suficiencia.

Que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen, el deber legal y reglamentario de reportar la información solicitada por esta Cartera Ministerial con calidad, confiabilidad, oportunidad y en

la estructura establecida; y, de manera especial, respecto de la información suministrada para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), obligación que ha sido reiterada en las Resoluciones, 5522 de 2013, 5925 de 2014, 5593 de 2015, 6411 de 2016, 5268 de 2017, 5858 de 2018, 3513 de 2019, 2503 de 2020, 2381 de 2021,2809 de 2022, 2364 de 2023 y 2717 dé 2024, las cuales fijaron las reglas para el reporte de información mensual y anual con el fin de garantizar la adecuada fijación del valor de la UPC en cada vigencia.

Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, en ejercicio de las funciones previstas en el artículo 7 del Decreto 2562 de 2012 realizó de manera integral el proceso de validación .determinado en la metodología de cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) establecida, advirtiendo que para la elaboración del estudio técnico las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se encuentran obligadas a reportar la información bajo los criterios anteriormente señalados. No obstante, de las EPS habilitadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la totalidad de EPS del régimen contributivo y quince (15) del régimen subsidiado cumplieron con el reporte de información, concluyéndose que, cinco (5) EPS del régimen contributivo superaron los estándares normativos y técnicos en aspectos como cobertura y validación de los contrastes aplicados; en este orden de ideas, la información reportada por estas cinco (5) EPS, una vez surtido el procedimiento técnico, permite definir el porcentaje de incremento de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado.

Que, en virtud de las disposiciones legales y reglamentarias anteriormente citadas, la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), bajo criterios de calidad, rigor técnico, oportunidad, confiabilidad, pertinencia, fluidez y transparencia, constituyen insumo esencial para la descripción del comportamiento histórico del gasto en salud, el diagnóstico de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la predicción de las tendencias de riesgo y demanda, y la prescripción del valor que garantizará la financiación adecuada de los servicios y tecnologías en salud para la vigencia 2026.

Cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional mediante Autos 007 del 23 de enero de 2025 y 2049 de 2025

Que, en cumplimiento del Auto 007 del 23 de enero de 2025, proferido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó los estudios técnicos necesarios para identificar el monto de la insuficiencia de la UPC para la vigencia 2024 y los rezagos para las vigencias 2021, 2022, y 2023, fundamentados en el costo médico reportado en la base de datos de prestación de servicios para el estudio técnico del cálculo de la UPC, los cuales fueron presentados a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, especialmente el denominado *"DOCUMENTO TÉCNICO - MESA DE TRABAJO UPC*

- AUTOS 007, 089 Y 504 DE 2025 - SEGUIMIENTO DE LAS ÓRDENES VIGÉSIMA Y VIGÉSIMA SEGUNDA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008", en las sesiones ordinarias 48 y 49 llevadas a cabo los días 1 y 9 de diciembre de 2025; instancia que recomendó no reconocer el rezago y no efectuar el reajuste de la UPC del año 2024.

Adicionalmente, en cumplimiento del Auto 007 del 23 de enero de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó los análisis de contrastación de la información reportada por las EPS en la Base de Datos de Prestación de Servicios lo que permitió validar los datos relacionados con el costo médico y las frecuencias, garantizando de este modo, la confiabilidad de la información utilizada para la adopción de las medidas contenidas en la presente resolución.

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en los numerales 3.6 y 3.7 del ordinal tercero del Autos 007 de 2025 de la Honorable Corte Constitucional, el estudio técnico realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social consideró realizar ajustes a la metodología que se aplicaba para efectuar el cálculo de la UPC de la vigencia 2026, entre otros, tuvo en cuenta en el trending de inflación, el Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el mes de junio de 2025, y la variación de índice de precios al Consumidor-IPC hasta el mes de octubre del año de cálculo. Incluyó, además, los ajustadores de edad, sexo y ubicación geográfica y, las inclusiones de nuevos servicios y tecnologías en salud. Adicionalmente, se adelantaron estudios como propuesta para la actualización de los ajustadores de riesgo en relación con las zonas y los grupos de edad y sexo, los cuales fueron presentados al grupo técnico y a la Comisión Asesora en donde se consideró que es necesario realizar estudios adicionales para el evaluar el potencial impacto sobre el SGSSS.

Que, mediante el Auto 2049 de 2025, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, dar cumplimiento al numeral 3.11 de la resolutiva tercera del Auto 007 de 2025, para lo cual esta cartera atendiendo a lo dispuesto por el alto tribunal, profirió la Resolución 2605 del 15 de diciembre de 2025 *"Por la cual se ordena equiparar el valor de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en el noventa y cinco por ciento (95%) del valor de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008, del Auto 2049 de 2025 y de otras providencias de la Honorable Corte Constitucional"*

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3.7 literal a. del ordinal tercero del Auto 007 de 2025 de la Honorable Corte Constitucional y para garantizar un proceso participative y transparente se realizó en dos oportunidades mesas técnicas con las 32 EPS para socializar la retroalimentación de información y posteriormente el resultado de la retroalimentación y

justificación de la información.

Que como se observa, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizó un proceso participativo y transparente, dando publicidad a las actuaciones previas al cálculo y asegurando la calidad técnica de la información utilizada; en consecuencia, la determinación del valor de la UPC para la vigencia 2026 se fundamenta en un ejercicio integral, soportado en datos aportados por las EPS y en el cumplimiento estricto de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, con el fin de garantizar la suficiencia financiera y la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Recomendaciones efectuadas por parte de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud al Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, con relación a los servicios y tecnologías en salud cubiertos con recursos de financiación de la UPC así como, respecto del incremento de este valor per cápita para la vigencia 2026, el Grupo Técnico de Apoyo constituido en aplicación del artículo 9 del Reglamento de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, contenido en la Resolución 4363 de 2012, en diez sesiones realizadas durante la vigencia 2025, analizó los aspectos jurídicos y técnicos de las propuestas relativas a las decisiones que se toman mediante el presente acto administrativo para su presentación ante dicha instancia con el fin de recibir sus orientaciones y recomendaciones.

Que en desarrollo de la Sesión extraordinaria 51 del 15 de diciembre de 2025, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, con el voto favorable y de manera unánime, recomendó equiparar la prima pura del Régimen Subsidiado con la prima pura del Régimen Contributivo para la vigencia 2026, teniendo en cuenta las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 2049 de 2025 de la Corte Constitucional, por lo cual, el Ministro de Salud y Protección Social profirió la Resolución 2605 del 15 de diciembre de 2025, equiparando la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) al noventa y cinco por ciento (95%) de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C) en el cual el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado equiparada fuera incorporada en el acto administrativo por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026.

Que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión No. 52 del 26 de diciembre de 2025, en ejercicio de la función

establecida en el artículo 12 Decreto 2562 de 2012, recomendó ajustar y actualizar integralmente las tecnologías y servicios de salud cubiertos con recursos que financian la UPC para la vigencia 2026, en cumplimiento del mandato contenido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, atendiendo la situación epidemiológica del país. En tal sentido, el Secretario Técnico de la Comisión, citó en debida forma, para presentar entre otros, la propuesta para el valor de la UPC para la vigencia 2026 con sustento en el aludido estudio técnico realizado y demás consideraciones ya mencionadas que fueron discutidos en las sesiones ordinarias 49 y 50, los días 1 y 12 de diciembre de 2025, respectivamente.

Que en el desarrollo de la Sesión No. 52 llevada a cabo el día 26 de diciembre de 2025, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud formuló, en virtud de los estudios técnicos presentados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con el voto favorable y de manera unánime las siguientes recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social:

Valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC para la financiación de servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2026:

Sobre el valor de la UPC del RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

i. Fijar el valor anual de la UPC del régimen contributivo (UPC-C) que se aplicará para la vigencia 2026 en $1,658,912.01.
ii. Mantener la prima adicional por dispersión geográfica del 10%.
iii. Mantener una prima adicional del 9,86% en las ciudades.
iv. Mantener una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia.
v. Mantener el 4% para la Nueva EPS y 2% para la EPS Coosalud correspondiente a la aplicación del Acuerdo 026 de 2011 de la CRES.
vi. Reconocer para actividades de demanda inducida un valor de $24,925.28.
vii. Reconocer el 0,38% del Ingreso Base de Cotización para el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general de origen común. Este porcentaje incluye el pago de incapacidades superiores a 540 días continuos.

Sobre el valor de la UPC del RÉGIMEN SUBSIDIADO:

i. Fijar el valor anual de la UPC del Régimen Subsidiado (UPC-S), que se aplicará para la vigencia 2026 de $1,541,706.27.
ii. Mantener la prima adicional por dispersión geográfica del 11,47%.
iii. Mantener la prima adicional del 15% en las ciudades.

iv. Mantener la equiparación de la prima pura con el régimen contributivo en el departamento Archipiélago de San Andrés, Santa Catalina y Providencia.
v. Mantener la Unidad de Pago por Capitación diferencial indígena en 4,81% para EPS indígenas.
vi. Establecer la Unidad de Pago por Capitación diferencial indígena para la EPSI Asociación Indígena del Cauca - AIC con miras para facilitar la transición al SISPI en 21,19%

Sobre la actualización de los servicios y tecnologías para la vigencia 2026 financiadas con recursos de la UPC:

i. Recomendar que para la vigencia 2026, la actualización de servicios y tecnologías cubiertos con recursos de la UPC se realice de acuerdo con la propuesta presentada. Se estima que el valor total de actualización es de $105,211,517.00

Sobre el reconocimiento de UPC adicional para la EPS que opera en el departamento de Guainía:

i. Mantener una prima adicional del 17,81% para el departamento de Guainía.

Que dichas recomendaciones consultaron las proyecciones de sostenibilidad y el Marco Fiscal de Mediano Plazo.
Que, con fundamento en las consideraciones fácticas y jurídicas anteriormente mencionadas, se procederá a fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo para la vigencia 2026 y dictar otras disposiciones sobre la materia.

En mérito de lo expuesto;

RESUELVE:

Título
Disposiciones aplicables al Régimen Contributivo

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación

Artículo 1. Valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para la vigencia 2026. Se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2026, en la suma de UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS CON UN CENTAVO MONEDA CORRIENTE ($

1,658,912.01), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS CON NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 4,608.09).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.9966	$4,971,095.72
1-4 Años	0.8618	$1,429,650.37
5-14 Años	0.3475	$576,471.92
15-18 Años Hombres	0.3354	$556,399.09
15-18 años Mujeres	0.5262	$872,919.50
19-44 Años Hombres	0.5785	$959,680.60
19-44 Años Mujeres	1.0683	$1,772,215.70
45-49 Años	1.0902	$1,808,545.87
50-54 Años	1.3796	$2,288,635.00
55-59 Años	1.6332	$2,709,335.09
60-64 Años	2.0971	$3,478,904.37
65-69 Años	2.5977	$4,309,355.72
70-74 Años	3.1411	$5,210,808.50
75 Años y Mayores	3.9188	$6,500,944.37

Artículo 2. Unidad de Pago por Capitación por zona especial de dispersión geográfica. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) fijada en el artículo 1o del presente acto administrativo se le reconocerá una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios listados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS CON VEINTIÚN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE. ($ 1,824,803.21) que corresponde a un valor diario de CINCO MIL SESENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 5,068.90). La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.9966	$5,468,205.29
1-4 Años	0.8618	$1,572,615.40
5-14 Años	0.3475	$634,119.11
15-18 Años Hombres	0.3354	$612,039.00
15-18 años Mujeres	0.5262	$960,211.45
19-44 Años Hombres	0.5785	$1,055,648.65
19-44 Años Mujeres	1.0683	$1,949,437.27
45-49 Años	1.0902	$1,989,400.46
50-54 Años	1.3796	$2,517,498.50
55-59 Años	1.6332	$2,980,268.60
60-64 Años	2.0971	$3,826,794.80
65-69 Años	2.5977	$4,740,291.29
70-74 Años	3.1411	$5,731,889.35
75 Años y Mayores	3.9188	$7,151,038.80

Artículo 3. Unidad de Pago por Capitación para ciudades. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional del 9.86% en las ciudades listadas en el Anexo 2 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS CON SETENTA Y TRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,822,480.73), que corresponde a un valor diario de CINCO MIL SESENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA Y CINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($5,062.45).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.9966	$5,461,245.75
1-4 Años	0.8618	$1,570,613.89
5-14 Años	0.3475	$633,312.05
15-18 Años Hombres	0.3354	$611,260.04
15-18 años Mujeres	0.5262	$958,989.36
19-44 Años Hombres	0.5785	$1,054,305.10
19-44 Años Mujeres	1.0683	$1,946,956.16
45-49 Años	1.0902	$1,986,868.49
50-54 Años	1.3796	$2,514,294.41
55-59 Años	1.6332	$2,976,475.53
60-64 Años	2.0971	$3,821,924.34
65-69 Años	2.5977	$4,734,258.19
70-74 Años	3.1411	$5,724,594.22
75 Años y Mayores	3.9188	$7,141,937.48

Artículo 4. Unidad de Pago por Capitación por zona alejada. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le reconocerá una prima adicional por zona alejada del continente del 37.9%, dando como resultado un valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA Y SEIS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2,287,639.66), que corresponde a un valor diario de SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($6,354.55) .

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.9966	$6,855,140.99
1-4 Años	0.8618	$1,971,487.86
5-14 Años	0.3475	$794,954.78
15-18 Años Hombres	0.3354	$767,274.34
15-18 años Mujeres	0.5262	$1,203,755.99
19-44 Años Hombres	0.5785	$1,323,399.54
19-44 Años Mujeres	1.0683	$2,443,885.44
45-49 Años	1.0902	$2,493,984.75
50-54 Años	1.3796	$3,156,027.67
55-59 Años	1.6332	$3,736,173.09
60-64 Años	2.0971	$4,797,409.12
65-69 Años	2.5977	$5,942,601.53
70-74 Años	3.1411	$7,185,704.92
75 Años y Mayores	3.9188	$8,964,802.28

Artículo 5. Prima adicional a la UPC por ponderador de concentración de riesgo etario. La prima correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario será adicional a la prevista en el artículo 1 ° de este acto administrativo, y se asignará a la EPS037 NUEVA EPS en 4%, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación anual de UN MILLÓN SETECIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CUARENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 1,725,268.49), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA Y UN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 4,792.41) y a la EPS042 COOSALUD EPS en 2%, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación anual de UN MILLÓN SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVENTA PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 1,692,090.25), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 4,700.25).

Parágrafo. La definición de la presente prima se da como resultado relativo de la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS - C, aplicando el Acuerdo Número 26 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, teniendo en cuenta la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con corte a octubre de 2025 y calculando la edad a 31 de diciembre del año de análisis.

Capítulo II

Actividades de demanda inducida

Artículo 6. Reconocimiento por actividades de demanda inducida. Fijar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, para el desarrollo de las actividades de demanda inducida durante el año 2026, en la suma anual de VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS CON VEINTIOCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 24,925.28), que corresponde a un valor diario de SESENTA Y NUUEVE PESOS CON VEINTICUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 69.24).

Capítulo III
Prestaciones económicas

Artículo 7. Reconocimiento y pago de incapacidad de origen común por enfermedad general. Fíjese en un 0,38% del Ingreso Base de Cotización, el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general, incluido el pago de las incapacidades superiores a los quinientos cuarenta (540) días continuos, a los afiliados cotizantes con derecho a estas, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes, que debe asumir la EPS de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 8. Reconocimiento de licencias de maternidad y paternidad. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo a los recursos que gestiona la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud (EPS), con base en lo dispuesto en la normativa vigente.

Capítulo IV
Otras disposiciones aplicables al Régimen Contributivo

Artículo 9. Traslados por solidaridad. Hasta el uno punto cinco por ciento (1.5%) de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, se destinará por solidaridad al Régimen Subsidiado, tal como lo dispone el artículo 45 de la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo. Los Regímenes Especiales y de Excepción de salud remitirán uno punto cinco por ciento (1.5%) de la cotización, por solidaridad a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), conforme lo establece el subnumeral 1 del numeral 2 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 10. Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen contributivo. Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar, como mínimo, el incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando.

Título II

Disposiciones aplicables al Régimen Subsidiado

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación

Artículo 11. Valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para la vigencia 2026. Se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2026 de UN MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SEIS PESOS CON VEINTISIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,541,706.27) que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS CON CINCUENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 4,282.52); valor que incorpora la equiparación dispuesta en la Resolución 2605 de 2025 y en cumplimiento del Auto 2049 de 2025.

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$4,263,434.51
1-4 Años	0.8179	$1,260,961.56
5-14 Años	0.3267	$503,675.44
15-18 Años Hombres	0.3847	$593,094.40
15-18 años Mujeres	0.6381	$983,762.77
19-44 Años Hombres	0.6415	$989,004.57
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,565,448.54
45-49 Años	1.0376	$1,599,674.42
50-54 Años	1.2973	$2,000,055.54
55-59 Años	1.5738	$2,426,337.32
60-64 Años	1.9465	$3,000,931.25
65-69 Años	2.4125	$3,719,366.37
70-74 Años	2.9424	$4,536,316.52
75 Años y Mayores	3.6575	$5,638,790.67

Artículo 12. Unidad de Pago por Capitación para zonas especiales por dispersión geográfica. Se reconocerá y pagará durante la vigencia 2026 a las zonas especiales por dispersión geográfica en los municipios señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, una prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 11 de este acto administrativo, del 11.47%, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-S anual de UN MILLÓN SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,718,539.97) que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON SETENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 4,773.72).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$4,752,450.45
1-4 Años	0.8179	$1,405,593.85
5-14 Años	0.3267	$561,447.01
15-18 Años Hombres	0.3847	$661,122.33
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,096,600.36
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,102,443.39
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,745,005.49
45-49 Años	1.0376	$1,783,157.08
50-54 Años	1.2973	$2,229,461.91
55-59 Años	1.5738	$2,704,638.21
60-64 Años	1.9465	$3,345,138.06
65-69 Años	2.4125	$4,145,977.69
70-74 Años	2.9424	$5,056,632.02
75 Años y Mayores	3.6575	$6,285,559.96

Artículo 13. Unidad de Pago por Capitación para ciudades. Se reconocerá y pagará, durante la vigencia 2026 una prima adicional del 15% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 11 de este acto administrativo, a las ciudades listadas en el Anexo 2 de la presente resolución, lo que corresponde a un valor anual de la UPC-S de UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON VEINTIÚN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,772,962.21) que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($4,924.90).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de estas ciudades es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$4,902,949.68
1-4 Años	0.8179	$1,450,105.79
5-14 Años	0.3267	$579,226.75
15-18 Años Hombres	0.3847	$682,058.56
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,131,327.18
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,137,355.26
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,800,265.82
45-49 Años	1.0376	$1,839,625.59
50-54 Años	1.2973	$2,300,063.87
55-59 Años	1.5738	$2,790,287.92
60-64 Años	1.9465	$3,451,070.93
65-69 Años	2.4125	$4,277,271.32
70-74 Años	2.9424	$5,216,764.00
75 Años y Mayores	3.6575	$6,484,609.27

Artículo 14. Unidad de Pago por Capitación para zona alejada. Fíjese, el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) durante la vigencia 2026, al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina en DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS CON TREINTA Y SEIS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2,237,908.36), que corresponde a un valor diario de SEIS MIL DOSCIENTOS DIECISÉIS PESOS CON CUARENTA Y UN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($6,216.41)

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$6,188,711.79
1-4 Años	0.8179	$1,830,385.25
5-14 Años	0.3267	$731,124.66
15-18 Años Hombres	0.3847	$860,923.35
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,428,009.33
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,435,618.21
19-44 Años Mujeres	1.0154	$2,272,372.15

45-49 Años	1.0376	$2,322,053.72
50-54 Años	1.2973	$2,903,238.52
55-59 Años	1.5738	$3,522,020.18
60-64 Años	1.9465	$4,356,088.63
65-69 Años	2.4125	$5,398,953.93
70-74 Años	2.9424	$6,584,821.57
75 Años y Mayores	3.6575	$8,185,149.84

Artículo 15. Unidad de Pago por Capitación para el departamento de Guainía. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 11 de la presente resolución, se le reconocerá una prima adicional del 17.81%, dadas las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales de su población, estableciendo el valor anual en UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISÉIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS CON QUINCE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,816,284.15), que corresponde a un valor diario de CINCO MIL CUARENTA Y CINCO PESOS CON VEINTITRÉS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($5,045.23).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$5,022,752.19
1-4 Años	0.8179	$1,485,538.81
5-14 Años	0.3267	$593,380.03
15-18 Años Hombres	0.3847	$698,724.51
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,158,970.92
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,165,146.28
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,844,254.93
45-49 Años	1.0376	$1,884,576.44
50-54 Años	1.2973	$2,356,265.43
55-59 Años	1.5738	$2,858,468.00
60-64 Años	1.9465	$3,535,397.10
65-69 Años	2.4125	$4,381,785.52
70-74 Años	2.9424	$5,344,234.49
75 Años y Mayores	3.6575	$6,643,059.29

Capítulo II
Unidad de Pago por Capitación para las EPS Indígenas -EPSI- que operan el Régimen Subsidiado

Artículo 16. Unidad de Pago por Capitación para EPSI. Se reconocerá y pagará un incremento del 4.81 % al valor fijado a la Unidad de Pago por Capitación prevista en el artículo 11 de la presente resolución, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN SEISCIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,615,862.34), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CINCUENTA Y UN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($4,488.51).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCI para las EPSI es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$4,468,505.71
1-4 Años	0.8179	$1,321,613.81
5-14 Años	0.3267	$527,902.23
15-18 Años Hombres	0.3847	$621,622.24
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,031,081.76
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,036,575.69
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,640,746.62
45-49 Años	1.0376	$1,676,618.76
50-54 Años	1.2973	$2,096,258.21
55-59 Años	1.5738	$2,543,044.15
60-64 Años	1.9465	$3,145,276.04
65-69 Años	2.4125	$3,898,267.89
70-74 Años	2.9424	$4,754,513.34
75 Años y Mayores	3.6575	$5,910,016.50

Parágrafo. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 11 de la presente resolución, se reconocerá un incremento del 26%, para la EPSI03, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,942,549.90), que corresponde a un valor diario de CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($5,395.97), con el objeto de asegurar

la transición al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) de que trata el Decreto 968 de 2024.

Artículo 17. Unidad de Pago por Capitación para zona especial por dispersión geográfica para EPSI. Se reconocerá y pagará una prima adicional a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, por dispersión geográfica del 11,47% sobre el valor fijado en el artículo 16 de la presente resolución, a los municipios señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de la Unidad de Pago por Capitación diferencial UN MILLÓN OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS UN PESOS CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 1,801,201.75), que corresponde a un valor diario de CINCO MIL TRES PESOS CON TREINTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 5,003.34).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$4,981,043.31
1-4 Años	0.8179	$1,473,202.91
5-14 Años	0.3267	$588,452.61
15-18 Años Hombres	0.3847	$692,922.31
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,149,346.84
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,155,470.92
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,828,940.25
45-49 Años	1.0376	$1,868,926.93
50-54 Años	1.2973	$2,336,699.03
55-59 Años	1.5738	$2,834,731.31
60-64 Años	1.9465	$3,506,039.20
65-69 Años	2.4125	$4,345,399.22
70-74 Años	2.9424	$5,299,856.02
75 Años y Mayores	3.6575	$6,587,895.39

Parágrafo. Al valor fijado en parágrafo del artículo 16 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 11.47% para la EPSI03, en los municipios señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS CON TREINTA Y SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 2,165,360.37) que corresponderá a un valor diario de SEIS MIL CATORCE PESOS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 6,014.89).

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación en ciudades para EPSI. Se reconocerá y pagará una prima adicional a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, del 15% sobre el valor fijado en el artículo 16 de la presente resolución a las ciudades listadas en el Anexo 2 de la presente resolución, que corresponde a un valor anual de la UPC de UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON SESENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1,858,241.69) que corresponde a un valor diario de CINCO MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS CON SETENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($5,161.78).

La estructura de costo por grupo etario de la UPO para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de Un Año	2.7654	$5,138,781.56
1-4 Años	0.8179	$1,519,855.88
5-14 Años	0.3267	$607,087.56
15-18 Años Hombres	0.3847	$714,865.58
15-18 años Mujeres	0.6381	$1,185,744.02
19-44 Años Hombres	0.6415	$1,192,062.04
19-44 Años Mujeres	1.0154	$1,886,858.61
45-49 Años	1.0376	$1,928,111.58
50-54 Años	1.2973	$2,410,696.94
55-59 Años	1.5738	$2,924,500.77
60-64 Años	1.9465	$3,617,067.45
65-69 Años	2.4125	$4,483,008.07
70-74 Años	2.9424	$5,467,690.34
75 Años y Mayores	3.6575	$6,796,518.97

Parágrafo. Al valor fijado en parágrafo del artículo 16 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 15% para la EPSI03 a las ciudades listadas en el Anexo 2 de la presente resolución, que corresponde a un valor anual de la UPC de DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($ 2,233,932.39) que corresponde a un valor diario de SEIS MIL CATORCE PESOS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($6,205.37).

Capítulo III
Otras disposiciones aplicables al Régimen Subsidiado

Artículo 19. Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen subsidiado. Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar, como mínimo, el incremento de la Unidad de Pago por Capitación UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando.

Título III

Reporte de información común a los Regímenes Subsidiado y Contributivo

Capítulo Único

Artículo 20. Obligación de reporte de información. Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las Entidades Adaptadas - EA, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar- CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y los demás actores y agentes del Sistema deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, transparencia, consistencia, veracidad, de forma confiable y en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme a la metodología prevista para el efecto.

Artículo 21. Reporte de información. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar y monitorear la Unidad de Pago por Capitación UPC, en los instructivos y formatos, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

La información sobre los servicios y tecnologías de salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada según las disposiciones que establezca la normativa vigente y aplicable al momento del reporte.

Artículo 22. Solicitud y fechas de reporte anual. Las EPS y EA de los regímenes contributivo y subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios, en los siguientes términos:

Asunto	Mes de solicitud de información	Término de reporte de información	Periodicidad del reporte
Solicitud de información	Enero de 2026	13 al 30 de abril de 2026	Anual
Retroalimentación y justificación de la información	Junio de 2026	01 al 26 de junio de 2026	Anual
Solicitud de información a EPS, para el reconocimiento y el pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del Régimen Contributivo.	Enero de 2026.	12 al 30 de mayo de 2026	Anual

Artículo 23. Solicitud y fechas de reporte periódico para EPS y EA. El reporte de información corresponderá a los servicios y tecnologías de salud prestados durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre 2026, se debe realizar de forma trimestral y acumulativa, incluyendo las autorizaciones que se hayan generado y que al corte no se hayan facturado, así:

Periodo de reporte de la información		Periodo de recepción del archivo	
Fecha inicial	fecha final y fecha de corte	fecha inicial	fecha final
1/01/2026	31/03/2026	abril 20 de 2026	abril 30 de 2026
1/01/2026	30/06/2026	julio 21 de 2026	julio 31 de 2026
1/01/2026	30/09/2026	octubre 19 de 2026	octubre 31 de 2026
1/01/2026	31/12/2026	enero 18 de 2027	enero 29 de 2027

Una vez recibida la información, se realizarán los procesos de calidad y se retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, sin perjuicio de solicitar, en cualquier oportunidad, información complementaria para la elaboración de estudios reportes.

Parágrafo. La solicitud de información de los servicios y tecnologías de salud de la vigencia año 2026, y de información de las incapacidades de origen común por enfermedad general, deberá ser reportada por las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado en las fechas requeridas.

Artículo 24. Fuente de información adicional. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS ajustado según la implementación de la facturación electrónica y articulado con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información constituirá como

una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación- UPC.

Parágrafo. En la medida de que se verifique la calidad de la información suministrada por los diferentes actores y agentes, este Ministerio podrá suprimir reportes de información o simplificar su contenido.

Artículo 25. Inobservancia en el reporte de la información en el régimen contributivo y subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud y a los demás órganos de control un reporte en el que consten las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas de los regímenes contributivo y subsidiado que no reporten la información para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación en los términos establecidos en los artículos 20, 21 y 22 de este acto administrativo, para que estos procedan de conformidad con sus competencias.

Título IV

Disposiciones finales

Capítulo Único

Artículo 26. Observancia de las notas técnicas. Las EPS e IPS observarán las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, en procura de la eficiencia de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con los que se financian los beneficios en salud a que tienen derecho sus afiliados.

Artículo 27. Vigencia. La presente resolución surte efectos a partir del 1o de enero de 2026.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%202764%20de%202025.pdf

2.2.15. Resolución 2765 de 2025

Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo del literal e) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, y el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1376 del 16 de diciembre de 2025 y

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de los mandatos de la Constitución Política - artículos 2, 48 y 49 -, y la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de la Salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantiza a todas las personas residentes en Colombia el acceso a los servicios y tecnologías de salud autorizados por la autoridad competente. Estos servicios incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, con excepción de aquellos servicios y tecnologías expresamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, conforme al procedimiento establecido en el artículo 15 de la citada Ley 1751 de 2015.

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, la Unidad de Pago por Capitación -UPC reconocida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las EPS y EA para la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías de salud, corresponde a un valor per-cápita provisto de manera ex ante a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Que la Ley 1751 de 2015, en el artículo 5 asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales "y "Adoptarla regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*

Que en el artículo 6 ibidem se contemplan los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, de los que hacen parte según el literal k) el de eficiencia, a cuyo tenor *"El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población".*

Que la Atención Primaria en Salud privilegia el carácter preventivo de las actuaciones de los diferentes agentes del sistema de salud y, acorde con lo definido en la Ley 1438 de 2011, es la acción coordinada del Estado y los diferentes actores del sistema para favorecer la atención integral e integrada, desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos; el artículo 13 ibidem estipula que para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se tendrán en cuenta elementos como talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado y, el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Que el artículo 14 de la citada Ley 1438 de 2011 determina el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutiva, con el fin de que se puedan resolver las atenciones más frecuentes en salud de la población, así mismo, en consideración a lo establecido en el numeral 7.*1 "Adaptabilidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS" del "Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud'* de la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 0276 de 2019, se prevé la posibilidad de vincular otros perfiles para su implementación conforme con las condiciones de las poblaciones y territorios.

Que el sistema de salud es dinámico en razón a que las tecnologías en salud crecen al ritmo de los avances científicos, los cuales responden a las necesidades en salud de las personas, en armonía con las definiciones y nuevos procesos, tecnologías y la innovación de nuevas formas terapéuticas internacionalmente reconocidos por las comunidades científicas o utilizados en las buenas prácticas de la prestación de servicios de salud.

Que este Ministerio mediante la Resolución 2706 de 2025 actualizó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) de acuerdo con la práctica clínica actual y las dinámicas en salud del país.

Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley Estatutaria de Salud, el Plan de Beneficios en Salud debe actualizarse integralmente cada dos (2) años, atendiendo no solo a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población, sino también a la disponibilidad efectiva de recursos públicos destinados a la salud y al equilibrio financiero del sistema.

Que, en cumplimiento de los principios de transparencia y participación, las metodologías utilizadas para la definición y actualización de los servicios y tecnologías de salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) fueron socializadas el 11, 12, 13 y 15 de agosto del 2025 a la Industria Farmacéutica, EPS, IPS, agremiaciones de pacientes y ciudadanía en general y, a su vez, publicadas de manera explícita en la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, subsitio, *"Resultados de la Actualización del Plan de Beneficios UPC y Exclusiones"*, garantizando la consulta pública.

Que conforme a los principios de eficiencia previstos en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 1438 de 2011, las decisiones adoptadas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben orientarse a garantizar la mejor utilización de los recursos disponibles, privilegiando su impacto social, de manera que los recursos dispuestos garanticen su mejor utilización social y económica, en procura del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) constituye el principal mecanismo de financiación de los servicios y tecnologías de salud, alcanzando actualmente niveles de cobertura superiores al noventa y seis por ciento (96%), lo cual garantiza la integralidad del acceso y la progresividad en la materialización del derecho fundamental a la salud.

Que la actualización integral se sustentó en la implementación de todas las estrategias definidas en la metodología correspondiente, y la recomendación final de inclusión se fundamentó en el análisis técnico del procedimiento de laboratorio clínico desarrollado a partir del estudio de Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) elaborado por el IETS, en el cual se evaluó la pertinencia de incorporar el examen *"dengue antígeno manual"* (CUPS 906341) como servicio financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en atención a la situación epidemiológica actual del país.

Que, el proceso de actualización integral de la UPC, sustentado en el análisis de los cambios en el perfil epidemiológico, asegura que la financiación se ajuste de manera dinámica a la realidad sanitaria y clínica del país, evitando rezagos normativos y fortaleciendo la pertinencia de las decisiones regulatorias.

Que, la UPC garantiza la cobertura de la gran mayoría de servicios y medicamentos autorizados, mientras que las tecnologías no financiadas directamente por esta prima de aseguramiento deben ser gestionadas por otros mecanismos dispuestos por la ley, garantizando la protección efectiva del derecho fundamental a la salud.

Que en observancia de los numerales 3 y 4 del artículo 12 del Decreto 2562 de 2012, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en Sesión No. 52 realizada el 26 de diciembre del año en curso, entre otros aspectos, recomendó ajustar y actualizar integralmente los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC para la vigencia 2026, acorde con lo previsto en este acto administrativo.

Que en este sentido es necesario actualizar integralmente los servicios y tecnologías de salud ajustando el Anexo 2 en concordancia con los resultados del procedimiento de actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS, además de incorporar tecnologías financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) conforme la situación epidemiológica del país.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I
GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que deberán ser garantizados por las entidades promotoras de salud - EPS y las entidades adaptadas, a sus afiliados en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, prestadores de servicios de salud, Administradora de los Recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y demás actores y agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y están estructurados sobre una concepción de la salud como un derecho fundamental, que garantice la integralidad de la atención desde la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos por las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas bajo las condiciones previstas en esta resolución.

Artículo 3. Principios generales para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC. Sin perjuicio de los principios contenidos en la

Constitución Política, la Ley 1751 de 2015 y los del Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI, para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se tendrán en cuenta los siguientes principios complementarios:

1. **Integralidad.** Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la promoción de la salúd, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad deben incluir lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante

2. **Territorialidad.** Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC están cubiertos para ser prescritos, suministrados y realizados dentro del territorio nacional.

3. **Complementariedad.** Las acciones en salud a que hace referencia el artículo 2 de este acto administrativo, deben financiarse de manera articulada con los recursos de presupuestos máximos, los del proceso de verificación y control que adopte la ADRES, o con los provenientes de programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, correspondientes a otras fuentes, así como con las fuentes de financiación de sectores distintos al de la salud, según corresponda.

4. **Transparencia.** Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente, de acuerdo con la normatividad vigente y en especial, con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 sobre transparencia y derecho al acceso a la información, dando a conocer a los usuarios los contenidos de la mencionada financiación, conforme con lo previsto en el presente acto administrativo.

5. **Competencia.** En la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la autonomía profesional con autorregulación y soportado en la evidencia científica.

6. **Corresponsabilidad.** El usuario es responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica el autocuidado del usuario, el cuidado de la salud de

su familia y de la comunidad, así como propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos de la UPC que financian los servicios y tecnologías de salud, todo ello para coadyuvar en la obtención de resultados favorables para el mantenimiento y recuperación de su salud. De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

7. **Calidad.** La provisión de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad, de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas.

8. **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

9. **Eficiencia.** El SGSSS debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías de salud, disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Artículo 4. Referentes de la actualización. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC requieren haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), o análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC), adoptadas por este Ministerio, así como otros análisis que se consideren necesarios y la toma de decisión por parte de la autoridad competente.

Parágrafo. La mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica (GPC), Guías de Atención Integral (GAI), normas técnicas, protocolos, lineamientos técnicos u operativos, no implica su financiación con recursos de la UPC.

Artículo 5. Anexos. La presente resolución contiene cuatro (4) anexos que hacen parte integral de la misma, así: Anexo 1*: "MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NUTRICIONALES FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC"-*, Anexo 2: *"LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC",* Anexo 3: *"LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC" y Anexo 4 "LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA".*

Artículo 6. Descripción de procedimientos financiados con recursos de la UPC. Los procedimientos incluidos en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas vigentes, se describen en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran financiados con recursos de la UPC los contenidos en los Anexos Nos. 2 y 3 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Para el Anexo 2 *"LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC",* se consideran incluidas en esta financiación, todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías contenidas en el mismo, salvo aquellas referidas como no financiadas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

Parágrafo 2. El Anexo 3 *"LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC"* se describe en términos de subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Artículo 7. Terminología. Conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías de salud, sin que estos definan la financiación con recursos de la UPC, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), de la Organización Mundial de la Salud - OMS, para medicamentos.

3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la OMS, y sus modificaciones y actualizaciones.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud descritos con otra nomenclatura como "programas", *"clínicas" o "paquetes"* y *"conjuntos de atención",* entre otros, deben ser discriminados por procedimientos, de acuerdo con la codificación de la CUPS; para medicamentos, de acuerdo con el Código Único de Medicamentos (CUM) o Identificador Único de Medicamento (IUM), o según la normatividad vigente.

Parágrafo 2. El código ATC se utiliza para la identificación y normalización del principio activo en la formulación de estudios de uso o seguimiento a la prestación, sin que su coincidencia con el registro sanitario se constituya en un criterio de financiación con recursos de la UPC.

Artículo 8. Glosario. Se adoptan como referencia los siguientes términos, sin que estos definan la financiación o ampliación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, así:

1. **Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.

2. **Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME:** productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus. condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

3. **Aparato ortopédico:** es un dispositivo médico, fabricado específicamente, siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

4. **Atención ambulatoria**: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la atención requiera más de 24 horas continuas. La atención ambulatoria incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria. De acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, según el tipo de servicio.

5. **Atención con internación:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención. La atención con internación incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las

modalidades de prestación de servicios intramural, extramural y telemedicina, definidos en la norma de habilitación vigente. Para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

6. **Atención de urgencias:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.

7. **Atención domiciliaria:** conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.

8. **Atención en salud:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.

9. **Atención Primaria en salud:** la Atención Primaria en Salud es una estrategia constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servidos de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

10. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.

11. **Cirugía plástica reparadora, reconstructiva o funcional:** procedimiento quirúrgico que

se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de estos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

12. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.

13. **Complicación:** alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

14. **Concentración:** cantidad de principio activo, contenido en una forma farmacéutica, medida en diferentes unidades (mg, g, Ul, entre otras).

15. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

16. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

17. **Consulta psicológica:** es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología, que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

18. **Consulta por otro profesional de salud:** valoración y orientación realizada por un profesional de salud (diferente al médico, odontólogo o psicólogo), autorizado por las normas de talento humano en salud para ejercer su profesión. Consta de: anamnesis,

evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como la definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

19. **Cuidados paliativos:** son los cuidados pertinentes para la atención en salud del paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

20. **Dispensación:** es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente, versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos, cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y la importancia de la adherencia a la terapia.

21. **Dispositivo médico para uso humano**: cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

    a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
    b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
    c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
    d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
    e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
    f. Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.

22. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un profesional en medicina.

23. **Enfermo en fase terminal:** aquel que tiene una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal, próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual, los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

24. **Establecimiento farmacéutico:** es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.

25. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales, teniendo la misma fórmula química.

26. **Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

27. **Interconsulta:** es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

28. **Hospitalización parcial**: es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras, que no impliquen estancia completa.

29. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

30. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual, existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

31. **Material de curación:** dispositivos médicos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

32. **Medicamento:** es aquél preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

33. **Medicinas y terapias alternativas:** son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano, con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población, desde un enfoque holístico.

34. **Metabolito activo:** sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.

35. **Mezcla racémica:** es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple, entendido como un tipo particular de estereoisómeros, que, dependiendo de la disposición espacial de los átomos, se denominan “S’’ o "R” y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan “dextro” (d), si es hacia la derecha o “levo" (l), si es hacia la izquierda.

36. **Modalidades para la prestación de servicios de salud:** La modalidad es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.

37. **Órtesis**: dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

38. **Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos, destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

39. **Procedimiento:** acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

40. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

41. **Psicoterapia:** de acuerdo con la definición de la OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través, de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

42. **Referencia y contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios, definida por la entidad responsable del pago.

    42.1. Referencia: es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

    42.2. Contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

43. **Subgrupo de referencia:** agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas, tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.

44. **Tecnología de salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

45. **Telemedicina:** es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

TÍTULO II
CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD

Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la integralidad, continuidad y acceso efectivo y oportuno y con calidad a los servicios y tecnologías de salud, así como la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional, al tenor de la establecido en la Ley 1751 de 2015 y el artículo 20 de esta resolución.

Artículo 10. Puerta de entrada al sistema financiada con recursos de la UPC. El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica, odontológica general, enfermería profesional o psicología. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría las personas menores de 18 años, obstetricia para las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio o medicina familiar para cualquier persona, sin requerir remisión por parte del profesional de puerta de entrada aquí señalado, cuando la oferta disponible así lo permita.

Artículo 11. Acceso a servicios especializados de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto

administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, odontología general, enfermería profesional o psicología, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, en los términos del artículo 10 del presente acto administrativo, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Artículo 12. Telemedicina. La provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en el presente acto administrativo, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, se financian con recursos de la UPC.

Artículo 13. Garantía de servicios en el municipio de residencia. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III
COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC

Artículo 14. Servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

Capítulo 1.
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Artículo 15. Cobertura de promoción y prevención. Las EPS y entidades adaptadas de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigentes, deberán garantizar los servicios y tecnologías de salud para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que incluye las intervenciones individuales obligatorias para toda la población afiliada.

Artículo 16. Promoción de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las intervenciones para toda la población afiliada, orientadas a promover el cuidado de la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades de acuerdo con lo definido en la normatividad y políticas públicas vigentes.

Artículo 17. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las intervenciones individuales para toda la población afiliada orientadas a la protección frente a los riesgos en salud para evitar la aparición de la enfermedad y a la identificación oportuna de eventos en salud para incidir en el diagnóstico y tratamiento oportuno, comprende las intervenciones contenidas en el presente acto administrativo articulado con lo dispuesto en la normatividad vigente.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen entre otros, el condón masculino de látex conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS y entidades adaptadas garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.

Artículo 18. Prevención de la enfermedad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la prevención de la enfermedad incluyen las intervenciones individuales para toda la población afiliada orientadas a prevenir la aparición de un evento en salud, reducir o mitigar el daño o recuperar la salud ante la presencia de un evento, en concordancia con lo dispuesto en la normatividad vigente.

Capítulo 2.
Recuperación de la salud

Artículo 19. Acciones para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 20. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, y la oportuna y adecuada remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 21. Atención ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestados ambulatoriamente, cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios habilitados para tal fin.

Artículo 22. Atención con internación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud en los servicios del grupo de internación, cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios habilitados para tal fin.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Parágrafo 2. Para la prestación o utilización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en los artículos 59, 60, 78, 91 y 104 que la describen en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen

la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de cuidados básicos, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

Parágrafo 4. No se financia la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos o intermedios de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos. Para este caso se financia la estancia hasta por 24 horas, siendo la EPS del donante la responsable de esta financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 5. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada, cuando esta sea por atención distinta al de ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 23. Internación domiciliaria. La internación en la modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC, en los casos que sea considerada pertinente por el profesional tratante, bajo las normas vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud.

Parágrafo. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, las EPS y entidades adaptadas, a través de las IPS, serán responsables de garantizar las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, según lo dispuesto en las normas vigentes.

Artículo 24. Medicina y terapias alternativas y complementarias. Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Capítulo 3.
Procedimientos

Artículo 25. Analgesia, anestesia y sedación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia o sedación y de relajantes musculares de acción periférica que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos la UPC", cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto

administrativo, incluida la atención del parto.

Artículo 26. Combinaciones de tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Parágrafo. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud y servicios se requieren tecnologías o servicios que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas, garantizarán las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, con recursos de la UPC, y aquellas no financiadas con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes, bajo el principio de complementariedad.

Artículo 27. Trasplantes. La realización de los trasplantes financiados con recursos de la UPC estará a cargo de la EPS del receptor del trasplante, e incluye los servicios y las tecnologías en salud necesarias y contenidas en el presente acto administrativo. La prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante, identificado como efectivo
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, la cual estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control pos trasplante.
6. Tecnologías en salud y los servicios necesarios durante el trasplante.
7. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Entiéndase como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano, la búsqueda del donante.

Parágrafo 2. Los trasplantes de órganos diferentes a los contenidos en el presente acto administrativo, no se financian con recursos de la UPC.

Artículo 28. Injertos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos, así como

los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Artículo 29. Suministro de sangre total o hemocomponentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los productos de banco de sangre listados en los Anexos 1 y 2 del presente acto administrativo, de conformidad con las normas que regulan la materia.

Parágrafo. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud y los servicios correspondientes al banco de sangre, las IPS y las EPS y entidades adaptadas no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de hemocomponentes, como contraprestación a una atención en salud.

Artículo 30. Atención en salud oral. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud oral y los servicios contenidos en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Los procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, se encuentran financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante, así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Parágrafo 3. Se financian con recursos de la UPC tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos descritos en el Anexo 2 del presente acto administrativo, siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

Artículo 31. Tratamientos reconstructivos. Los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 *"Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Artículo 32. Finalidad del procedimiento. Los procedimientos descritos en el Anexo 2 *"Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Capítulo 4.
Medicamentos

Artículo 33. Medicamentos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, en los casos en que se encuentren descritos en el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación", que hace parte integral de este acto administrativo. Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones, según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos contenidos en el Anexo *1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC"*, al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 109 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas. A manera de ejemplo en el Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* se presenta la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, con el objeto de ser tenidas en cuenta en la aplicación del listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC"*, que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas, sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos como mezcla racémica en el listado de medicamentos del Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Esta financiación aplica sólo en el sentido de mezcla racémica (financiada explícitamente), a estereoisómero y no inversamente.

Parágrafo 2. En los casos en que la descripción del medicamento del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto

administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la financiación con recursos de la UPC es específica para dicha composición y no para otras sales o ésteres del medicamento que existan en el mercado.

Parágrafo 3. Son financiados con recursos de la UPC los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor descrito en el Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Sí el precursor tiene una aclaración de uso en el anexo 1, aplicará también para el metabolito activo. Esta financiación aplica sólo en el sentido de precursor (financiado explícitamente), a metabolito activo y no inversamente.

Artículo 34. Prescripción. La prescripción de medicamentos siempre se realizará utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos, de marca o genéricos, autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo. En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración, con el monitoreo clínico y paraclínico necesario.

Artículo 35. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con recursos de la UPC aplica, siempre y cuando, sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 “*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC",* describa usos específicos que limiten su financiación.

Parágrafo 1. Cuando en el Anexo 1 *“Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

Parágrafo 2. Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con

diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Parágrafo 3. Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC".*

Artículo 36. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Con el propósito de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF, se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,

2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento en CDF sea igual o inferior al costo total de suministrar los principios activos que lo componen, ya sea administrados de manera independiente como medicamento en monofármaco o a través de medicamentos en CDF que contengan los mismos principios activos.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la Combinación de Dosis Fijas, financiada con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Corresponde al médico tratante, en su autonomía profesional, evaluar la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en relación con las CDF, frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

Parágrafo 2. Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, cuando ella realiza la dispensación, o en coordinación con el asegurador cuando sea éste el responsable de garantizar la dispensación a través de otro actor, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo de precios, entre otras,

Artículo 37. Presentaciones comerciales y equivalencias. La financiación de los medicamentos con recursos de la UPC es independiente de la forma de comercialización

empaque, envase o presentación comercial del medicamento, esto es, jeringa prellenada, cartucho, entre otras.

Artículo 38. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a una tecnología de salud no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Artículo 39. Almacenamiento y distribución. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan la financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el suministro del oxígeno gas y aire medicinal, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como: bala, concentrador o recarga, entre otras, bajo el principio de integralidad.

Artículo 40. Administración de medicamentos. Para el acceso efectivo a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos financiados con recursos de la UPC, tales como, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

Artículo 41. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC en las indicaciones del medicamento del cual parten, y deberán ser garantizadas por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Artículo 42. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos. Las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas, deberán garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes.

Artículo 43. Medicamentos de programas especiales. Corresponde a las EPS o de las

entidades que hagan sus veces y a las entidades adaptadas, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales, previstos en el articulado y descritos en el Anexo 4 "*Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública",* que hace parte integral del presente acto administrativo y que son suministrados por este Ministerio, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

Parágrafo. Los medicamentos de programas especiales deben cumplir las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 4 *"Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública",* que hace parte integral de este acto administrativo.

Artículo 44. Radiofármacos. Estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC, cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear, contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Artículo 45. Medios de contraste. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, y las entidades adaptadas garantizarán los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el anexo 1 "*Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 46. Medios diagnósticos. Los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral del presente acto administrativo, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos, financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo. Cuando un procedimiento financiado con recursos de la UPC, según los contenidos del presente acto administrativo en los Anexos 2 y 3, requiera para su realización un medicamento que actúe como estímulo in vivo o in vitro, siempre y cuando sea necesario e insustituible, se considera inherente al procedimiento descrito y financiado con recursos de la UPC, sin que para ello se requiera estar descrito en el Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC"*

Artículo 47. Soluciones y diluyentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral del presente acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún

procedimiento financiado con recursos de la UPC, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	Perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Perfusión y lavado de órganos en trasplantes
Viscoelástica	Oftalmológicos
Liquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre, lavado o irrigación de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)

Igualmente, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los diluyentes necesarios, sin importar el volumen para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Artículo 48. Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico. Las EPS y las entidades adaptadas son responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación y distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se realice bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente, y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización, vigilancia y control por la autoridad competente para tal fin.

Parágrafo. Cuando un establecimiento farmacéutico, entidad o persona, incluidos bajo esta denominación los operadores logísticos de tecnologías en salud y los gestores farmacéuticos, realice cualquier actividad o proceso propio del servicio farmacéutico, deberá cumplir en lo pertinente las disposiciones del Capítulo 10 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 49. Sustancias y medicamentos para nutrición. La financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC según se describe en el anexo 1 es la siguiente:

1. Aminoácidos esenciales y no esenciales, con o sin electrolitos, utilizados para alimentación enteral o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan dipéptidos que se fraccionan de manera endógena)

2. Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* del presente acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.

3. Las nutriciones parenterales que se presentan comercialmente como sistemas multicompartimentales, también se consideran financiadas con recursos de la UPC, sin importar que contengan otros principios activos, diferentes a los descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* del presente acto administrativo, siempre y cuando compartan la misma indicación de las nutriciones parenterales preparadas, a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC.

4. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.

5. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según la guía de la OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

6. La Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) para uso en pacientes pediátricos de 6 a 59 meses de edad en el manejo nutricional ambulatorio y hospitalario de la desnutrición aguda, moderada y severa según la Resolución 2350 de 2020 o aquella que la adicione, modifique o sustituya.

7. Los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME exclusivamente para uso en el ámbito hospitalario. Los APME financiados con recursos de la UPC deberán cumplir las siguientes condiciones para su prescripción y reconocimiento: a. estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales; b. contar con concepto favorable vigente como APME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA y c. encontrarse incluido en las tablas de referencia de productos de soporte nutricional dispuesta en la página del Ministerio de Salud y Protección Social, subsitio de la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. No se financian con cargo a la UPC productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 50. Subgrupos de referencia. Cuando en el articulado o en el listado de medicamentos definidos como servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se define un subgrupo de referencia, se deben considerar financiados con recursos de la UPC, todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, según la clasificación internacional ATC, en las concentraciones, formas farmacéuticas y usos que se definen para ellos en el Anexo 1 *"LISTADO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC'*, del presente acto administrativo.

Artículo 51. Buenas Prácticas de Prescripción. Durante el proceso de prescripción de medicamentos y siguiendo los parámetros de las Buenas Prácticas de Prescripción, emanadas de la OMS, para la selección de la terapia farmacológica a instaurar, se deberá tener en cuenta, en lo posible y según criterio del médico tratante, el perfil farmacológico, la eficacia y seguridad como un balance riesgo/beneficio, su conveniencia, según las características del paciente, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, y la eficiencia de dicho tratamiento farmacológico, entendida como el mejor uso de los recursos, bajo el principio de autorregulación, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional. Para combinaciones a dosis fijas, deberán aplicarse las mismas recomendaciones en su prescripción, frente a los monofármacos por separado, en caso de estar disponibles.

Los actores del sistema de salud de forma coordinada podrán definir, organizar, implementar y monitorear todos los mecanismos y herramientas de gestión de riesgo que se consideren necesarias para apoyar las buenas prácticas de prescripción, adicionales a las que defina este Ministerio. También deberán desarrollar estrategias de mejoramiento, cuando así se requiera.

Artículo 52. Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada. La cantidad de medicamento dispensado, deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito con el fin de asegurar el cumplimiento de la terapia farmacológica instaurada por el médico prescriptor tanto en la posología como en los días totales de tratamiento, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente, o las normas que los modifiquen o sustituyan, evitando en cualquier caso que se dispensen menos cantidades de medicamento a las necesarias para la terapia farmacológica.

Capítulo 5.
Dispositivos médicos

Artículo 53. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS y entidades adaptadas deben garantizar todos los dispositivos médicos, esto es, insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

Artículo 54. Lentes externos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1. **En el Régimen Contributivo:**

Se financia con recursos de la UPC, una (1) vez cada año en las personas de hasta doce (12) años y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura debe ser asumido por el usuario.

2. En el Régimen Subsidiado:

a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se financian con recursos de la UPC, una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años, se financian con recursos de la UPC los lentes externos, una vez cada cinco años, por prescripción médica o por optometría, para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura es asumido por el usuario.

Parágrafo. No se financian filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 55. Ayudas técnicas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC.
2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1. Están financiados con recursos de la URC, las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales, se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique, incluye entrenamiento de uso, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2. No se financian con cargo a la URC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

Capítulo 6.
Salud mental

Artículo 56. Atención de urgencias en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la URC incluyen la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Artículo 57. Psicoterapia ambulatoria para la población general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la URC incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

Artículo 58. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la URC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante.

Artículo 59. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la URC, incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a los recursos de la URC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 60. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la URC, se financia la atención con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Capítulo 7.
Atención paliativa

Artículo 61. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, la atención con internación o la atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 del presente acto administrativo.

TÍTULO IV
COBERTURA PREFERENTE Y DIFERENCIAL, AGRUPADA POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS

Artículo 62. Restablecimiento de la salud a la población menor de dieciocho (18) años, cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, requeridos para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente su recuperación, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, y las entidades adaptadas, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

Artículo 63. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, para tales efectos, deberá articularse con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Capítulo 1.
Atención desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años

Artículo 64. Atención prenatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 65. Atención de la morbilidad neonatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad

del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluyen las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido), y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 66. Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, tienen derecho a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en este acto administrativo, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aunque el diagnóstico de infección por VIH/SIDA, sea presuntivo y no haya sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 67. Complementos nutricionales. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad, que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratantes.

2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía de la QMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores de edad, entre seis (6) y veinticuatro (24) meses.

3. La Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) para uso en pacientes pediátricos de 6 a 59 meses de edad en el manejo nutricional ambulatorio y hospitalario de la desnutrición aguda, moderada y severa según la Resolución 2350 de 2020 o aquella que la adicione, modifique o sustituya.

4. Los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME exclusivamente para uso en el ámbito hospitalario. Los APME financiados con recursos de la UPC deberán cumplir las siguientes condiciones para su prescripción y reconocimiento:

a. estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales;
b. contar con concepto favorable vigente como ARME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA y

c. encontrarse incluido en las tablas de referencia de productos de soporte nutricional dispuesta en la página del Ministerio de Salud y Protección Social, subsitio de la Unidad de Pago por Capitación.

Artículo 68. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, a que refiere el presente acto administrativo, contienen las tecnologías y servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 69. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPÓ, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, con internación, o domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), de acuerdo con los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas, desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general; sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o por ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 70. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, y todas las tecnologías en salud y los servicios incluidos en el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 71. Atención a personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios de que trata el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, con trastornos alimentarios.

Artículo 72. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud; así como todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva, desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años de edad.

Parágrafo. Corresponde al profesional tratante determinar el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Artículo 73. Lentes externos y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos, una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado, la financiación con recursos de la UPC, incluye además la montura, hasta por un valor equivalente al 10 % del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con recursos de la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 74. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención del cáncer en las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años, e incluye las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer, o con diagnostico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 75. Atención paliativa. Las personas desde la etapa prenatal hasta menores de 6 años de edad, tienen derecho a la financiación con recursos de la UPC, de los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la

UPC, que incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 del presente acto administrativo.

Artículo 76. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención en salud mental, incluyendo la internación total o parcial para las personas menores de seis (6) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no incluyen la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 77. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la Psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas menores de seis (6) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 78. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de pacientes menores de seis (6) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente

y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a la UPC la internación, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Capítulo 2.
Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años

Artículo 79. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan los servicios y las tecnologías en salud necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 80. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), conforme con los lineamientos de política pública vigentes, necesarios para la recuperación de la salud de las personas desde seis (6) años a menores de catorce (14) años, además de los previstos para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o por ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 81. Atención del embarazo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección especifica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por este Ministerio, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 82. Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por este Ministerio.

Artículo 83. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 84. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para las personas de seis (6) a menores de catorce (14) años, con trastornos alimentarios.

Artículo 85. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención

de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años, con discapacidad física, sensorial o cognitiva.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Artículo 86. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contemplan los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año, para las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco años, para las personas mayores de (12) años.

2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital, se financian con recursos de la UPC, una (1) vez cada año. La financiación con recursos de la UPC incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 87. Atención en cáncer.
Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención del cáncer de las personas de seis (6) años a menores de 14 años, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 88. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención ambulatoria, o atención con internación domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica,

degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas, desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años , de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 del presente acto administrativo.

Artículo 89. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen todas las tecnologías en salud, los servicios y la hospitalización total o parcial para la atención en salud mental, de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, de la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de la salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación, cuando no sea por atención en el ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 90. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de seis (6) años a menores de 14 años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 91. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de pacientes de seis (6) años a menores de catorce (14) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental, se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación cuando no sea por atención en el ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Capítulo 3.
Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años

Artículo 92. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan las tecnologías en salud y los servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión, cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 93. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, dichas personas tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 94. Embarazo en adolescentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral

de la gestación, parto y puerperio, las atenciones en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 95. Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 96. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPO, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y servicios para la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 97. Atención a personas de 14 años a menores de 18 años, con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones

interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años con trastornos alimentarios.

Artículo 98. Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad, con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de la salud a las personas con discapacidad de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Artículo 99. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo, una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital, se financia una (1) vez cada año. La financiación incluye la adaptación del lente formulado y la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 100. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan la atención del cáncer en las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años e incluye todas las tecnologías en salud y los servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 101. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en esta resolución, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 del presente acto administrativo.

Artículo 102. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para la internación total o parcial de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 103. Psicoterapia ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Artículo 104. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con

trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados p

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no financiará la internación, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

TÍTULO V
TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

Artículo 105. Traslado de pacientes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de la misma, hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, cuando requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora, incluyendo, para estos casos, el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

Artículo 106. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte (intramunicipal o intermunicipal) en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada

con recursos de la UPC, no disponible en el área de residencia (rural/urbano) o en el municipio de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

Artículo 107. Transporte de cadáveres. La financiación con cargo a la UPC no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

TÍTULO VI
OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 108. Coberturas especiales para comunidades indígenas. La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a las cuales, se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena, tendrá la financiación de los servicios y tecnologías de salud previstos en el presente acto administrativo, y en forma adicional, de los servicios diferenciales indígenas, contenidos en el Anexo 3 de la Resolución 2706 de 2025 o la norma que la sustituya “Códigos especiales para reportes de población indígena", que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los servicios y tecnologías de salud que les serán proporcionados.

Artículo 109. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC. De prescribirse servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.

Parágrafo 1. Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, en concordancia con las normas especiales vigentes que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 112 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 3. La financiación con recursos de la UPC a preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis procederá únicamente cuando sean prescritas en cumplimiento con lo dispuesto en este artículo, siempre y cuando, cumplan la normatividad vigente aplicable a estas preparaciones y, sean prescritas en los usos establecidos en cumplimiento del parágrafo 3 del artículo 2.8.11.5.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Para el reporte de prescripción y dispensación de preparaciones magistrales a base de cannabis por parte de las EPS, se habilitará un tipo de reporte exclusivo y denominado ''Registro tipo 9 - Registro de detalle artículo 109 para el reconocimiento de Preparaciones magistrales a base de cannabis, con recursos de la UPO', el que se encuentra incluido en los criterios, procedimientos, requisitos y obligaciones descritas en la solicitud de información a las entidades promotoras de salud, para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC.

Le corresponde a la IPS donde se realice la prescripción de preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis, de forma coordinada con la EPS informar sobre la utilización de este artículo y entregar oportuna y adecuadamente a la EPS la información correspondiente que permita el diligenciamiento del reporte "Registro tipo 9 - Registro de detalle artículo 109 para el reconocimiento de Preparaciones magistrales a base de cannabis, con recursos de la UPC'. Los reportes de prestación presentados por las EPS, que no cumplan con cada una de las condiciones del presente artículo, no serán tenidos en cuenta en la financiación con recursos de la UPC.

Tanto IPS como EPS deberán mantener actualizados sus correspondientes programas de farmacovigilancia y específicamente en lo correspondiente a la prescripción y uso de

preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis, para lo cual deberán estar atentos y dispuestos a la entrega de la información de seguimiento a posibles eventos adversos, a la entidad gubernamental que los solicite, incluyendo al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, para el desarrollo de sus procesos de revisión sistemática de evidencia de efectividad y seguridad.

Artículo 110. Servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, ordenados por fuera de la red de prestadores de la EPS o de la entidad que haga sus veces. Cuando un paciente solicite la financiación con recursos de la UPC de algún servicio o tecnología de salud financiado con la UPC, prescrito por un profesional de la salud que no haga parte de la red de la EPS o de la entidad que haga sus veces, esta podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de dicha red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la financiación con recursos de la UPC, sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

Artículo 111. Concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación. Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por accidentes de trabajo y enfermedad laboral, eventos catastróficos y accidentes de tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados con otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación, de conformidad con la normatividad vigente.

TÍTULO VII
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 112. Deber de información. Para efectos de la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC o el análisis y cálculos de la UPC, los usuarios, pacientes, profesionales de la salud, EPS o entidades que hagan sus veces, entidades adaptadas, IPS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -Adres-, deberán suministrar información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requiera.

Parágrafo 1. La descripción establecida para la financiación de procedimientos en salud, excepto los procedimientos en salud de laboratorio clínico, está determinada en términos de categorías de la CUPS, señalada en este acto administrativo y no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

Parágrafo 2. Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser suministrada de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 113. Vigencia y derogatoria. El presente acto administrativo rige a partir del 1 de enero de 2026 y deroga la Resolución 2718 de 2024.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202765%20de%202025.pdf

2.2.16. Resolución 2769 de 2025

Por la cual se establecen los términos, objeto, condiciones y plazos para el otorgamiento de garantías a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial, de las conferidas por el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, y los artículos 2.5.2.2.2.5 y 2.5.2.2.2.10 del Decreto 780 de 2016, el Decreto 1376 del 16 de diciembre de 2025, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 creó la Subcuenta de Garantías para la Salud en el entonces Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, con el objetivo de generar liquidez y sostenibilidad a las instituciones del sector salud, el otorgamiento de garantías, y otros mecanismos financieros que permitan la continuidad en la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento patrimonial de prestadores y aseguradores, y el apoyo a procesos de intervención, reorganización o liquidación.

Que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Administradora de los Recursos de la Seguridad Social-ADRES como entidad encargada de administrar, de forma centralizada, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales hacen unidad de caja, a excepción de aquellos de propiedad de las entidades territoriales, incluidos los demás recursos que, en función a su naturaleza, recaudaba el Fosyga con funciones específicas para la gestión y ejecución de las operaciones señaladas en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, como mecanismos de liquidez y fortalecimiento del sector, incluidos los instrumentos de respaldo de créditos, gasto que se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud conforme a lo establecido en el artículo 67 segundo literal j) de la Ley 1753 de 2015 .

Que el artículo 2.5.2.2.2.3 del Decreto 780 de 2016 establece las operaciones autorizadas que pueden realizarse con los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga, o quien haga sus veces, disponiendo en su literal g) la facultad de recibir y otorgar avales y garantías.

Que el mismo Decreto, en el artículo 2.5.2.2.2.5, señala que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga, o quien haga sus veces, directamente o mediante la suscripción de convenios con entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, respaldar créditos destinados al saneamiento de pasivos o al capital de trabajo, mediante el otorgamiento de avales y garantías, precisando que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán ser beneficiarías de este mecanismo.

Que, finalmente, el artículo 2.5.2.2.2.10 del citado Decreto dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los términos, objeto, condiciones, plazos, tasas, garantías exigidas y periodos de gracia aplicables para la realización de las operaciones mencionadas en el artículo 2.5.2.2.2.3.

Que el otorgamiento de la garantía del flujo de pago por parte de la ADRES constituye una herramienta de fortalecimiento institucional y financiero para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, al facilitar su acceso a líneas de crédito con entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, lo cual permite, atender sus pasivos, mejorar su capital de trabajo y fortalecer la continuidad en la atención en salud a los usuarios del sistema de salud, sin afectación de los recursos destinados al aseguramiento en salud.

Que, de conformidad con lo establecido en los artículos 29 de la Ley 1438 de 2011, 10 de la Ley 1608 de 2013, y 150 de la Ley 2294 de 2023, el giro directo es el instrumento para la transferencia de los recursos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a las Entidades Promotoras de Salud-EPS por concepto de la Unidad de Pago por Capitación-UPC en los regímenes contributivo y subsidiado, a través del proceso de compensación y de la Liquidación Mensual de Afiliados -LMA, y por concepto de presupuestos máximos a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud-IPS y proveedores de servicios y tecnologías de salud.

Que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, en ejercicio de su función del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 2.1.2.1.3. del Decreto 2555 de 2010 establece que se considerarán como garantías admisibles aquellas que cumplan las siguientes condiciones:

1. Que la garantía constituida tenga un valor establecido con base en criterios técnicos y objetivos que sea suficiente para cubrir el monto garantizado durante la vigencia de la obligación.

2. Que la garantía ofrezca un respaldo jurídicamente eficaz al pago de la obligación garantizada al otorgar a la contraparte una preferencia o mejor derecho para obtener el pago de la obligación y cuya posibilidad de realización sea razonablemente adecuada.

3. Que la garantía este constituida en primer grado a favor de la entidad vigilada, para el caso de aquellas que admiten diferentes grados.

En este contexto, la garantía definida en el presente acto administrativo se estructura precisamente sobre un flujo cierto, periódico y verificable de recursos provenientes del giro directo a las IPS, determinado con criterios técnicos y objetivos, otorgando a la entidad financiera un derecho preferente de pago frente a las cuotas de capital e intereses del crédito, y configurándose así como una garantía admisible, acorde con las exigencias del régimen financiero aplicable y con las necesidades de financiamiento del sector salud.

Que el límite de la garantía previsto en el presente acto administrativo debe estructurarse con base en criterios técnicos y objetivos que permitan determinar, de manera razonable y verificable, la capacidad de pago de la Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- y la suficiencia del flujo de recursos que recibe por concepto de Unidad de Pago por Capitación -UPC- mediante giro directo.

Que, en ese sentido, la fijación del monto máximo de la garantía hasta por un valor equivalente a cuatro (4) veces el promedio de los recursos efectivamente recibidos por la IPS en los seis (6) meses anteriores a la radicación de la solicitud, constituye un parámetro prudencial que refleja el comportamiento real y reciente de sus ingresos por aseguramiento en salud, acota el riesgo de sobreexposición de la ADRES y permite dimensionar la cobertura de la obligación crediticia dentro de un escenario de flujo de caja previsible y medible.

Que la sujeción de la garantía a dicho promedio de giro directo de recursos por concepto de UPC, y la prohibición expresa de autorizar garantías por montos superiores al límite establecido, garantizan que el respaldo otorgado a las entidades financieras sea consistente, con criterios técnicos y objetivos de respaldo sin comprometer la destinación específica ni la sostenibilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que conforme al marco normativo vigente de las operaciones de fortalecimiento financiero del sector salud, es necesario establecer los términos, condiciones, plazos y monto de los recursos

que pueden constituir el mecanismo de garantía de pago de los créditos que adquieran las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud-IPS con las entidades financieras.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente resolución tiene como objeto establecer los términos, condiciones y plazos para el otorgamiento de garantías a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, como instrumento que permita a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS el acceso a créditos formales otorgados por las entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Esta resolución aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS públicas, privadas o mixtas, que estén interesadas en acceder a líneas de crédito del sector financiero, a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos de la aplicación e interpretación de esta resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

3.1. **Garantía de pago**: Compromiso asumido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES, mediante el cual respalda el pago de las cuotas o abonos parciales de capital e intereses tanto remuneratorios como moratorios, de una obligación crediticia adquirida por una Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS con una entidad financiera bajo la operación definida en este acto administrativo. Este respaldo se instrumenta a través del descuento mensual de recursos transferidos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS por giro directo, para garantizar el cumplimiento de las cuotas del crédito e intereses remuneratorios y moratorios a que hubiere lugar cuando se produzca el incumplimiento o atraso, en el pago de cualquier abono al crédito por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS beneficiada del giro directo.

3.2. **Entidad financiera incluida en el mecanismo de financiación**: Institución financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, habilitada para ofrecer productos crediticios

3.3. **Giro directo:** Mecanismo operativo mediante el cual la ADRES transfiere directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y/o a los proveedores de tecnologías y servicios en salud, los recursos provenientes de la Unidad de Pago por

Capitación-UPC y de otras fuentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, postulados y programados por las entidades promotoras de salud-EPS

ARTÍCULO 4. Condiciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para ser beneficiarías de la garantía. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS que para la adquisición de créditos con el sector financiero quieran ser beneficiadas de las garantías otorgadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General Seguridad Social en Salud -ADRES, deberán cumplir las siguientes condiciones:

4.1. Estar habilitadas conforme a las disposiciones legales vigentes y figurar con inscripción activa y vigente en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS.
4.2. Contar con la autorización de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces para la adquisición de la obligación crediticia, si la cuantía o los estatutos así lo establecen.
4.3. No mantener vínculos societarios, de propiedad o integración vertical con Entidades Promotoras de Salud-EPS, ni encontrarse bajo esquemas de control empresarial por parte de estas últimas.
4.4. Cumplir con las condiciones financieras, técnicas y jurídicas establecidas por el reglamento operativo que, para tal efecto, expida la ADRES.

PARÁGRAFO 1. Podrán ser beneficiarias del mecanismo de garantía de pago otorgado por la ADRES, aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que se encuentren bajo medida administrativa de intervención forzosa para administrar o vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre que acrediten su viabilidad operativa y financiera conforme a los criterios definidos por dicha Superintendencia.

PARÁGRAFO 2. No podrán ser beneficiarias del mecanismo de garantía de pago otorgado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), quienes que tengan sanciones vigentes por el uso indebido de recursos públicos o actos de corrupción; se encuentren en proceso de liquidación, disolución o cesación de pagos; o IPS que por resolución en firme y ejecutoriada de la ADRES hayan suministrado información falsa.

ARTÍCULO 5. Requisitos para el otorgamiento de la garantía de pago. Para que una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) pueda ser beneficiaría del otorgamiento de la garantía de pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES deberá cumplir, de forma integral y acumulativa, con las condiciones establecidas en el manual operativo, guías técnicas, resoluciones y demás actos administrativos expedidos por la ADRES para la adecuada ejecución y seguimiento de la operación de garantía.

5.1. **Solicitud de certificación:** La IPS deberá presentar una solicitud debidamente diligenciada ante la ADRES, para que se le certifique el límite de la garantía de pago con el fin de viabilizar la operación de crédito.

5.2. **Aprobación del límite de la garantía:** La ADRES aprobará y formalizará el límite de la garantía para la legalización del contrato de crédito, previa solicitud de la entidad financiera, la cual no podrá exceder el monto certificado a la IPS. La certificación del límite de garantía que la ADRES puede otorgar tendrá una vigencia de tres (3) meses, vencido este término, debe solicitarse nuevamente para efectos del trámite de un crédito.

5.3. **Crédito único vigente garantizado**. La ADRES solo podrá otorgar garantía de pago a un (1) crédito vigente por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS. No se autorizarán garantías simultáneas para más de una operación crediticia. Para tramitar una nueva garantía, la IPS deberá acreditar la terminación de la operación previamente garantizada y solicitar una nueva certificación del monto de garantía conforme a lo previsto en este artículo.

5.4. **Autorización de descuento y transferencia de recursos en caso de incumplimiento**: El contrato de crédito de la IPS con la entidad financiera debe autorizar, de manera expresa e irrevocable, a la ADRES para efectuar los descuentos mensuales, sobre los recursos que deba transferir directamente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS, en el marco del giro directo, para cubrir las cuotas o abonos parciales del crédito e intereses remuneratorios y moratorios a que hubiere lugar, cuando se produzca el incumplimiento de las cuotas pactadas en el crédito, conforme a las condiciones estipuladas en el contrato de crédito. Cuando el valor de la cuota o abono parcial del crédito exceda el monto mensual que deba transferirse a la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS por giro directo, el descuento se limitará al monto certificado por la ADRES.

5.5. **Registro de la operación de descuento**. El valor descontado por la ADRES deberá ser registrado en la contabilidad de las IPS como valor recibido y pagado del giro directo autorizado por las EPS.

PARÁGRAFO 1. En todos los casos, la ADRES podrá requerir aclaraciones, información complementaria o alcance a los documentos presentados antes de emitir concepto favorable sobre el otorgamiento del límite de la garantía. La inoportunidad en la entrega de esta información será causal de inadmisión o rechazo de la solicitud.

PARÁGRAFO 2. La evaluación de las solicitudes de crédito y la decisión de otorgar los mismos, bajo el mecanismo de garantía de pago otorgado por la ADRES, estará a cargo exclusivamente de las entidades financieras, de conformidad con la normativa aplicable y sus políticas de riesgos.

PARÁGRAFO 3. La existencia de la garantía de la ADRES no exime a las entidades financieras de realizar su propio análisis y administración del riesgo de crédito, así como de cumplir sus estándares de originación, evaluación y monitoreo conforme a la regulación de la Superintendencia Financiera de Colombia.

ARTÍCULO 6. Límite de la garantía. La ADRES podrá otorgar la garantía para créditos por un monto máximo equivalente a cuatro (4) veces el promedio de los recursos efectivamente recibidos por la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS solicitante en los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de radicación de la solicitud, en los que se hayan efectuado pagos a través del mecanismo de giro directo a la IPS por concepto de UPC. En ningún caso se autorizarán garantías por montos superiores a dicho promedio.

ARTÍCULO 7. Descuento y transferencia de recursos en caso de incumplimiento. Cuando se produzca el incumplimiento de los pagos pactados por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS a la entidad financiera que otorgó el crédito, esta última informará a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES para que realice los descuentos del valor de la cuota o abono parcial del crédito, incluidos los intereses remuneratorios y moratorios a que hubiere lugar, y efectúe la transferencia a la entidad financiera. Lo anterior, sin exceder el monto de los recursos disponibles para el giro directo a las IPS.

La ADRES deberá implementar los mecanismos y herramientas tecnológicas necesarios para la operatividad del instrumento de que trata el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Una vez efectuado el descuento y el pago de la obligación, la ADRES informará a la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS y a la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 8. Finalización del mecanismo de garantía de pago. La garantía de pago otorgada por la ADRES deja de tener vigencia por vencimiento del plazo del crédito o cuando la Institución Prestadora de Servicios (IPS) cierre operaciones o deje de recibir pagos por giro directo a cargo de la ADRES por un plazo de dos (2) meses consecutivos. En ningún caso, la ADRES girará recursos que no le sean autorizados a la IPS a través de giro directo y el crédito insoluto será cubierto por la entidad financiera a través de otras garantías o seguros autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia.

PARÁGRAFO. En los eventos en los cuales la garantía pierda vigencia, corresponderá a la entidad financiera, conforme a la normativa vigente, adoptar los mecanismos que estime pertinentes para cubrir la contingencia, mediante otras garantías o seguros autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia (SFC), sin que ello implique una autorización específica por parte de dicha entidad.

ARTICULO 9. Destinación de los recursos. El crédito deberá destinarse de forma exclusiva al saneamiento de pasivos con trabajadores, proveedores del sector salud y/o al fortalecimiento del capital de trabajo de la IPS, orientado a garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud

La evaluación de las solicitudes de crédito y la decisión de otorgar los mismos, bajo el mecanismo de garantía de pago otorgado por la ADRES, estará a cargo exclusivamente de las entidades financieras, de conformidad con la normativa aplicable y sus políticas de riesgos.

ARTÍCULO 10. Procedimiento para el otorgamiento de garantías. La ADRES adoptará, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la publicación del presente acto administrativo, la resolución en la que establezca el procedimiento, los formatos y especificaciones técnicas y operativas para el otorgamiento de las garantías objeto de la presente resolución.

El referido acto administrativo deberá contemplar, entre otros, el protocolo que garantice la trazabilidad y asignación de los pagos efectuados por la ADRES a las entidades financieras, así como los procedimientos y mecanismos de interoperabilidad, coordinación y notificación entre los actores involucrados. Igualmente, definirá los procedimientos para el seguimiento del cupo garantizado, y los eventos de agotamiento del límite de la garantía. Así mismo, la ADRES precisará las etapas, responsabilidades y controles requeridos para la adecuada gestión asociada al proceso.

ARTÍCULO 11. Seguimiento y transparencia de la información. Sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, la ADRES implementará un sistema de información que permita evidenciar la aplicación de lo dispuesto en la presente resolución. El sistema permitirá el análisis de las garantías vigentes, así como los incumplimientos de los créditos por parte de las IPS.

La ADRES presentará informes semestrales a la Superintendencia Nacional de Salud y aquellos requeridos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.17. Resolución 2803 de 2025

Por la cual se definen los montos a aportar, reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas de la vigencia 2025, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad “Hemofilia A Severa"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, de las conferidas en el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de,i$93, el literal b) del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007 y en desarrollo del artículo 1 de la Ley 1392 de 2010, el Decreto 1376 del 16 de diciembre de 2025 y,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a cada EPS un valor per cápita, o Unidad de Pago por Capitación - UPC establecida en función del perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio.

Que en la Resolución 975 de 2016, de este Ministerio, modificada por la Resolución 5320 del mismo año, se definió el mecanismo de cálculo para establecer el monto que las EPS y las entidades adaptadas deben aportar sobre los recursos percibidos por concepto de UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado, y su distribución mensual para el manejo de la enfermedad huérfana “déficit congénito del factor VIII" (Hemofilia A Severa).

Que de conformidad con el citado mecanismo, las EPS y las entidades adaptadas deben aportar recursos para contribuir a la conformación de un fondo común, considerando la proporción de afiliados activos que jenga cada una de ellas a la fecha de corte en la respectiva vigencia, de forma tal que con posterioridad, y con cargo a dicho fondo, se determinen los montos a reconocer y pagar a las precitadas entidades, de haber lugar a ello, calculados a partir de la cantidad de pacientes con “Hemofilia A Severa”, reportados por cada entidad aseguradora.^

Que en atención al artículo 5 de la Resolución 975 de 2016, la estimación del valor de reconocimiento será actualizado de manera anual, teniendo en cuenta la metodología desarrollada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

en Salud de este Ministerio, por lo que el cálculo previsto en el referido mecanismo tuvo en cuenta la información reportada, auditada y validada por la Cuenta de Alto Costo, con corte a enero 31 de 2024.

Que el mecanismo de ajuste ex POS- hemofilia, que establece los montos a aportar, reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas, fue publicado en la página del Ministerio en el período comprendido entre el 10 al 25 de diciembre de 2025.

Que, conforme con lo señalado, se hace necesario definir los montos a aportar, reconocer y pagar a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas, para incentivar la gestión y los resultados en salud de la enfermedad huérfana “déficit congénito del factor VIH" (Hemofilia A Severa).

Que, dado que los recursos de la UPC de la vigencia 2025 fueron entregados a las Entidades Promotoras de Salud - EPS y entidades adaptadas EA, sin realizar el ajuste a la desviación por la siniestralidad de “hemofilia A severa”, se hace necesario aplicar el mecanismo durante la vigencia 2026 y en consecuencia, definir los montos a aportar, reconocer y pagar a estas, para incentivar la gestión y los resultados en salud de la enfermedad huérfana “déficit congénito del factor VIH” (hemofilia A severa)

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. La presente resolución tiene por objeto definir los montos a aportar, reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas, de la vigencia 2025, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la desviación de la siniestralidad “Hemofilia A Severa", una vez aplicado el mecanismo de cálculo, así:

EPS	EPS_NOMBRE	APORTE A FONDO COMUN	POBLACION HEMOFILIA A SEVERA	PARTICIPACION DE LA POBLACION	RECURSOS A RECONOCER A CADA EPS
CCF033	COMFASUCRE	$ 87.029.593,55	8	0,66%	$ 134.198.087,82
CCF050	COMFAORIENTE	$ 98.475.410,57	0	0,00%	$ -
CCF055	CAJACOPI ATLÁNTICO	$ 640.335.195,93	16	1,32%	$ 268.396.175,64
CCF102	COMFAMILIAR CHOCÓ	$ 72.915.087,00	0	0,00%	$ -
EAS016	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN - DEPARTAMENTO MEDICO	$ 3.293.285,52	0	0,00%	$ -
EAS027	FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES	$ 13.428.600,55	1	0,08%	$ 16.774.760,98
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	$ 101.141.545,53	12	0,99%	$ 201.297.131,73
EPS002	SALUD TOTAL	$ 1.891.424.347,81	115	9,50%	$ 1.929.097.512,41
EPS005	SANITAS S.A.S.	$ 2.309.774.217,74	152	12,55%	$ 2.549.763.668,58
EPS008	COMPENSAR	$ 876.050.137,72	44	3,63%	$ 738.089.483,01
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	$ 2.183.214.979,63	101	8,34%	$ 1.694.250.858,72
EPS012	COMFENALCO VALLE	$ 122.861.902,43	6	0,50%	$ 100.648.565,86
EPS017	EPS FAMISANAR S.A.S.	$ 1.257.413.026,45	51	4,21%	$ 855.512.809,85
EPS018	S.O.S.	$ 319.136.610,13	17	1,40%	$ 285.170.936,62
EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	$ 74.508.722,12	4	0,33%	$ 67.099.043,91
EPS037	NUEVA EPS S.A.	$ 2.499.231.164,48	235	19,41%	$ 3.942.068.829,71
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	$ 46.834.905,44	5	0,41%	$ 83.873.804,89
EPS046	FUDACIÓN SALUD MIA	$ 24.443.970,03	1	0,08%	$ 16.774.760,98
EPS048	MUTUAL SER EPS	$ 45.790.506,03	0	0,00%	$ -
EPSI01	DUSAKAWI EPSI	$ 114.107.340,47	1	0,08%	$ 16.774.760,98
EPSI03	A.I.C. EPSI	$ 237.278.773,42	15	1,24%	$ 251.621.414,66
EPSI04	ANAS WAYUU EPSI	$ 111.076.325,65	4	0,33%	$ 67.099.043,91
EPSI05	MALLAMAS EPSI	$ 158.402.137,12	3	0,25%	$ 50.324.282,93

EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	$ 45.906.739,64	2	0,17%	$ 33.549.521,95
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS	$ 503.609.562,01	31	2,56%	$ 520.017.590,30
EPSS40	SAVIA SALUD EPS	$ 707.217.631,02	69	5,70%	$ 1.157.458.507,45
EPSS41	NUEVA EPS S.A.	$ 1.712.632.792,44	96	7,93%	$ 1.610.377.053,84
ESS024	COOSALUD EPS S.A.	$ 1.366.962.561,95	57	4,71%	$ 956.161.375,72
ESS062	ASMET SALUD EPS S.A.S.	$ 851.647.466,81	38	3,14%	$ 637.440.917,14
ESS118	EMSSANAR S.A.S.	$ 798.357.125,69	32	2,64%	$ 536.792.351,28
ESS207	MUTUAL SER	$ 1.039.733.878,83	95	7,84%	$ 1.593.602.292,86
TOTAL		$ 20.314.235.543,72	1211	100	$ 20.314.235.543,72

Artículo 2. Los valores determinados en el artículo anterior deberán ser girados mensualmente por la ADRES de los recursos correspondientes a la UPC de la vigencia 2026, durante el primer semestre, de manera concomitante con el proceso de compensación y liquidación mensual de afiliados.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.18. Resolución 2804 de 2025

Por la cual se establecen los términos y condiciones para el reporte de información de los cobros y recobros generados por la prestación de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, saneados con posterioridad a la cofinanciación por parte de la Nación de conformidad con el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 112 y 114 de la Ley 1438 de 2011, 19 de la Ley 1751 de 2015, 238 de la Ley 1955 de 2019 y 372 de la Ley 2294 de 2023 el Decreto 1376 de 2025, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, establece que la salud es un servicio público de carácter obligatorio en cabeza del Estado, por lo cual le corresponde a este 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 el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, describe las competencias en salud por parte de la Nación, destacando entre otros, las 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 y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación, expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el numeral 43.2.10 del artículo 43 de la mencionada Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019, establece que corresponde a los departamentos la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

Que el artículo 45 ibidem prevé que los Distritos tendrán las mismas funciones que los municipios y departamentos excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

Que los artículos 112, 114 y 116 de la Ley 1438 de 2011, establecen que este Ministerio será responsable de la administración de la información del Sistema de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) y que los agentes del Sistema están obligados a proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara, so pena de ser reportados ante las autoridades competentes para la aplicación de las sanciones correspondientes.

Que el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 señala que los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud están obligados a suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos y condiciones que este defina.

Que el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 fijó las reglas para el saneamiento definitivo de las deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago Por Capitación (UPC) del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre 2019 y estableció las condiciones que debían cumplirse para que la Nación cofinanciara el pago de dichas deudas.

Que dentro de las condiciones para acceder a la cofinanciación por parte de la Nación para el pago de estas deudas, el numeral 6 del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 dispuso que cuando se trate de servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los recobros por dichos servicios y tecnologías debían ser radicados por la Entidad Promotora de Salud ante la entidad territorial, siempre y cuando no estuvieran prescritos ni caducados, en un plazo máximo de nueve (9) meses a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1955 de 2019.

Que el numeral 7 del precitado artículo estableció que cuando se trate de servicios prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015, las facturas correspondientes a los cobros por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC debían radicarse por parte de las Entidades Promotoras de Salud a la entidad territorial, antes del 31 de diciembre de 2019, so pena de entenderse subrogadas en la posición de la entidad territorial.

Que el numeral 8 ibidem señaló que los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1955 de 2019 y hasta el 31

de diciembre de 2019, debían ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis (6) meses siguientes a su prestación, plazo que fue suspendido por el artículo 21 del Decreto Ley 538 de 2020 durante la emergencia sanitaria, y reactivado a partir del primero de julio de 2022, según los términos definidos en la Resolución 666 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, en desarrollo de lo anterior, se expidió el Decreto 2154 de 2019, modificado por los Decretos 1812 de 2020 y 209 de 2022, a través del cual se establecieron los términos y condiciones para la evaluación de esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación y las reglas para el giro respectivo.

Que, con ocasión de las anteriores disposiciones, este Ministerio expidió la Resolución 3315 de 2019, modificada por la Resolución 2239 de 2020, por la cual se fijaron los términos y condiciones para el reporte de la información sobre la aplicación de los recursos destinados al saneamiento de dichas deudas.

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 130 de la Ley 2159 de 2021, se autorizó al Gobierno Nacional para realizar operaciones de crédito público hasta el primer semestre de 2022, con el fin de cofinanciar el pago de las deudas por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

Que como resultado de la implementación de la política pública para el saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, prevista en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, las entidades territoriales reportaron en el Sistema de información para el Saneamiento de que trata el artículo 4 del Decreto 2154 de 2019, los pagos realizados por este concepto, por valor de $1,83 billones, dentro de los cuales la Nación cofinanció $1,13 billones y el valor restante se pagó con recursos propios de las entidades territoriales.

Que a pesar de los resultados obtenidos con la cofinanciación de la Nación, en el marco del mencionado artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, el proceso de saneamiento de la totalidad de las deudas generadas por servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 por parte de los departamentos y distritos no ha finalizado, razón por lo cual es necesario que las entidades territoriales responsables de pago culminen el proceso de saneamiento de estas cuentas.

Que el artículo 372 de la Ley 2294 de 2023 adoptó como normas de Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, entre otras, los artículos de la Ley 1955 de 2019 no derogadas en dicha ley o por otras leyes.

Que es necesario que las entidades territoriales reporten la información relacionada con los pagos realizados sobre las deudas por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre 2019 y que permanecen pendientes tras el proceso de cofinanciación efectuado por la Nación conforme al artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

Que la Honorable Corte Constitucional, en el marco del seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, en especial de la orden vigésimo cuarta, profirió el Auto 2882 de 2023, en el que concluyó que el Acuerdo de Punto Final no ha terminado, resaltando que el Ministerio de Salud y Protección Social, como rector de la política pública en salud, debe conocer en detalle los avances del instrumento de política implementado para el saneamiento de las deudas, ordenándosele que informe periódicamente ei estado del proceso en relación con las entidades territoriales y los beneficiaros de los pagos.

Que, con base en la información certificada por las entidades territoriales en el marco del seguimiento realizado para atender lo dispuesto en el precitado Auto, a 30 de junio de 2025, un total de once (11) entidades territoriales han certificado a esta cartera ministerial la culminación del proceso de saneamiento de deudas no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

Que no obstante lo anterior, se encuentran pendientes varias entidades territoriales por realizar la certificación a esta cartera ministerial de la culminación del proceso de saneamiento de deudas no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado.

Que de acuerdo a lo anterior, se requiere establecer los términos y condiciones para el reporte de la información relacionada con el saneamiento de los cobros y recobros generados por la prestación de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, a cargo de las entidades territoriales y que no fueron objeto de saneamiento durante el proceso de cofinanciación por parte de la Nación, conforme a lo establecido en el mencionado artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los términos y condiciones para el reporte de la información que deben realizar las entidades territoriales departamentales y distritales responsables sobre los cobros y recobros generados por la prestación de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 y que no fueron objeto de saneamiento durante el proceso de cofinanciación realizado por la Nación. Para tal fin se adoptan los Anexos Técnicos No. 1,2 y 3 que forman parte integral de esta resolución.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los departamentos y distritos responsables de la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

Parágrafo. No son sujetos de reporte de información de que tratan los artículos 3 y 4 aquellas entidades territoriales que hayan certificado ante la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a 30 de junio de 2025 o fecha anterior el pago de la totalidad de las deudas de que trata el artículo Io de la presente resolución.

Artículo 3. Reporte de información de las cuentas objeto de saneamiento a través de la plataforma de intercambio de información PISIS. En el marco de las competencias señaladas en el numeral 43.2.10 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, los departamentos y distritos realizaran el cargue de la siguiente información mediante la plataforma de intercambio de información PISIS del portal Sistema Integrado de la Protección Social - SISPRO conforme a los siguientes reportes:

3.1. **Reporte del estado de la deuda de los valores radicados por concepto de cobros y recobros.** En el Anexo Técnico No. 1, que hace parte integral de la presente resolución, se realizará el reporte del estado de la deuda de las cuentas radicadas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, discriminando por tipo de prestador en caso de los cobros o por Entidad Promotora de Salud - EPS en el caso de los recobros e indicando el estado de la deuda, es decir, si se encuentra pendiente de auditar, pendiente de conciliar o pendiente de pago, pudiendo existir diferentes estados de deuda para una misma entidad.

3.2. Reporte de facturas pagadas respecto a los cobros y recobros auditados y conciliados. En el Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente resolución, se realizará el reporte del detalle de las facturas pagadas en su totalidad al periodo de corte, correspondiente a los cobros y recobros objeto de saneamiento

pagados con posterioridad a la finalización de la cofinanciación por parte de la Nación de las deudas en el marco del Acuerdo de Punto Final.

3.3. Reporte de pagos y beneficiarios Por autorización de giros. En el Anexo Técnico No. 3, el cual hace Parte integral de la presente resolución, se registrará la información de los beneficiarios finales y de las órdenes de pago a través de las cuales se efectuaron los pagos asociados a los cobros y recobros reconocidos en el marco del saneamiento del Acuerdo de Punto Final, conforme a lo reportado en el Anexo Técnico No. 2.

Artículo 4. Periodicidad de reporte de la información. Los departamentos y distritos deberán realizar el cargue de la información relacionada con el saneamiento de las cuentas generadas por servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del régimen subsidiado, a través de archivos planos de los Anexos Técnicos No. 1, 2 y 3 de esta resolución, firmados digitalmente a través de la Plataforma de Integración de Información - PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO de manera cuatrimestral hasta que se realice el saneamiento definitivo de dichas cuentas , en las fechas que se relacionan a continuación:

Cuatrimestre	Período de información de pagos realizados	Fecha máxima de reporte de información
I	Enero – Abril	10 de mayo
II	Mayo – Agosto	10 de septiembre
III	Septiembre – Diciembre	10 de enero

Artículo 5. Certificación de saneamiento definitivo: Si al momento de la entrada en vigencia de la presente resolución, la entidad territorial responsable de pago ha realizado el saneamiento definitivo de las deudas generadas por la prestación de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 y no ha remitido la certificación de que trata el parágrafo del artículo 2 de la presente resolución, deberá remitir a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la publicación de la presente resolución, certificación firmada por el representante legal, en la cual conste que la totalidad de la deuda por este concepto fue saneada y que realizó el reporte de información relacionado con las facturas asociadas a los cobros y recobros saneados y los pagos realizados sobre las mismas, a través de los anexos técnicos dispuestos para tal fin.

Aquellas entidades territoriales que culminen el proceso de saneamiento con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución y una vez realizado el reporte de información

relacionado con las facturas asociadas a los cobros y recobros saneados y los pagos realizados sobre las mismas, a través de los anexos técnicos dispuestos para tal fin, certificarán ante la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, el saneamiento de la totalidad de la deuda, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la finalización de los pagos.

Artículo 6. Informes a la Superintendencia Nacional de Salud. La Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social remitirá un informe semestral a la Superintendencia Nacional de Salud, que contenga el análisis de los reportes realizados por las entidades territoriales, en términos de oportunidad, calidad y completitud, para que dicha entidad, en el marco de las competencias de Inspección, Vigilancia y Control, adelante las acciones correspondientes.

Artículo 7. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202804%20de%202025.pdf

2.3. CIRCULAR

2.3.1. Circular Externa 037 de 2025

ESLOGAN: “LA VIDA ES PRIMERO LA PÓLVORA NO ES UN JUEGO”

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O QUIEN HAGA SUS VECES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) Y DEMÁS ENTIDADES QUE DESARROLLAN ACCIONES EN SALUD.

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

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA VIGILANCIA INTENSIFICADA, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR PÓLVORA PIROTÉCNICA, INTOXICACIONES POR FÓSFORO BLANCO Y POR BEBIDAS ALCOHÓLICAS ADULTERADAS CON METANOL Y SU VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN LA TEMPORADA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2025 A 17 DE ENERO DE 2026.

FECHA: 05 DIC 2025

En Colombia, durante las celebraciones de fin de año y las fiestas departamentales, municipales de las primeras semanas de enero, se ha observado un aumento en la notificación de lesiones causadas por pólvora pirotécnica en comparación con otros períodos del año. Estas lesiones ocurren durante el uso, fabricación, manipulación, transporte, almacenamiento, comercialización, compra, venta y expendio de los productos pirotécnicos. Así mismo, durante esta época, históricamente se registra incremento en los casos de intoxicación debido al aumento de consumo de bebidas alcohólicas, incluyendo el riesgo de consumo de licor adulterado con metanol y a la exposición a artefactos pirotécnicos que contienen fósforo blanco aun estando prohibido su uso, por su mayor disponibilidad. Estos eventos impactan considerablemente la salud de la población en general, por el riesgo de lesiones permanentes e incluso la muerte y así mismo, provocan efectos sociales, ambientales y económicos significativos, donde los niños, niñas y adolescentes son especialmente vulnerables debido a su menor percepción y gestión del riesgo, lo que

aumenta la probabilidad de que sufran lesiones o intoxicaciones.

Durante la temporada inmediatamente anterior de la vigilancia intensificada (vigencia 2024-2025) se notificaron al SIVIGILA 1.354 casos de lesionados por pólvora pirotécnica, con una variación de -0,9% en comparación con el periodo 2023-2024 (1.366 casos). Del total de personas lesionadas, el 29,9% (n=405) fueron menores de 18 años y se registró una defunción asociada a la explosión de un sitio de almacenamiento de artefactos pirotécnicos en una adolescente de sexo femenino. En relación con las intoxicaciones por fósforo blanco, se notificaron 8 casos en niños menores de 10 años (4 de sexo femenino y 4 masculinos), de los cuales uno tuvo condición final fallecido, correspondiente a un menor de 6 años, y no se notificaron casos de intoxicación por metanol asociados al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas[2].

Es importante señalar que, aunque en la vigencia 2024-2025 se observó una disminución en el número de casos de lesionados por pólvora pirotécnica respecto a la temporada anterior, la persistencia de eventos graves, incluidas muertes y afectación de la población infantil, sustenta la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia intensificada. En este sentido, se requiere reforzar la gestión del riesgo, la emisión oportuna de alertas y la implementación de estrategias de prevención y educación comunitaria orientadas a la reducción de la exposición y a la protección de la población durante la vigencia 2025-2026.

En consecuencia y, en cumplimiento del deber estatal de respeto, protección y garantía del derecho fundamental a la salud, y con el objeto de prevenir y reducir la ocurrencia de lesiones por pólvora pirotécnica y los casos de intoxicaciones por fósforo blanco asociadas al uso, fabricación, manipulación, transporte, almacenamiento, comercialización, compra, venta y expendio de la pólvora pirotécnica, así como, prevenir, controlar y evitar las intoxicaciones por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, en el marco de la vigilancia intensificada para la temporada comprendida entre el mes de diciembre de 2025 y el 17 de enero de 2026, y de mitigar los efectos e impactos en salud pública en caso de su ocurrencia, se establecen las siguientes disposiciones:

2 Instituto Nacional de Salud INS, Boletín 49 Vigilancia Intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y licor adulterado con metanol. Temporada 2023-2024.

DIRECTRICES

1. DISPOSICIONES GENERALES

La presente circular aplica a las actuaciones desarrolladas en el marco de la temporada de vigilancia intensificada comprendida entre el mes de diciembre de 2025 y el 17 de enero de 2026, tienen carácter general y orientador, las cuales desarrollan obligaciones ya previstas en la Constitución y la ley, para las autoridades sanitarias, los entes territoriales y los demás actores del sistema de salud:

1.1. Los gobernadores y alcaldes de acuerdo con sus deberes legales, establecerán las medidas para vigilar y controlar el uso, la fabricación, la manipulación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización, la compra, la venta y el expendio de pólvora, productos pirotécnicos, fuegos artificiales o globos aerostáticos de pirotecnia, con base en lo dispuesto en la Ley 670 de 2001, la Ley 2224 de 2022, La Ley 1523 de 2012 y el Decreto 2174 de 2023. Esta normatividad debe ser socializada y divulgada antes y durante el periodo de intensificación de la vigilancia, comprendido entre el mes de diciembre de 2025 y el 17 de enero de 2026.

1.2. Los alcaldes deberán realizar visitas periódicas de inspección para vigilar y supervisar el efectivo cumplimiento de las medidas de seguridad y prevención contenidas en el Decreto 2174 de 2023 y demás normas concordantes.

1.3. Los alcaldes tomarán las medidas necesarias que garanticen la prohibición absoluta de la venta de artículos pirotécnicos a los menores de edad y a las personas en estado de embriaguez, así como de la prohibición de la producción o fabricación, la manipulación o uso y la comercialización de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales que contengan fósforo blanco y, velar para que se garanticen las condiciones mínimas de seguridad para el uso, la fabricación, la manipulación, el transporte, el almacenamiento, la comercialización, la compra, la venta y el expendio de pólvora y de artículos pirotécnicos acorde a la normatividad vigente.

1.4. Los gobernadores y alcaldes a través de sus entidades competentes deberán establecer acciones que contribuyan a prevenir, evitar y controlar la fabricación, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas adulteradas.

1.5. Las Administradoras de Regímenes Especiales y de Excepción, dentro del marco de sus

funciones, deberán ajustar y adaptar su operación, a las disposiciones establecidas en la presente circular.

1.6. Se establece como indicación para las diversas comunicaciones en la vigencia 2025 la siguiente frase***: "LA VIDA ES PRIMERO, LA PÓLVORA NO ES UN JUEGO".***

2. GESTIÓN DEL RIESGO

2.1. Los gobernadores y los alcaldes deben activar espacios de coordinación intersectorial, tales como los consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo, o las instancias que hagan sus veces, con el objetivo de implementar las acciones para prevención, control y manejo de las lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y prevenir, evitar y controlar la fabricación, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, según lo dispuesto en los artículos 15, 27 y 28 de la Ley 1523 de 2012, sobre instancias de orientación y coordinación intersectorial.

2.2. Las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, en articulación con las entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, deben realizar seguimiento continuo a las medidas de reducción del riesgo y planes de emergencia y contingencia implementados durante las festividades de fin de año, así como las acciones de mejoramiento generadas de acuerdo con lo definido en la precitada Ley.

2.3. Los gobernadores, los alcaldes y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las demás entidades responsables de pago deben diseñar, implementar y evaluar una estrategia de comunicación del riesgo que tenga como objetivo informar y educar en la prevención de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol dirigida a población general con énfasis en los grupos vulnerables identificados durante la temporada de vigilancia 2024–2025. A su vez, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en coordinación con las EAPB y demás entidades que desarrollan acciones en salud, divulgarán la estrategia de comunicación que se determine a la población a la cual presta sus servicios. Esta estrategia debe ser didáctica y persuasiva de manera que no se limite a reiterar estrategias anteriores.

2.4. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud en articulación con los demás integrantes del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres deberán

establecer mecanismos para orientar la comunidad sobre los riesgos de lesiones que se pueden presentar por la manipulación de pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, así como, dar a conocer los canales para recibir denuncias o quejas de la comunidad sobre el inadecuado uso, fabricación, manipulación, transporte, almacenamiento, comercialización, compra, venta y expendio de pólvora y artículos pirotécnicos, así como con los eventos de intoxicación derivados del consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol.

2.5. Los Consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) departamentales, distritales y municipales deben diseñar e implementar los planes de emergencia y de contingencia para la atención de casos de lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicación por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol.

2.6. A través de los Consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo, se deberá gestionar la vigilancia del transporte de pólvora o artículos pirotécnicos en carreteras y vías nacionales. Dichas actividades se ejecutarán en coordinación con la Superintendencia de Transporte y los organismos de Tránsito y Transporte competentes.

3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de su red prestadora de servicios de salud, deberán garantizar:

3.1 El cumplimiento de lo establecido por la Resolución 5596 de 2015, sobre el Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en los Servicios de Urgencias “Triage”, el cual deberá aplicarse al paciente al momento de su llegada al servicio, teniendo claro que en ninguna circunstancia el “Triage” podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

3.2 La atención integral en salud para los lesionados por pólvora pirotécnica, abarcando la totalidad de los servicios requeridos: desde la atención inicial de urgencias hasta la fase de rehabilitación. Este proceso se fundamenta en el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, demás normatividad aplicable y los protocolos de atención de la red prestadora, en los que se debe notificar a las autoridades competentes en los casos en que el lesionado sea menor de edad.

3.3 La atención médica ante la sospecha de intoxicación por fósforo blanco (ingesta de martinicas, totes, triquitraques, diablitos, entre otros) y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol debe ser inmediata, con clasificación de ingreso como Triage I, teniendo en cuenta las características de su progresión y la posibilidad de que este tipo de condiciones puedan conllevar a secuelas y un desenlace fatal.

Para la intoxicación por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, la progresión del cuadro clínico es rápida y pueden presentarse secuelas graves entre las que se incluyen: ceguera permanente, falla renal, daño neurológico e incluso la muerte. Por lo tanto, se recomienda seguir el manejo propuesto en la 'Guía de Manejo de Emergencias Toxicológicas' de este ministerio, disponible en la siguiente dirección electrónica: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/guias-manejo-emergencias-toxicologicas-outpout.pdf, también se puede acceder a los recursos de la Línea de información y asesoría Toxicológica, número gratuito: Línea Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres Minsalud: (601)3305071, habilitada de Lunes a viernes: 6am a 9pm - Sábados: 6am a 1pm. Línea toxicológica del Centro de Información de Seguridad sobre Productos Químicos - Cisproquim: (601) 2886012 - 018000916012 habilitada las 24 horas.

3.4 Todos los casos sospechosos de intoxicación por bebidas alcohólicas adulteradas por metanol deben confirmarse mediante pruebas de laboratorio, idealmente a través de la determinación de niveles de metanol y/o de sus metabolitos (formaldehído o ácido fórmico) en sangre total. Es crucial iniciar el tratamiento específico con etanol de manera inmediata, sin esperar los resultados de laboratorio. La confirmación de la intoxicación por metanol mediante pruebas de laboratorio es una parte integral de la atención médica que debe ser garantizada por la IPS, esto incluye asegurar el acceso a servicios de laboratorio de toxicología según se requiera.

3.5 Las Direcciones Territoriales de Salud deben divulgar la estrategia de comunicación del riesgo a la población de su jurisdicción. El propósito es garantizar que la información llegue a la comunidad de manera creativa, innovadora y efectiva.

3.6 Las IPS darán cumplimiento a lo estipulado en el sistema de vigilancia en salud pública de acuerdo a la responsabilidad por niveles, según lo regulado por el artículo 2.8.8.1.2.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, cumpliendo con lo establecido en los protocolos y fichas de notificación para los eventos

objeto de la presente circular.

3.7 Las IPS de la red pública y privada con servicios de urgencias activos deberán reportar con carácter obligatorio y a diario las capacidades hospitalarias para emergencias en el siguiente enlace: https://ee.humanitarianresponse.info/x/KMLBnHKT, y sus afectaciones en el siguiente enlace: https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=OuG3v7d_FkCDDNNxbo3YuMIFkbn_34NIleR3ycg5Nk9UMlU0NlUzNUNRNE5GTEMwNVZOUkJJMzdGQy4u&origin=lprLink&route=shorturl, el reporte se hará a las 18:00 horas.

3.8 Las IPS deben mantener el medio de comunicación con el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres de su jurisdicción e informar sobre los casos con indicación de remisión y realizar de forma oportuna el traslado de pacientes en el marco de las redes de la EPS a través del proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes, esto en cumplimiento del anexo técnico de la Resolución 1441 del 2016 (ítem 1.1.3, 1.1.2.7).

3.9 En cuanto a la atención de urgencias, se recuerda que, conforme a lo establecido en la Ley 1751 de 2015, las personas serán atendidas sin ningún tipo de discriminación y aun cuando no tengan afiliación, teniendo derecho a "*recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno"* (art. 10 literal b) y, por lo tanto, se prohíbe la negación de prestación de servicios pues "*para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumple la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias*" (artículo 14 ibid.).

4. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

4.1. Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, o la entidad que haga sus veces, iniciarán la vigilancia intensificada (temporada 2025-2026) de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol durante el mes de diciembre de 2025 hasta el 17 de enero de 2026 (inclusive), por lo tanto deben garantizar que las UPGD y UI de su territorio tengan la capacidad instalada para el uso de la herramienta SIVIGILA 4.0 en el módulo de captura en línea.

4.2. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) o Unidades Informadoras (UI) que capten casos, deberán realizar notificación inmediata de los casos de lesionados por pólvora pirotécnica (Código INS 452) y rapidamente de las intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol (Código INS 365) al SIVIGILA 4.0 en el módulo de “captura en línea”, de manera que todos los niveles siguientes del flujo de información, Unidades Notificadoras Municipales (UNM) y Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND), tengan conocimiento inmediato de los casos. Cuando la capacidad instalada no permita a la UPGD el uso de la herramienta SIVIGILA 4.0, las secretarías de salud municipales/departamentales/distritales deben garantizar el ingreso oportuno de los casos a través del módulo de captura en línea.

4.3. Las UPGD y las UI deben garantizar la notificación de todos los casos de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por licor adulterado con metanol a través del módulo de captura en línea SIVIGILA 4.0. que se hayan detectado en los diferentes servicios de atención con corte antes de las 14:00 horas todos los días y en los días críticos (08 y 25 de diciembre y 01 de enero) antes de las 8:00 horas y de las 14:00 horas. Este horario corresponde a los cortes de notificación que se realizarán en el Instituto Nacional de Salud para la elaboración y posterior publicación de los boletines diarios, así, corte de notificación a las 14:00 horas y publicación a las 18:00 horas y en los días críticos el corte de notificación a las 08:00 horas y de publicación a las 12:00 horas.

4.4. La notificación negativa de casos de lesiones por pólvora pirotécnica a través del sistema Sivigila 4.0 es obligatoria para todas las UND y las UNM del país, y permite a la red de operadores indicar que durante el día (últimas 24 horas) no se han presentado casos en su jurisdicción, debiendo realizarse a diario antes de las 14:00 horas. Para esta vigencia la notificación negativa está disponible también para las UPGD, correspondiendo a los departamentos y municipios, definir el uso del módulo para este nivel. Es importante tener en cuenta que cuando una UND omite la notificación negativa cuando no se presentan casos de lesiones por pólvora pirotécnica en su territorio, se considera que se encuentra en silencio epidemiológico.

4.5. Las UND y UNM deben realizar las acciones para que se implemente la vigilancia intensificada en cada municipio, localidad o subred y en las UPGD o UI de su área de influencia, así como la verificación de la caracterización de las UPGD y su activación en el SIVIGILA. De igual forma, deben realizar asistencias técnicas para el fortalecimiento de capacidades en la vigilancia en salud pública de las lesiones por pólvora pirotécnica,

las intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol y lo descrito en el anexo técnico para la vigilancia intensificada Versión 5, al que se puede acceder en el siguiente enlace: https://share.google/W7BieSbw91rK885Jo.

4.6. Cuando no sucedan casos de lesiones por pólvora pirotécnica en las últimas 24 horas, las UND y UNM realizarán diariamente la notificación negativa a través de la herramienta portal SIVIGILA web 4.0 opción “Notificación negativa de pólvora” del sistema SIVIGILA 4.0.

4.7. Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, o la entidad que haga sus veces, deberán cumplir con las acciones descritas en los protocolos de vigilancia y el Anexo Técnico para la vigilancia intensificada Versión 5 y garantizar la oportunidad de la notificación de casos de acuerdo con el flujo de información establecido; además de verificar las diferentes fuentes de información que pueden generar los CRUE, los reportes de la Policía Nacional, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y medios de comunicación o redes sociales, entre otros.

4.8. La vigilancia intensificada del evento de intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol operará en todas las UPGD y ante la presencia de casos se notificará de forma inmediata al evento intoxicaciones agudas por sustancias químicas (Código INS 365), en el Portal Sivigila web 4.0, siguiendo el flujo de información.

Las intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol deberán ser clasificadas como alertas epidemiológicas conforme a las definiciones operativas que hacen parte del protocolo de vigilancia en salud pública “Intoxicaciones Agudas por Sustancias Químicas”. Para todos los casos, las secretarías de salud distritales y municipales deberán realizar la investigación epidemiológica de campo y seguimiento hasta su desenlace (recuperación o fallecimiento) con el fin de verificar si se requieren ajustes posteriores en cuanto a la notificación.

Las secretarías de salud departamentales y distritales, ante la detección de casos de intoxicación por fósforo blanco o por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, deberán informar inmediatamente las acciones de vigilancia en salud pública que hayan implementado, de acuerdo a los protocolos de vigilancia y al Anexo Técnico para la

Vigilancia Intensificada, Versión 5, debe ser dirigida al Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles del Instituto Nacional de Salud (INS), al correo electrónico: intoxquimicas@ins.gov.co.

4.9. Las secretarías de salud departamentales y distritales, o la entidad que haga sus veces, deben registrar en el Sistema de Alerta Temprana (SAT), según corresponda, las alertas identificadas y realizar seguimiento hasta el cierre como se indica en el anexo técnico para la vigilancia intensificada Versión 5:

- Para las lesiones por pólvora pirotécnica: casos de mortalidades y explosiones de sitios de fabricación o almacenamiento de pólvora pirotécnica o las ocurridas en el marco de un evento de afluencia masiva con un número significativo de afectados, mortalidades o casos hospitalizados y ante ocurrencia en poblaciones de interés especial en salud pública.

- Para las intoxicaciones: todos los casos presentados por fósforo blanco, ocurridos de forma accidental (se excluyen intentos de suicidio) y que estén asociados a artefactos pirotécnicos y todos los casos de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, independiente de la condición final del paciente.

4.10 Las entidades territoriales deben realizar la gestión de la información a través del módulo SAT, incluso el monitoreo de medios de comunicación y seguimiento a rumores que permita captar posibles casos de lesionados por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y licor adulterado con metanol y, verificar su notificación al SIVIGILA, así como las acciones adicionales cuando corresponda.

4.11. Las secretarías de salud departamentales y distritales, o la entidad que haga sus veces, deben activar las Redes de Vigilancia basada en Comunidad (REVCOM) para el reporte de las siguientes situaciones de interés en salud pública.

- Personas que como consecuencia de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación o exhibición de pólvora pirotécnica presenten lesiones que requieran manejo médico o que desencadenen la muerte de estas.

- Personas con posibles signos de intoxicación por fósforo blanco, posterior a la manipulación o exposición a artefactos pirotécnicos, caracterizado por dolor abdominal intenso, vómito, diarrea, sangrado digestivo, o alteraciones del estado de

conciencia. De igual manera, deben considerarse los cuadros clínicos en los que, tras una aparente mejoría, persistan síntomas como astenia, anorexia o dolor abdominal.

- Personas que tras consumir bebidas alcohólicas presentan síntomas como cefalea intensa, vértigo, alteraciones visuales (visión borrosa o ceguera súbita), náuseas, vómito, disnea, somnolencia, convulsiones o pérdida de la conciencia.

  Las secretarías de salud departamentales y distritales, o la entidad que haga sus veces debe realizar seguimiento y gestión intersectorial de las situaciones de interés en salud publica reportadas por las Redes de Vigilancia basada en Comunidad (REVCOM).

  La información proveniente de los reportes de vigilancia basada en comunidad deberá ser consolidada por las entidades territoriales departamentales y distritales, y remitida al nivel nacional con la periodicidad establecida en el anexo técnico para la vigilancia intensificada Versión 5.

4.12. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, garantizarán la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de esta vigilancia intensificada hasta la publicación del boletín final de la temporada.

4.13 Los laboratorios de salud pública apoyarán en circunstancias especiales, el procesamiento de las muestras biológicas para determinación de metanol y fósforo inorgánico (en casos de intoxicación por fósforo blanco) como parte de las acciones de salud pública, cuando no se cuente con capacidad técnica en los territorios.

4.14 El INS realizará procesamiento de muestras biológicas para metanol (sangre total) y fósforo inorgánico en plasma cuando:

- En el territorio donde se notifica el caso no exista capacidad para el procesamiento de estas muestras en los laboratorios clínicos, incluidos los Laboratorios Departamentales/Distritales de Salud Pública (LDSP) colaboradores.

- Los LDSP detecten resultados positivos. En estos casos, se deben remitir el 100% de las contramuestras de los casos positivos al INS (Laboratorio de Química y Toxicología) para la confirmación final y control de calidad.

Para que el INS reciba las muestras, es necesario cumplir con todos los requisitos establecidos para la toma y conservación de las muestras biológicas, conforme a lo descrito en el Anexo Técnico para la Vigilancia Intensificada, Versión 5.

4.15 En el marco del sistema de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata, los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) departamentales, distritales y municipales se activarán de acuerdo con la valoración del riesgo local y estarán en alistamiento permanente para desplegarse siempre, ante la ocurrencia de intoxicaciones por fósforo blanco y bebida alcohólica adulterada con metanol, y ante situaciones de lesionados por pólvora pirotécnica cuando ocurren mortalidades, explosiones en sitios de fabricación o almacenamiento de pólvora pirotécnica con lesionados o muertes, ante situaciones ocurridas en el marco de un evento de afluencia masiva de personas con un importante número de afectados, mortalidades o casos hospitalizados y ante ocurrencia en poblaciones de interés especial en salud pública.

4.16 Los ERI deberán verificar la situación, confirmar la cantidad de afectados, iniciar las acciones correspondientes para minimizar los daños y asegurar el proceso de notificación a las entidades correspondientes, siempre articulados con el CRUE y los Consejos Territoriales de Gestión del Riesgo. Se deben mantener activas las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) durante toda la temporada de vigilancia intensificada, para los procesos de notificación, análisis, valoración del riesgo ante la presentación de situaciones relacionadas con lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, las cuales se deben notificar al Sistema de Alerta Temprana del INS, y a las direcciones de electrónico: eri@ins.gov.co, intoxquimicas@ins.gov.co, polvora@ins.gov.co

4.17 El Instituto Nacional de Salud reportará diariamente al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Centro Nacional de Enlace, la información consolidada nominal reportada sobre el evento en el país.

5. VIGILANCIA SANITARIA

Las medidas de inspección, vigilancia, control y sanción deberán adoptarse respetando los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad, y garantizando el debido proceso administrativo previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en las normas especiales sanitarias y de policía o las que apliquen, así mismo:

5.1 Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, o la entidad que haga sus veces, en el marco de sus competencias mantendrán actualizado el censo de los establecimientos donde se fabrique, almacene, distribuya o comercialice pólvora.

5.2 Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, o la entidad que haga sus veces, realizarán las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario a los establecimientos donde se fabrique, almacene, distribuya o comercialice pólvora, al igual que en los establecimientos de venta y consumo de bebidas alcohólicas, en conjunto con las autoridades de Policía Nacional de cada jurisdicción, con el fin de verificar el cumplimiento de las medidas sanitarias y de seguridad.

5.3 Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, o la entidad que haga sus veces, en coordinación con la gobernación y alcaldía, según la jurisdicción, gestionarán el concepto de bomberos, para todos los establecimientos que fabriquen, almacenen, comercialicen, pólvora o artículos pirotécnicos, conforme a lo establecido en la Ley 1575 de 2012 y la Resolución 661 de 2014 modificada por la Resolución 1127 de 2018 del Ministerio del Interior.

5.4 Las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales o la entidad que haga sus veces intensificarán las acciones de información, educación y comunicación en salud, tendientes a promover el no uso de la pólvora a nivel individual y familiar y el cuidado y la protección de la salud de niños, niñas y adolescentes, estrategias que deben trabajarse en conjunto con otras entidades para generar mayor impacto en personas, familias y comunidades articulándose con la campaña de prevención propuesta para este año por el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, la cual se difundirá a través de la página web de ambas entidades, en redes sociales y se compartirá a las Entidades Territoriales y adscritas para lo de su competencia.

5.5 Las entidades territoriales de salud departamentales, distritales y municipales gestionarán y articularán sus acciones de inspección, vigilancia y control sanitario de establecimientos y de bebidas alcohólicas con el INVIMA y deberán dar una repuesta rápida y adecuada en el control de aquellas situaciones en que se detecten intoxicaciones originadas por ingesta de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, emitir las alertas correspondientes y apoyar a través del laboratorio del INVIMA el análisis de aquellos productos sobre los cuales existe una sospecha asociada a casos de

intoxicaciones.

5.6 Los equipos de vigilancia sanitaria deberán realizar la articulación con los equipos ERI para la respuesta y apoyo desde su competencia y ante situaciones de lesionados por pólvora pirotécnica cuando ocurren mortalidades, explosiones en sitios de fabricación o almacenamiento de pólvora pirotécnica con lesionados o muertes y ante situaciones ocurridas en el marco de un evento de afluencia masiva de personas.

5.7 Las entidades territoriales de salud departamentales, distritales y municipales a través de los Consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo de Desastres, deberán gestionar la vigilancia del transporte de pólvora o artículos pirotécnicos en carreteras y vías nacionales a través de la Superintendencia de Transporte y Agentes de Tránsito y Transporte.

6. PUNTOS DE CONTACTO

En caso de requerir asesoría médica toxicológica, puede comunicarse con la Línea de Información y Asesoría Toxicológica de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres Minsalud: (601)3305071- Lunes a viernes: 6am a 9pm - Sábados: 6am a 1pm. Línea toxicológica del Centro de Información de Seguridad sobre Productos Químicos - Cisproquim: (601) 2886012 - 018000916012 habilitada las 24 horas.

Para inquietudes sobre la respuesta a emergencias, contactar a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres (OGTED) al correo emergencias@minsalud.gov.co y a los teléfonos (601) 3305071 o 3164193485 o al Centro Nacional de Enlace (CNE) al correo cne@minsalud.gov.co

Para consultas sobre SIVIGILA 4.0, puede comunicarse con el WhatsApp de la Mesa de Ayuda SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud (+57) 3213098465 o 350 8307794 y al correo electrónico: ayudasivigila@ins.gov.co

En caso de dudas adicionales sobre el procesamiento de las muestras de metanol en sangre y fósforo inorgánico por parte del INS, puede contactarse a través del correo electrónico dalonso@ins.gov.co, al teléfono (601) 220 7700 ext. 1582 en Bogotá, D.C. o a través de WhatsApp al número (+57) 3505853921, Laboratorio Nacional de Referencia - Dirección Redes en Salud Pública.

La información sobre las lesiones ocasionadas por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y por licor adulterado con metanol en el territorio nacional se puede encontrar a través del tablero de control que se actualizará de forma diaria y durante los días críticos (08 y 25 de diciembre y 01 de enero) dos veces al día en el portal SIVIGILA en el siguiente enlace: https://portalsivigila.ins.gov.co/

La presente circular será comunicada a los destinatarios vía correo electrónico y se divulgará en las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud. Así mismo, será socializada permanentemente con la comunidad en los diferentes espacios del quehacer público.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.3.2. Circular Externa 038 de 2025

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS, PRIVADOS Y MIXTOS, OTROS PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SNS, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, E INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD - IETS

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: IMPLEMENTACIÓN GRADUAL MODELO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA (MGTE) - FASE I: PRIORIZACION PROCEDIMIENTOS EN SALUD Y TIEMPOS DE DESEMPEÑO

FECHA: 12 DIC 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector en materia de salud y protección social, al tenor de las competencias establecidas en el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, en particular lo dispuesto en el Auto 1174 de 2025 relativo al componente de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, fundamento que entre otros, soportó la expedición de la Resolución 2117 de 2025, acto administrativo a través del cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) que busca monitorear, medir y reducir las demoras en la asignación de citas, procedimientos y entrega de medicamentos, promoviendo mayor transparencia y eficiencia en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Prestadores de Servicios de Salud (PSS), a través de la presente circular señala los estándares de oportunidad para las intervenciones, procedimientos y actividades en salud que serán evaluados durante la Fase I (meses 0-6) prevista en el artículo 8° de la mencionada resolución.

En efecto, la citada disposición determina:

"***Artículo 8. Régimen de transición para la implementation del Modelo de Gestión de Tiempos***

***de Espera (MGTE)**. La implementación del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE) se desarrollará en tres fases sucesivas, con el fin de garantizar su adecuación técnica, operativa y normativa, así como su articulación efectiva con los sistemas de información y los procesos de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, así como con el mecanismo de alarma establecido en la Resolución 1632 de 2025, así:*

***8.1. Fase I (meses 0-6):** comprende el análisis técnico de los resultados iniciales derivados de la aplicación referencial del MGTE, la validación de datos y metodologías de cálculo, y la consolidación de líneas base que orienten los procesos de priorización y ajuste de los tiempos de espera existentes propuestos.*

(…)".

Adicionalmente, dado que se previó una implementación progresiva del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera (MGTE), que incluye entre otras, el establecimiento de estándares de desempeño y oportunidad para los tiempos de espera límite y metas para atenciones y provisión de tecnologías en salud, se determinan como prioritarios, los siguientes procedimientos en salud relacionados con la derivación a la atención médica especializada para el seguimiento de la oportunidad en la atención:

CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN
890283	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890250	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
890266	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
890284	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890235	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

De manera correlativa, también se precisan los siguientes estándares para el seguimiento a la oportunidad, para los tiempos de espera a evaluar durante la Fase I del régimen de transición del MGTE, sujetos a la normatividad vigente, esto es, Resolución 256 de 2016 modificada por la Resolución 3539 de 2019 y Resolución 408 de 2018, en particular los relacionados con la asignación de citas con especialista, los que podrán ser ajustados una vez se concrete el horizonte temporal de esa fase, tomando como referentes para la evaluación de oportunidad, los siguientes tiempos de desempeño:

PROCEDIMIENTO	DESEMPEÑO	FUENTE NORMATIVA
Consulta de pediatría	≤ 5 días	Resolución 408 de 2018 - Anexo No. 2

PROCEDIMIENTO	DESEMPEÑO	FUENTE NORMATIVA
		Indicadores y estándares por áreas de gestión - tiempo promedio para la asignación de cita de pediatría
Consulta de obstetricia	≤ 8 días	Resolución 408 de 2018 - Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión - tiempo promedio para la asignación de cita de obstetricia
Consulta de ginecología	≤ 10 días*	Resolución 256 de 2016 - Anexo Técnico No. 2 Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (prestadores de servicios de salud).
Consulta de medicina interna	≤ 15 días	Resolución 408 de 2018 - Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión - tiempo promedio para la asignación de cita de medicina interna
Consulta de psiquiatría	≤ 10 días	Resolución 408 de 2018 - Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión - oportunidad en la consulta psiquiátrica
Consulta de cirugía general	≤ 10 días*	Resolución 256 de 2016 anexo Técnico No. 2 Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (prestadores de servicios de salud)
Consulta de medicina general	≤ 3 días	Resolución 408 de 2018 -Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión - tiempo promedio para la asignación de cita de medicina general.

** Tiempo promedio reportado en los últimos 5 años en el país como de espera para la asignación de citas de cirugía ginecología y de cirugía general.*

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.3. Circular Externa 039 de 2025

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, COORDINADORES DE CONSEJOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES, SECRETARIOS (AS) DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

ASUNTO: SOCIALIZACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA HOSPITALARIA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES 2024 -2031.

FECHA: 18 DIC 2025

El artículo 208 de la Constitución Política de Colombia, los numerales 1, 2 y 6 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, establecen las facultades del Ministerio de Salud y Protección Social, entre ellas, formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud, y en materia de salud y protección social, así como formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.

El numeral 5° del artículo 14 del citado decreto, asigna a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres la función de asesorar al Ministerio en la elaboración del componente de salud del Plan Nacional de Prevención y Atención de Situaciones de Emergencia y Desastres.

La Ley 1523 de 2012, adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de desastres, y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, así como la forma de reacción inmediata, para enfrentar en el país las situaciones de emergencia o desastre, en la que igualmente se determina que la Gestión del Riesgo es responsabilidad de todos, la comunidad, el sector público y el sector privado son corresponsables en todo el proceso.

El numeral 7 del artículo 4º de la citada ley, establece que el proceso de la gestión del riesgo, está compuesto por unos elementos fundamentales, como son la identificación de escenarios del riesgo, el análisis, monitoreo y seguimiento del riesgo y sus componentes, a fin de gestionar una adecuada comunicación, que permita crear conciencia y reducir riesgos en la toma de decisiones dentro del manejo y atención de emergencias y desastres. Estas acciones tienen el propósito

explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar y calidad de vida de las personas, la protección y el cuidado de los animales y al desarrollo sostenible.

Por su parte, los artículos 2.3.1.5.1.2.1 y 2.3.1.5.1.2.2 del Decreto 2157 de 2017 establecen como responsabilidad de las entidades públicas y privadas que desarrollen sus actividades en el territorio nacional, encargadas de la prestación de servicios públicos, que ejecuten obras civiles mayores o que desarrollen actividades industriales o de otro tipo que puedan significar riesgo de desastre debido a eventos físicos peligrosos de origen natural, socio-natural, tecnológico, biosanitario o humano no intencional, de elaborar e implementar el 'Plan de Gestión del Riesgo de Desastres de Entidades Públicas y Privadas (PGRDEPP)', con el fin de proteger la población, mejorar la seguridad, el bienestar y sostenibilidad de las entidades.

Que en el contexto hospitalario se cuenta con la herramienta para el manejo y planificación Hospitalaria para Emergencias y Desastres en Salud, denominado 'Plan Hospitalario de Emergencias' (PHE), el cual debe ser revisado y actualizado permanentemente por los Prestadores de Servicios de Salud ante cualquier cambio significativo en el marco normativo o la estructura del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres – SNGRD.

El Ministerio de Salud y Protección Social en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolló la 'Guía Hospitalaria para la Gestión del Riesgo de Desastres', en el marco del Convenio 344 de 2016, como una herramienta esencial para proporcionar al sector salud los elementos teóricos y prácticos para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en hospitales.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 ***"****Colombia Potencia Mundial de la Vida*", se promueve un sistema de salud con enfoque preventivo y predictivo, el cual quedó plasmado en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 adoptado mediante Resolución 1035 de 2022, que en su eje estratégico No. 5, denominado "*Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias*", tiene como objetivo reducir los impactos de las emergencias, los desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, mediante la gestión integral del riesgo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó mediante Resolución 625 de 2024 la iniciativa internacional "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", con el objetivo de fortalecer la preparación y capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de salud ante situaciones de emergencias y desastres, adoptando un enfoque integral que abarque la diversidad de fuentes de amenazas, con énfasis en la adaptabilidad y la rápida recuperación de los hospitales, con posterioridad a cualquier tipo de evento catastrófico.

En virtud de lo anterior, se actualizan las disposiciones contenidas en la 'Guía Hospitalaria para

la Gestión del Riesgo de Desastres', respecto a la planeación integral para la salud en relación con la atención de emergencias y desastres, con el objetivo de armonizarla con los instrumentos de planeación e iniciativas que se han expedido en los últimos años sobre la materia, y consecuentemente fortalecer las capacidades hospitalarias, para lo cual se expide el documento técnico denominado 'Actualización de la Guía Hospitalaria para la Gestión del Riesgo de Desastres 2024-2031', publicado en la página web de este ministerio, al que se puede acceder a través del siguiente enlace:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/actualizacion-guia-hospitalaria-gestion-riesgo-desastres-2024-2031.pdf.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.4. Circular Externa 040 de 2025

PARA: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (AIC EPS-I), ENTIDADES BENEFICIARIAS DE PAGO (EBP) Y ENTIDADES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA ADELANTAR EL PROCESO DE CONCILIACIÓN Y DEPURACIÓN DE LAS CUENTAS POR PAGAR POR PARTE DE LA ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (AIC EPS-I) CON LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS DE PAGO (EBP) EN EL MARCO DEL DECRETO LEY 968 DE 2024.

FECHA: 23 DIC 2025

En el marco del proceso de transición que debe surtir la Entidad Promotora de Salud Asociación Indígena del Cauca – AIC – EPSI conforme a lo dispuesto en el artículo 54 del Decreto Ley 968 de 2024 para la implementación, administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI, y a partir de lo establecido en la Circular Externa 2025151000000007-5 de 2025 de la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente en lo relacionado con el proceso de conciliación y depuración de las cuentas por pagar entre la Entidad Responsable de Pago (ERP) y las Entidades Beneficiarias de Pago (EBP), se hace necesario impartir instrucciones específicas para el desarrollo de las mesas que se adelanten para tal fin.

En efecto, dentro de este proceso, se requiere simplificar los espacios de conciliación y depuración que viene adelantando la AIC - EPSI, buscando la efectividad de los resultados tendientes a garantizar el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como informar plenamente a las entidades territoriales y Entidades Beneficiarias de Pago, de los resultados obtenidos en el proceso de conciliación y depuración de las cuentas por pagar en el marco del proceso de transición que adelante la AIC - EPSI.

En este contexto, y para efectos de la operatividad de las mesas de conciliación y depuración de cuentas por pagar, se imparten las siguientes **INSTRUCCIONES** que deberán ser adoptadas por los actores convocados a estos espacios:

a) La AIC - EPSI adelantará el proceso de conciliación y depuración de las cuentas por pagar con las Entidades Beneficiarias de Pago (EBP) atendiendo el cronograma definido en la Circular Externa 20251510000000007-5 de 2025 y reportado a través del Formato Tipo FT038 a la Superintendencia Nacional de Salud.

b) Con el fin de determinar el valor conciliado con las EBP, la Asociación indígena del Cauca AIC EPS- I, debe reportar a la Superintendencia Nacional de Salud a través de los canales de correspondencia, los resultados obtenidos en las mesas de depuración y conciliación contable de la cartera siguiendo la estructura de los archivos tipo FT039 y FT040 de la Circular Externa 20251510000000007-5 de 2025, allegando los soportes de las actas de conciliación realizadas, las cuales deberán contener como mínimo los siguientes conceptos:

- **Monto a conciliar:** Corresponde al valor del saldo que se pretende conciliar por parte de la entidad responsable de pago y la entidad beneficiaria responsable de pago.
- **Devoluciones:** Valor de las devoluciones de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2284 de 2023.
- **Glosa:** Corresponde al saldo de la glosa no resuelta.
- **Glosa aceptada por la EBP:** Se debe incluir el valor de la glosa aceptada por la entidad beneficiaria de pago.
- **Glosa subsanada por la ERP:** Se debe registrar el valor de la glosa subsanada, es decir reconocida como deuda por parte de la ERP.
  - **Glosa no resuelta:** Corresponde al valor que no conciliado en el proceso.
  - **Valor conciliado:** Es el valor conciliado entre la ERP y la EBP que determina el saldo de la deuda acordada para pago.

c) El proceso de conciliación y depuración de las cuentas por pagar, así como los resultados de estas mesas, serán comunicados por la Asociación Indígena del Cauca – AIC - EPSI trimestralmente, a las entidades territoriales departamentales y distritales para que adelanten las acciones correspondientes en el marco de sus competencias frente a la organización, dirección, coordinación y administración de la red de prestadores de servicios de salud.

d) La Superintendencia Nacional de Salud, conforme al cronograma de conciliación definido por AIC - EPSI, acompañará los casos que requieran mediación por parte de esta entidad de control y que sean informados previamente por la AIC – EPSI, relacionados con:

I. Entidades beneficiarias de pago que no asistan a las mesas de conciliación programadas por la AIC - EPSI.
II. Entidades beneficiarias de pago con las que no se logre conciliación y acuerdos de

pago.

III. Entidades beneficiarias de pago con las que se tengan procesos jurídicos activos en contra de la AIC - EPSI.

En los casos en que no se logre conciliación o no haya participación por parte de las EBP, la Superintendencia Nacional de Salud podrá activar la función de conciliación extrajudicial en derecho, previa remisión de oficio por parte de la AIC- EPSI o por parte de la EBP, cuando aplique. Este oficio deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

- Solicitud de conciliación elevado por la EBP o por AIC – EPSI según corresponda. Cuando se trate de AIC – EPSI, debe elevarse solicitud independiente por cada prestador de servicios de salud.
- Documento de existencia y representación legal de la AIC – EPSI, o de la EBP según corresponda.
- Poder especial por cada solicitud de conciliación.
- Certificación financiera: Suscrito por el representante legal y el contador o revisor fiscal de la AIC – EPSI o de la EBP según corresponda. Frente a la AIC – EPSI, se debe certificar la facturación que se propone como pago, con relación a la EBP debe certificar la facturación que pretende sea cancelada.
- Archivo Excel en donde se relacione la facturación. En dicho Excel se debe relacionar como mínimo: el número de factura, fecha de factura, valor total de la factura, valor glosado, valor pagado y valor pendiente de pago.
- Constancia de traslado: Remisión documental de la solicitud de conciliación y archivo Excel, al correo de notificaciones judiciales de la EBP o de AIC- EPSI, según corresponda.

Adicionalmente, cuando se informen casos con procesos jurídicos activos en contra de la AIC - EPSI, en los que no se haya logrado conciliación ni acuerdos de pago, la Superintendencia Nacional de Salud convocará una mesa de flujo de recursos para evaluar las situaciones que impiden alcanzar acuerdos.

e) La Superintendencia Nacional de Salud, realizará seguimiento a las mesas de conciliación y depuración de las cuentas por pagar de la AIC – EPSI con las EBP e informará los resultados de manera trimestral a las secretarías departamentales y distritales de salud.

f) Una vez realizado el proceso de depuración y conciliación de las cuentas por pagar, la AIC – EPSI y las EBP deberán realizar el ajuste y actualización correspondiente en sus estados financieros con el fin de reflejar la realidad financiera de cada entidad, situación que debe ser reflejada en el archivo tipo FT001 Catálogo de Información financiera que es reportado a la Superintendencia Nacional de Salud en la periodicidad definida en la Circular Externa

016 de 2016.

g) La Superintendencia Nacional de Salud definirá y convocará, cuando lo considere necesario, un espacio adicional para garantizar el cumplimiento de las instrucciones definidas en la presente circular, informando de sus resultados a las respectivas entidades territoriales 10 días hábiles siguientes a su finalización. La participación de los convocados será de carácter obligatorio.

h) El representante legal de la AIC - EPSI y de las Entidades Beneficiarias de Pago, podrá delegar su representación en un funcionario mediante poder especial, quien debe contar con poder amplio y suficiente de negociación, así como para suministrar la información necesaria para adelantar procesos de conciliación y depuración de las cuentas por pagar.

Sin perjuicio de las disposiciones contenidas en la presente circular, las entidades deberán garantizar el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad requerida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que tratan los artículos 114 y 116 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas aplicables, y en especial lo contemplado en la Circular Externa 20251510000000007-5 de 2025 de la Superintendencia Nacional de Salud.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.3.5. Circular Externa 041 de 2025

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES O LA ENTIDAD QUE EJERZA SUS COMPETENCIAS; ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – ESE

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: ACTUALIZACIÓN DEL LINEAMIENTO PARA LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS TERRITORIALES DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – PTRRMR

FECHA: 23 DIC 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones de rectoría del Sistema de Salud y en cumplimiento de las competencias establecidas en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, expide la presente Circular Externa por medio de la cual se actualiza el lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (PTRRMR).

Dicho Lineamiento constituye un instrumento técnico y estratégico para fortalecer la red pública de servicios de salud en el país y garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, así como la integralidad, continuidad y resolutividad del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Al respecto, la Ley 1751 de 2011 define el derecho a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y establece que: *"el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas"*; así mismo, integra en la garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud la organización del sistema de salud en redes integrales de servicios de salud.

La Ley 1450 de 2011, correspondiente al Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, en su artículo 156, crea los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes

de las ESE (PTRRMR), como instrumentos de planeación técnica y territorial orientados al fortalecimiento de la red pública de servicios de salud, y otorga a este ministerio, la facultad de viabilización de los programas de cada entidad territorial, determinando para ello, definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deben contener estos programas, los cuales deben considerar lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud y define su implementación con el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad, la conformación de Equipos Básicos de Salud y la definición de redes integradas de servicios de salud.

En consecuencia, mediante la presente Circular se actualiza la *"Guía metodológica: Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (ESE)",* expedida por esta cartera ministerial en el año 2021, a través de la expedición del *"Lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado - PTRRMR",* el cual se armoniza con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación, y con la demás normatividad vigente aplicable.

En este marco, el Lineamiento del PTRRMR se constituye como la herramienta de planeación y gestión territorial que operacionaliza los principios del derecho fundamental a la salud y de las políticas públicas nacionales en salud en los territorios. Su implementación permite fortalecer la equidad territorial en el acceso, optimizar la capacidad, consolidar redes públicas resolutivas, sostenibles e integradas, y fortalecer el nivel primario como base estructural y resolutiva del sistema de salud.

Así mismo, se establecen las directrices necesarias para su aplicación por parte de las entidades territoriales y de las Empresas Sociales del Estado (ESE). En el nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá su función rectora, orientando la definición de políticas, la expedición de lineamientos técnicos, el fortalecimiento de capacidades institucionales y la evaluación de los PTRRMR. En el nivel departamental y distrital, las entidades territoriales, o la instancia que haga sus veces, serán responsables de formular, actualizar y ejecutar los PTRRMR, así como de coordinar la red pública de prestación de servicios de salud y articular su implementación con los municipios. En el nivel municipal, las Empresas Sociales del Estado (ESE) serán las encargadas de implementar las estrategias de reorganización, fortalecimiento y modernización de la red, en coherencia con el PTRRMR departamental o distrital correspondiente.

Las entidades territoriales departamentales y distritales contarán con un plazo máximo de tres (3) meses para adelantar la formulación o actualización del PTRRMR en sus respectivos territorios, así como para definir los mecanismos de coordinación, seguimiento y reporte de avances. Dichas actualizaciones deberán ser remitidas al Ministerio de Salud y Protección Social para su correspondiente evaluación y aprobación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1450 de 2011 y conforme al sistema de monitoreo, indicadores y niveles de madurez definidos en el Lineamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social viabilizará los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado que sean formulados, actualizados o ajustados por los departamentos y distritos, verificando su coherencia con el marco normativo vigente, los estándares técnicos, las necesidades territoriales y los demás instrumentos de planeación territorial y sectorial aplicables. Esta viabilización constituye un requisito para la ejecución y articulación de las acciones previstas en cada PTRRMR.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social brindará acompañamiento metodológico, asistencia técnica y seguimiento permanente a las entidades territoriales, promoviendo la articulación interinstitucional, el fortalecimiento de capacidades locales y el intercambio de experiencias exitosas para una implementación efectiva y sostenible del presente Lineamiento.

En el siguiente enlace puede consultar el lineamiento:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/lineamiento-formulacion-ptrrmr.pdf.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.6. Circular Externa 042 de 2025

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS), INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE) Y ENTIDADES QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD – EAPB, O LAS ENTIDADES QUE RESPECTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES HAGAN SUS VECES.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

ASUNTO: ACCESO A INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS POR PARTE LA UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS (UBPD).

FECHA: 23 DIC 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social, en adelante el Ministerio o MSPS, en ejercicio de las competencias que le han sido conferidas principalmente por las Leyes 715 de 2001 y 1751 de 2015, el Decreto Ley 4107 de 2011 y Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, propendiendo la garantía de los derechos fundamentales a la verdad, justicia y reparación de quienes buscan a sus desaparecidos en razón y en el contexto del conflicto armado y, conforme al análisis de viabilidad jurídica, se permite impartir directrices frente al acceso a la información obrante en historias clínicas por parte de la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas – UBPD, con fundamento en las facultades que le otorgan los artículos 11 y 12 del Decreto Ley 589 de 2017, cuando la tal entidad considere que esta información es necesaria para la búsqueda humanitaria y extrajudicial que adelanta.

I. VIABILIDAD JURÍDICA

1. Historia clínica del paciente

En consonancia con el artículo 15[3] de la Constitución Política de Colombia, el artículo 34 de la Ley 23 de 1981[4] define la historia clínica como un *"(…) registro obligatorio de las condiciones de*

3 "Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar". Así mismo 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."
4 "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica"

salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva[5] *que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley"*. Esta naturaleza reservada fue reforzada en el literal g del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015[6], al reconocer el derecho de las personas a que la historia clínica sea manejada con estricta confidencialidad y solo divulgada con autorización del paciente o en los supuestos legales, garantizando además el acceso gratuito y la entrega de copias al titular.

Este derecho ya había sido previsto en el literal a) del artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999[7], que definió la historia clínica como un *"(…) documento privado, obligatorio y sometido a reserva [que] únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".* Dicha resolución, además, asignó en sus artículos 13 y 14 la custodia de la historia clínica al proveedor de servicios de salud responsable de su elaboración y limitó su acceso al usuario, al equipo de salud, a las autoridades judiciales[8] y de salud en los casos legales, y a los demás sujetos autorizados por la normatividad. En línea con esta función de custodia, el artículo 5 de la Ley 2015 de 2020[9] dispuso que los prestadores de servicios de salud —públicos y privados— deben conservar y custodiar la historia clínica en sus sistemas tecnológicos, obligación que se extiende a todos los actores que participen en el esquema de interoperabilidad, quienes tienen prohibido[10] divulgar la información y deben garantizar medidas de seguridad y privacidad[11].

Finalmente, la Sentencia T-402 de 2024 reiteró que la historia clínica es un documento estrictamente reservado, accesible a terceros solo cuando: (i) exista autorización expresa del titular; (ii) medie orden de autoridad judicial competente; (iii) los familiares cumplan requisitos específicos; o (iv) el acceso se produzca por el rol del actor dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. Por tanto, divulgar datos de la historia clínica con fines distintos a los señalados

5 Sobre la reserva legal de la Historia Cínica, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-264 de 1996, explicó: "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 en 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".

6 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

7 "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica", modificada por las Resoluciones 1715 de 2005 y 839 de 2017.

8 Sobre el particular, la Corte Constitucional mediante Sentencia T-408 de 2014, explicó: "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."

9 "Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones."

10 Artículo 12 de la Ley 2015 de 2020.

11 Artículo 13 de la Ley 2015 de 2020.

desconoce su carácter reservado y vulnera el derecho a la intimidad del paciente.

2. Protección de datos personales y el tratamiento de datos sensibles

La Ley 1581 de 2012, "Ley de Protección de Datos Personales", dispone en su artículo 1 que su objeto es "(…) desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos[12] (…)", y en su artículo 2 establece que sus reglas se aplican a cualquier dato personal contenido en bases de datos públicas o privadas[13]. En esa línea, el artículo 5 define como 'Datos Sensibles'[14] aquellos cuya indebida utilización podría generar discriminación, incluyendo los relacionados con la salud, lo cual se armoniza con el numeral 3 del artículo 24 de la Ley 1437 de 2011, que considera 'documentos reservados'[15] los que involucran derechos asociados a la vida privada y a la intimidad, entre ellos la historia clínica. Aunque el tratamiento de estos datos se encuentra prohibido, la ley contempla excepciones[16] en situaciones de especial vulnerabilidad, como cuando sea indispensable para proteger el interés vital del titular que no puede autorizar, supuesto en el que se incluyen personas dadas por desaparecidas. De igual forma, el suministro de datos personales por responsables y encargados exige, por regla general, autorización del titular[17], salvo que la información sea solicitada por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales o exista orden judicial[18], conforme al artículo 27 de la Ley 1437 de 2011[19].

En desarrollo de estas previsiones, la Sentencia C-748 de 2011 precisó que las entidades públicas no requieren autorización del titular para tratar sus datos personales siempre que: i) la solicitud esté sustentada en una competencia funcional concreta y claramente definida, y ii) al acceder al dato, la entidad asuma la condición de usuario dentro del proceso de gestión de datos personales, con las obligaciones de protección de derechos fundamentales que ello implica[20]. A

12 Artículo 1 de la Ley 1581 de 2012.
13 Artículo 2 de la Ley 1581 de 2012.
14 El Artículo 2 del Decreto 1377 de 2013 que reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 (compilado en el artículo 2.2.2.25.1.3 del Decreto 1074 de 2015), sobre los 'Datos Sensibles' además explica que son "(…) aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos."
15 Artículo 24 sustituido por el Artículo primero de la Ley 1755 de 2015.
16 Artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.
17 Artículo 9 de la Ley 1581 de 2012.
18 Literal A del Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
19 "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."
20 "En consecuencia deberán: (i) guardar reserva de la información que les sea suministrada por los operadores y utilizarla únicamente

su vez, el artículo 2.2.2.25.2.1 del Decreto 1074 de 2015[21] añadió que la recopilación de información debe limitarse exclusivamente a los datos pertinentes y apropiados para la finalidad que motiva su obtención, conforme con la normativa vigente, reforzando así el carácter restrictivo y garantista del tratamiento de datos personales y, particularmente, de los datos sensibles.

3. La Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado

El Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera[22] creó en el punto 5.1.1.2, la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas (UBPD) como un mecanismo humanitario y extrajudicial, excepcional y transitorio, encargado de esclarecer lo ocurrido a personas desaparecidas por hechos atribuibles a agentes del Estado, integrantes de las FARC-EP u otros actores del conflicto armado. Su misión incluye la localización en vida y, cuando corresponda, la identificación y entrega digna de restos, garantizando acceso suficiente y oportuno a la información necesaria y apoyándose en organizaciones de víctimas, entidades de derechos humanos e instituciones especializadas, con base en las mejores prácticas nacionales e internacionales. El artículo transitorio 3 del Acto Legislativo 01 de 2017[23] consolidó su naturaleza como entidad nacional con autonomía administrativa, presupuestal y técnica, reafirmando su mandato humanitario y extrajudicial.

En desarrollo de lo anterior, el Decreto Ley 589 de 2017[24] dispuso en su artículo 2 que la UBPD debe *"dirigir, coordinar y contribuir"* a las acciones humanitarias de búsqueda y localización de personas desaparecidas, tanto en vida como en fallecimiento, mediante recuperación, identificación y entrega digna de restos óseos. Este mandato incorpora un enfoque territorial, diferencial y de género, fortaleciendo la centralidad de las víctimas y la dimensión de derechos humanos de su labor. Conforme al numeral 1 del artículo 5 del mismo Decreto, la UBPD debe obtener toda la información indispensable para la búsqueda, contraste e identificación, pudiendo requerir datos de particulares, entidades estatales y organizaciones sociales y de víctimas, incluidas bases oficiales, lo que amplía su capacidad de articulación interinstitucional y la construcción del universo[25] de personas desaparecidas.

---

para los fines que justificaron la entrega, esto es, aquellos relacionados con la competencia funcional específica que motivó la solicitud de suministro del dato personal; (ii) informar a los titulares del dato el uso que le esté dando al mismo; (iii) conservar con las debidas seguridades la información recibida para impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento; y (iv) cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control, en relación con el cumplimiento de la legislación estatutaria."

21 Artículo 2.2.2.25.2.1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.

22 Suscrito el 24 de noviembre de 2016.

23 "Por medio del cual se crea un título de disposiciones transitorias de la constitución para la terminación del conflicto armado y la construcción de una paz estable y duradera y se dictan otras disposiciones."

24 "Por el cual se organiza la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado"

25 El término "universo" se refiere al conjunto total, depurado y actualizado de registros sobre personas dadas por desaparecidas en

En esta línea, los artículos 11 y 12 del Decreto Ley 589 de 2017 garantizan a la UBPD acceso pleno a la información necesaria. El artículo 11 le permite acceder a bases de datos oficiales y celebrar convenios con organizaciones de víctimas y de derechos humanos, imponiendo a todas las entidades estatales el deber de suministrar información relacionada con personas desaparecidas. Por su parte, el artículo 12 establece que la UBPD puede requerir información a instituciones públicas *"sin que pueda oponérsele reserva alguna",* incluso si se trata de información clasificada o reservada[26], debiendo preservar dicha reserva y aplicar los niveles de protección previstos en la Ley Estatutaria 1621 de 2013, la Ley 1712 de 2014 y su normativa reglamentaria. Interpretadas sistemáticamente, estas normas eliminan obstáculos históricos de acceso a archivos sensibles y hacen del acceso amplio y no restrictivo una condición esencial para su mandato humanitario.

La Sentencia C-067 de 2018 de la Corte Constitucional reforzó este entendimiento al señalar que, en contextos de transición, los órganos extrajudiciales deben tener acceso completo y directo a la información pública, necesaria para sus funciones, sin importar su naturaleza o clasificación. Este acceso es indispensable para materializar los derechos de las víctimas, especialmente la verdad y la reparación integral, y se sustenta en la doctrina constitucional que ha establecido que las reservas legales no son oponibles cuando se trata de graves violaciones de derechos humanos o delitos de lesa humanidad, dada la obligación reforzada del Estado de garantizar su esclarecimiento[27]. Así, el acceso sin restricciones —incluida la información reservada— resulta vital para que la UBPD pueda buscar, localizar e identificar personas desaparecidas y entregar dignamente sus restos, fortaleciendo su misión humanitaria y extrajudicial dentro del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición.

Finalmente, la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), mediante el numeral 4 del Auto SAR-AT-367 del 19 de junio de 2024, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social establecer una

el contexto y en razón del conflicto armado. Su construcción implica integrar, contrastar y validar información proveniente de múltiples fuentes oficiales y no oficiales, con el fin de obtener una base comprehensiva que sirva como punto de partida para las acciones de búsqueda, localización, recuperación e identificación.

26 El régimen de acceso a la información previsto en los artículos 11 y 12 del Decreto Ley 589 de 2017 fue declarado condicionalmente exequible por la Corte Constitucional, en el entendido de que debe aplicarse conforme al artículo 21 de la Ley 1712 de 2014 y sus excepciones. En virtud del principio de divulgación parcial, la reserva solo recae sobre el contenido de los documentos, no sobre su existencia; por ello, incluso la información reservada debe ser entregada a la UBPD para el cumplimiento de sus funciones, sin que ello habilite su divulgación pública mientras persista la restricción legal.

27 Sobre la inaplicabilidad de la reserva cuando la información se relaciona con graves violaciones de derechos humanos o delitos de lesa humanidad, ver, entre otras: Corte Constitucional, Sentencia C-491 de 2007 (la reserva no puede oponerse frente a investigaciones de violaciones de DD. HH.); Sentencia C-1011 de 2008 (el derecho a la verdad exige levantar límites de acceso a información en casos de violencia estatal o paraestatal); Sentencia C-580 de 2002 (reconoce la prevalencia del esclarecimiento de graves violaciones sobre restricciones ordinarias de acceso a documentos públicos). Estas decisiones consolidan la obligación reforzada del Estado de garantizar la verdad, incluso frente a información clasificada.

mesa técnica con la UBPD[28] para articular los mecanismos necesarios para ejecutar sus propuestas, cuyos resultados deben remitirse al despacho judicial. Esta orden, de naturaleza vinculante, reafirma la obligación de coordinación interinstitucional, remoción de obstáculos y diseño de estrategias conjuntas que garanticen el acceso efectivo a la información y, con ello, la operatividad del mandato de la UBPD y la satisfacción del derecho a la verdad de las víctimas de desaparición forzada en el conflicto armado.

II. DIRECTRIZ

Las entidades destinatarias de la presente circular, sin importar que sean públicas o privadas, **deben conceder pleno, directo e inmediato acceso a la historia clínica de las personas desaparecidas y de los familiares que las buscan** cuando sea requerida por la UBPD en desarrollo de sus funciones. La Unidad, por su parte, será garante de la reserva, confidencialidad, seguridad y protección de la información contenida en las historias clínicas, debiendo observar, en todo caso, lo previsto en la "Política de Protección de Datos Personales[29]" y la "Política General de Seguridad de la Información[30]". Por tanto, no revelará, divulgará, filtrará ni comercializará dicha información, disponiéndola exclusivamente a personas y servidores autorizados mediante las herramientas tecnológicas habilitadas.

La Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas accederá a la información obrante en las historias clínicas de las personas dadas por desaparecidas y de los familiares y/o personas buscadoras. Por su parte, las Entidades a quienes se dirige la presente Circular concederán tal acceso, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social aportará a la UBPD la información de notificación de las Entidades a quienes se dirige la presente Circular y la actualizará siempre que sea pertinente. Tales medios de contacto, en tanto, serán los canales mediante los que se radicarán las solicitudes de acceso a la información obrante en las historias clínicas de las personas dadas por desaparecidas y de los familiares y/o personas que las buscan.

2. La UBPD, a través de sus Grupos Internos de Trabajo Territorial, identificará las necesidades de información que puede obrar en las historias clínicas de las personas dadas por desaparecidas y de los familiares y/o personas que las buscan y, las 'escalarán' al interior de la UBPD, mediante correo electrónico dirigido a la Subdirección de Gestión de Información

28 Donde entre otras cosas, la UBPD expresó la necesidad de acceder a la información de las historias clínicas.
29 https://unidadbusqueda.gov.co/wp-content/uploads/2024/11/Politica-de-Proteccion-de-Datos-Personales-UBPD-2024.pdf
30https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://unidadbusqueda.gov.co/wp-content/uploads/2022/09/GSI-PC-003-v1_Poli%25CC%2581tica-general-de-Seguridad-de-la-informacio%25CC%2581n_09-09-22.pdf&ved=2ahUKEwjxjJ-FsrGRAxUMSTABHZumKXcQFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw1CRZG_c9DqwyxlPIAKI4Rz

para la Búsqueda, que especificará (como mínimo) los nombres y apellidos, el tipo y número de identificación y especialmente la relevancia de dicha información para la búsqueda, localización o identificación en el curso de la Investigación humanitaria y extrajudicial correspondiente.

3. La Subdirección de Gestión de Información de Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas, según el periodo de afiliación de interés para la búsqueda, localización o identificación, oficiará a las Entidades a quienes se dirige la presente Circular, para acceder, de conformidad con la "Política de Protección de Datos Personales" y la "Política General de Seguridad de la Información", a la información obrante en las historias clínicas de las personas dadas por desaparecidas y de los familiares y/o personas que las buscan.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.7. Circular Externa 044 de 2025

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PROFESIONALES INDEPENDIENTES, PROVEEDORES, GESTORES FARMACÉUTICOS, USUARIOS Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA EL REPORTE A TRAVÉS DE MIPRES DE LOS MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC, PRESCRITOS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO.

FECHA: 26 DIC 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como órgano rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en el ejercicio de sus funciones y de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019 y el Decreto Ley 4107 de 2011, adelanta las acciones necesarias para garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud, bajo los principios de universalidad, equidad, calidad, continuidad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Así las cosas, mediante la presente Circular se imparten las instrucciones para el reporte a través de MIPRES, de los medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación –UPC-, excluidos los medicamentos de control especial (incluidos aquellos sometidos a monopolio del Estado), requeridos en el ámbito ambulatorio, cuya entrega se realiza por fuera del entorno hospitalario o institucional, a través de un prestador o gestor farmacéutico, independientemente de que la prescripción se haya generado durante una consulta ambulatoria, en urgencias o en el curso de una hospitalización, siempre que su suministro no haga parte del tratamiento intrahospitalario, como una medida que hace parte del fortalecimiento del sistema nacional de información en salud, consolidando a MIPRES como la herramienta única e integral para la gestión de servicios y tecnologías en salud, incluidos los medicamentos prescritos en el ámbito ambulatorio, permitiendo de esta manera un seguimiento regular y oportuno, alineado con los términos dispuestos en la normatividad vigente para su dispensación y garantizando la

trazabilidad del proceso desde la prescripción hasta la entrega al paciente.

La exclusión de los medicamentos de control especial (incluidos aquellos sometidos a monopolio del Estado), obedece a que estos se rigen por el marco regulatorio establecido en la Resolución 1478 de 2006 y sus normas complementarias, el cual define las condiciones de prescripción, dispensación, control y seguimiento de estas sustancias, que incluye el uso obligatorio del Recetario Oficial y de los procedimientos de registro y fiscalización propios del régimen de estupefacientes y sustancias sometidas a fiscalización.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Desde el año 2016, con la expedición de la Resolución 3951, este Ministerio inició la implementación de un mecanismo para la prescripción, reporte, suministro, control y pago de servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC a través de la herramienta tecnológica MIPRES, acto administrativo que dio paso a las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, hoy derogadas por la Resolución 740 de 2024 modificada por la Resolución 2622 de 2024, cuyas disposiciones consolidan a esta herramienta tecnológica como un elemento fundamental de la transformación digital del sistema de salud, al permitir la trazabilidad del proceso de prescripción (direccionamiento, programación), entrega, y reporte del suministro de estas tecnologías, proceso que en la actualidad, ha incorporado gradualmente servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC.

De esta forma, como herramienta tecnológica MIPRES responde al mandato de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, normativa que elevó la salud a un derecho fundamental que debe protegerse mediante mecanismos efectivos de seguimiento, control y garantía del acceso oportuno.

En este sentido, el Auto 005 de 2024 de la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, dentro del proceso de cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, reconoce a MIPRES como una fuente esencial de información para el mecanismo de alertas y alarmas, orientado a identificar riesgos de interrupción en los tratamientos y problemas de abastecimiento de medicamentos en el territorio nacional.

Con fundamento en estas previsiones, este Ministerio determinó en el artículo 4 de la Resolución 2622 de 2024, que modifica el artículo 37 de la Resolución 740 de 2024, la obligatoriedad que tienen las EPS, entidades adaptadas, IPS y profesionales independientes de prescribir, direccionar, suministrar, y reportar los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que el Ministerio de Salud y Protección Social determine monitorear, con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad y calidad en la atención y proteger de este manera la prestación efectiva del derecho fundamental a la salud; disposición

que guarda relación directa con lo establecido en el numeral 8.1 del artículo 8 de la misma resolución, que establece como excepción de realizar la prescripción de tecnologías no financiadas con UPC, los servicios y tecnologías en salud definidas para monitorización financiadas con recursos de la UPC.

Adicionalmente, el Auto 1282 del 3 de septiembre de 2025 emitido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, ordenó la creación o adecuación de un sistema unificado de información pública, interoperable y en línea para el monitoreo de abastecimiento de medicamentos - integrando fuentes como SISMED, MIPRES, INVIMA, EPS, IPS, laboratorios y gestores farmacéuticos.

II. OBJETO

Impartir instrucciones para la implementación a través de MIPRES (versión 2.4) de la prescripción, direccionamiento, programación, entrega y reporte del suministro de la totalidad de los medicamentos financiados con recursos de la UPC, con excepción de los sometidos a control especial y los sometidos a monopolio del Estado, que son requeridos en el ámbito ambulatorio con el propósito de:

1. Asegurar la trazabilidad completa del ciclo de suministro desde la prescripción hasta la entrega efectiva al usuario, permitiendo el seguimiento detallado de cada una de las etapas del proceso.
2. Permitir la identificación de la demanda insatisfecha y el monitoreo de la disponibilidad de medicamentos.
3. Fortalecer el sistema de información para el monitoreo de abastecimiento y la toma de decisiones en materia farmacéutica.
4. Consolidar a MIPRES como la herramienta única para la prescripción de medicamentos en el ámbito ambulatorio, asegurando la coordinación entre actores, la transparencia en el proceso y la eficiencia en la gestión de la información y del suministro.
5. Facilitar la identificación temprana y precisa de los medicamentos que no están siendo entregados dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, activando alertas inmediatas que permitan la intervención por parte de las EPS, entidades adaptadas y organismos de inspección, vigilancia y control con el objetivo de garantizar la continuidad terapéutica y la entrega sin dilaciones.

III. PRESCRIPCIÓN

1. La prescripción de los todos los medicamentos financiados con recursos de la UPC que sean requeridos en el ámbito ambulatorio deberá realizarse exclusivamente a través de

la herramienta MIPRES versión 2.4.

2. La prescripción efectuada en MIPRES será equivalente a la orden o fórmula médica, de conformidad con los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016, razón por la cual, no podrá exigirse al profesional de la salud la generación de documentos adicionales ni trámites paralelos en otros sistemas, plataformas o formatos institucionales.

IV. DIRECCIONAMIENTO Y PROGRAMACIÓN

Con el propósito de garantizar la oportunidad y continuidad en la entrega de los medicamentos prescritos, los procesos de direccionamiento y programación deberán realizarse de manera inmediata, evitando reprocesos o trámites adicionales que puedan generar demoras en la prestación, o afectar la continuidad y adherencia al tratamiento de los pacientes. Adicionalmente, se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones para cada uno de estos procesos:

1. Direccionamiento:

Corresponde al proceso mediante el cual las EPS y las entidades adaptadas, informan a los proveedores o gestores farmacéuticos, qué prestadores o puntos de dispensación deben realizar el suministro de los medicamentos formulados por los profesionales de la salud. En el desarrollo de este proceso se debe tener en cuenta lo siguiente:

a. Este proceso deberá efectuarse de manera inmediata en MIPRES, garantizando la asignación inmediata del proveedor o dispensador responsable, sin generar trámites administrativos adicionales ni procesos administrativos paralelos entre los actores que incrementen los tiempos de gestión o limiten el acceso al medicamento, conforme a lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024 o aquella que la modifique o sustituya.

b. Cuando no sea posible realizar el direccionamiento, la EPS o entidad adaptada deberá registrar de forma inmediata en MIPRES la causal de no direccionamiento, seleccionando una opción del Anexo Técnico “Causas de No Entrega/No Direccionamiento – Versión 1.2”, disponible en el portal oficial “Todo sobre MIPRES”: https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de- servicios/Pages/MIPRES.aspx.

c. El registro de la causal deberá hacerse de forma inmediata, para permitir la activación temprana de medidas correctivas por parte del asegurador para garantizar el tratamiento de sus afiliados.

2. Programación:

Es el proceso mediante el cual los proveedores o gestores farmacéuticos programan sus sedes o puntos de atención para realizar el suministro de los medicamentos direccionados, para lo cual se debe tener en cuenta lo siguiente:

a. La programación deberá realizarse con agilidad, eficiencia y sin trámites adicionales, garantizando que la entrega se lleve a cabo dentro de los plazos previstos en la normativa vigente, en la cual se establece, como regla general, la entrega inmediata del medicamento en el punto de dispensación.

b. De manera excepcional, cuando el medicamento no se encuentre disponible en el punto de entrega, La EPS o la entidad adaptada deberá coordinar con el proveedor, con el fin de garantizar la dispensación dentro de un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, entregándolo en el domicilio o lugar de trabajo del paciente, según la preferencia expresada por este, conforme con la Resolución 1604 de 2013.

IV. ENTREGA EFECTIVA

Corresponde al proceso mediante el cual los gestores farmacéuticos o IPS direccionadas realizan la dispensación o administración de los medicamentos prescritos, registrando en MIPRES tanto lo entregado como lo no entregado, conforme al procedimiento establecido. En el desarrollo de este proceso se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Este proceso debe realizarse con criterios de oportunidad, continuidad y calidad, priorizando la atención del usuario y evitando barreras administrativas o demoras injustificadas.
2. Cuando no sea posible realizar la entrega total o parcial, el dispensador deberá registrar en MIPRES la causal correspondiente, seleccionándola entre las dispuestas en el Anexo Técnico “Causas de No Entrega – Versión 1.2, disponible en el portal oficial “Todo sobre MIPRES”: https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx
3. En los eventos en los que no haya disponibilidad inmediata del medicamento, el dispensador deberá cumplir con el registro en MIPRES del “pendiente”, conforme con lo establecido en la Resolución 1809 de 2025, y gestionar la entrega al paciente dentro de las 48 horas siguientes, en el lugar por él elegido.
4. El registro oportuno de esta información constituye una fuente primaria para el monitoreo del cumplimiento de los estándares de oportunidad y para la generación de alertas tempranas frente a posibles barreras de acceso o disponibilidad de medicamentos, por lo que, se debe garantizar su reporte en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, según lo dispuesto en el parágrafo 5 del artículo 27 de la Resolución 740 de 2024.

V. REPORTE DE SUMINISTRO

Las EPS y entidades adaptadas deberán reportar la información de suministro al Ministerio de Salud y Protección Social a través de MIPRES, en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, conforme con lo señalado en el numeral 31.1. del artículo 31 de la Resolución 740 de 2024.

VI. DE LA IMPLEMENTACIÓN Y TRANSICIÓN

La implementación de este reporte se realizará de manera progresiva, garantizando la disponibilidad de la infraestructura tecnológica, el ajuste de los procesos operativos y contractuales de los actores del sistema y la continuidad en los tratamientos farmacológicos de los usuarios.

Con el fin de garantizar una adecuada adopción de la herramienta tecnológica Mi Prescripción - MIPRES (versión 2.4) para la prescripción (direccionamiento, programación), reporte de entrega y del suministro de los medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el ámbito ambulatorio, se establece un periodo de transición compuesto por tres etapas, conforme se describe a continuación:

1. **Etapa 1** - ***Registro, capacitación de prescriptores y ajustes tecnológicos, operativos y contractuales. Desde la fecha de publicación de la presente circular y hasta el 28 de febrero de 2026.***

   Durante este periodo:

   1.1. Los profesionales de la salud habilitados en Colombia para prescribir medicamentos deberán estar registrados en MIPRES.
   1.2. Las EPS, entidades adaptadas, IPS, profesionales independientes y demás actores deberán garantizar el registro, activación, enrolamiento y capacitación de sus profesionales prescriptores en la herramienta MIPRES.
   1.3. Los actores del sistema deberán realizar los ajustes tecnológicos, operativos y contractuales necesarios que aseguren la interoperabilidad de sus sistemas de información con MIPRES.

   Para facilitar este proceso, el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición diversas estrategias de capacitación asincrónica para el talento humano en salud, entre ellas:

- Acceso autónomo a contenidos formativos en la sección “TODO SOBRE MIPRES” del sitio web oficial: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/MIPRES.aspx
- Paquetes de capacitación descargables, que incluyen guías, manuales técnicos, videos y materiales normativos y operativos, disponibles a solicitud mediante el formulario: https://forms.office.com/r/UrqjMepL9X
- Versión de práctica de la herramienta Mi Prescripción, que replica las actualizaciones vigentes del entorno de producción, disponible en: https://tablas.sispro.gov.co/MIPRESNOPBS/Login.aspx?ReturnUrl=%2fMIPRESNOPBS
- Condiciones de uso y claves en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/condiciones-uso-mipres-modo-capacitacion.pdf
- Canal de asistencia técnica para dudas específicas, disponible a través del correo: soportemipres@minsalud.gov.co

2. ***Etapa 2 - Implementación progresiva. Del 1 de marzo al 31 de mayo de 2026***.

Durante este periodo:

2.1. Se habilitará el uso voluntario de la herramienta MIPRES versión 2.4 para la prescripción ambulatoria de medicamentos financiados con recursos de la UPC.
2.2. Este Ministerio brindará asistencia técnica, capacitación y acompañamiento a los actores del sistema durante este periodo.
2.3. Las EPS, entidades adaptadas, IPS, proveedores y gestores farmacéuticos deberán verificar el adecuado funcionamiento de los flujos de direccionamiento, programación, dispensación y reporte, realizando los ajustes necesarios antes del inicio de la obligatoriedad.

3. ***Etapa 3 - Implementación obligatoria. A partir del 1 de junio de 2026***.

A partir de esta fecha:

3.1. La prescripción ambulatoria de los medicamentos financiados con recursos de la UPC será obligatoria a través de MIPRES para todos los actores del sistema de salud.
3.2. Ningún actor podrá exigir trámites adicionales, prescripciones duplicadas, autorizaciones administrativas o validaciones adicionales, conforme con lo establecido en la Resolución 740 de 2024.
3.3. Todos los actores serán responsables de garantizar que el uso de MIPRES no

incremente los tiempos de acceso, no genere demoras en la entrega y no constituya una barrera administrativa.

3.4. En los casos excepcionales previstos en la Resolución 1604 de 2013, deberá garantizarse la entrega del medicamento dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas en el domicilio o lugar de trabajo del usuario, según su preferencia, conforme con lo dispuesto en la Resolución 1604 de 2013.

3.5. Los actores del sistema deberán realizar seguimiento permanente a la información registrada en MIPRES para identificar retrasos, fallas recurrentes en el suministro o casos de no entrega, activando las medidas correctivas y los mecanismos de alerta establecidos por este Ministerio.

VIII. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA

En ningún caso, se reitera, el proceso de prescripción y suministro de medicamentos financiados con recursos de la UPC registrado a través de MIPRES o mediante le formulario de contingencia, cuando aplique, podrá constituir una barrera de acceso, ni implicar exigencias adicionales al usuario, conforme con lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 27 de la Resolución 740 de 2024.

Las EPS, entidades adaptadas, IPS, proveedores, gestores farmacéuticos, profesionales independientes y demás actores involucrados en el proceso de prescripción, direccionamiento, programación, entrega y reporte de medicamentos deberán cumplir con las siguientes responsabilidades, según aplique:

1. Consultar de manera permanente la información registrada en la herramienta tecnológica MIPRES, con el fin de garantizar la adecuada gestión del proceso de prescripción y suministro, identificar posibles fallas en la entrega, activar medidas correctivas y asegurar la continuidad terapéutica de los usuarios.
2. Garantizar el suministro efectivo de los medicamentos prescritos en los términos establecidos en la Resolución 740 de 2024, la Resolución 1604 de 2013 y demás normas aplicables, sin exigir autorizaciones administrativas, validaciones adicionales o trámites que constituyan barreras de acceso.
3. Asegurar la continuidad del tratamiento, evitando requerir nuevas consultas, nuevas prescripciones o repeticiones injustificadas de órdenes médicas, en cumplimiento del principio de continuidad del servicio definido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
4. Implementar los ajustes tecnológicos, operativos y contractuales necesarios para garantizar la interoperabilidad de sus sistemas de información con MIPRES, evitando duplicidad de procesos o solicitudes de información adicional entre los actores del sistema.

5. Registrar de manera veraz, completa y en los tiempos establecidos toda la información relativa a la prescripción, direccionamiento, programación, entrega efectiva y reporte de suministro, conforme a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Cumplir con las obligaciones de protección de datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que regulan el tratamiento de información en salud.
7. No generar trámites administrativos adicionales, no exigir documentación adicional al usuario, ni establecer procesos que incrementen los tiempos definidos para la entrega de medicamentos.
8. Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social cualquier novedad relacionada con fallas en el suministro, falta de disponibilidad o situaciones que puedan afectar la continuidad del tratamiento o generar alertas de desabastecimiento.
9. Coordinar entre sí las acciones necesarias para garantizar que el flujo operacional entre prescripción, direccionamiento, programación y entrega se realice sin interrupciones, reprocesos ni barreras administrativas.
10. Garantizar la información veraz y oportuna al usuario respecto al estado de su prescripción, la ruta de entrega, la ubicación del punto de dispensación, o la programación de entrega en domicilio o lugar de trabajo, según corresponda.
11. Adoptar medidas inmediatas cuando se identifiquen retrasos o situaciones de no entrega.

IX. DISPOSICIONES FINALES

1. La Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías de salud, en el marco de sus competencias, ejercerán las acciones de inspección, vigilancia y control necesarias para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente circular.
2. Este Ministerio a través de sus dependencias competentes, dispondrá de los canales oficiales de soporte técnico, orientación y asistencia para los actores del sistema de salud durante el proceso de implementación y transición descrito mediante la presente circular.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.8. Circular Externa 045 de 2025

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB), ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD —IPS- Y FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

ASUNTO: INTENSIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA, EN EL MARCO DEl?tÁ EMERGENCIA SANITARIA VIGENTE Y EN APLICACIÓN DE LAS CIRCULARES 012 Y 025 DE 2025 Y LA RESOLUCIÓN 691 DE 2025.

FECHA: 30 DIC 2025

La fiebre amarilla constituye una enfermedad infecciosa de alta letalidad, prevenible mediante vacunación, que representa un desafío prioritario para la salud pública global y nacional. Su reemergencia en áreas endémicas, como la región de las Américas, pone en evidencia el riesgo permanente de brotes epidémicos con potencial de rápida diseminación, especialmente en territorios con presencia del vector y bajas coberturas de inmunización1. Esta arbovirosis, al involucrar un ciclo selvático difícil de control, exige una vigilancia epidemiológica intensiva y una respuesta intersectorial coordinada y sostenida para proteger a las poblaciones en riesgo y evitar su urbanización, un escenario de consecuencias graves para la salud colectiva.

En Colombia, el panoramá^idemiológico actual mantiene en alerta al Sistema Nacional de Salud. El Instituto Nacional de Salud (INS) ha reportado un incremento sostenido de casos en varias regiones durante el último año, con focos activos de transmisión identificados en zonas consideradas de alto riesgo, circulación viral en primates no humanos y movimientos poblacionales constantes.

La Organización Mundial de la Salud - OMS y la Organización Panamericana de la Salud - OPS, emitió la última alerta epidemiológica de Fiebre amarilla en la Región de las Américas el 31 de mayo del 2025, en la cual hace un llamado a los Estados Miembros a continuar sus esfuerzos

para fortalecer la vigilancia en zonas enzoóticas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación, estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, se resalta la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves.

En él contexto de la Emergencia en Salud Publica por brote de fiebre amarilla, a nivel nacional 2024 y en lo corrido del 2025, se han confirmado 141 casos, con una letalidad acumulada del 40,3% (57/141). Para el año 2024 se presentaron 23 casos con 13 fallecimientos y desde enero de 2025 a la fecha, se han confirmado 118 casos de los cuales 49 fallecieron, con grupos de edad mínimo de 2 y máximo de 92 años, en el periodo acumulado entre el 03 de enero de 2024 al 29 de diciembre del 2025.

De acuerdo con la procedencia de los casos acumulado 2024 al 29 de diciembre de 2025, se observa que el departamento de Tolima concentra el 85,8% (n=121) de los casos confirmados, de los cuales el 18,4% (n=26) pertenecen al municipio de Ataco (26), seguido de Cunday con el 16.3% (23), Villarrica con el 15.6% (n=22), Prado 12.8% (n=18), Chaparral 6.4% (n=9), Rioblanco 5.7% (n=8), Purificación 5.0% (n=7), Dolores 2.8% (n=4), en Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan y Espinal en menor proporción de casos con el 0.7% (n=1) respectivamente. Así mismo, la distribución de los casos en otros departamentos se distribuye así: el 8,5% (n=8) de los casos corresponden a Putumayo en los municipios de Villagarzón (2), Valle del Guamuez (1), San Miguel (1) y Orito (1), en Meta con 2.1% (n=3) en los municipios de San Martín 1, Granada 1, La Macarena 1; en Caquetá con 1.4%, (n=:2) de los municipios de Cartagena del Chaira 1, El Doncello 1, en Nariño el 1,4% (n=2) de los casos son de procedencia Ipiales del área rural, y en menor proporción de casos, en Hulla (Campoalegre), Vaupés (Mitú), Cauca (Píamente), y Caldas (Neira) con 0,7% (n=1) respectivamente.

La información de la vigilancia epidemiológica y de epizootias, ha evidenciado que los focos del oriente y sur de Tolima se mantienen activos y que dada la movilidad de personas no vacunadas a estas y otras zonas de riesgo en temporada de festividades de fin de año, existe la posibilidad de un aumento en la magnitud de la epidemia.

Como parte de la respuesta integral a esta emergencia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido un marco normativo específico, declarando la emergencia sanitaria mediante Resolución 691 de 2025, e instrucciones a ser desarrolladas en municipios en alto y muy alto riesgo; asimismo, la Circular 012 de 2025, activa un Plan de Contingencia con cinco líneas estratégicas para la preparación y respuesta unificada en todos los territorios en situación de alerta y emergencia en salud pública por fiebre amarilla, la Circular 025 de 2025, emite indicaciones precisas y de obligatorio cumplimiento para la realización de ferias, fiestas y eventos

masivos, con el fin de mitigar el riesgo de dispersión del virus de FA y otras arbovirosis durante estas aglomeraciones, así como la Circular 029 del 27 de agosto de 2025 “Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana 12 de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/ beneficio”

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha emitido una serie de lineamientos técnicos dirigidos a la prevención y el control de la fiebre amarilla, los cuales abordan de manera integral tres componentes esenciales: 1. la atención clínica integral de los pacientes, estandarizando la clasificación, manejo por niveles de complejidad y seguimiento; 2. la vacunación segura y oportuna, con énfasis en población susceptible y residentes en zonas de riesgo y 3. el manejo integrado de vectores, para reducir la presencia y proliferación de los mosquitos en escenarios de alto riesgo, su respuesta ante casos y la gestión del riesgo en establecimientos prestadores de servicios de salud. De forma conjunta, estos lineamientos buscan fortalecer la respuesta intersectorial, reducir la letalidad y mitigar el impacto epidemiológico de la enfermedad en el territorio nacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en su calidad de autoridad rectora del Sistema de Salud de conformidad con lo previsto en el artículo 42 de la ley 715 del 2001, en consonancia con lo previsto en el Decreto Ley 4107 de 2011 emite la presente Circular Externa con el fin de impartir directrices de obligatorio cumplimiento para la intensificación inmediata de las siguientes acciones de prevención y control contra la fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria establecida por la Resolución 691 de 2025 y las directrices establecidas en las circulares externas 012 de 2025 y 025 de 2025.

1. Se ratifica en su totalidad las disposiciones contenidas en las Circulares 012 de 2025, 025 de 2025 y Circular 029, así como los lineamientos técnicos de atención clínica, vacunación y manejo integrado de vectores previamente emitidos por este Ministerio, los cuales mantienen plena vigencia y constituyen el marco normativo de referencia para todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asimismo, se establecen precisiones de indicaciones de dichas circulares o de la Resolución 691 de 2025.

2. Se intensificarán de manera inmediata y prioritaria las siguientes acciones en cada línea estratégica:

2.1 Línea estratégica de gestión integral de la contingencia.

2.1.1 Los municipios clasificados en muy alto riesgo, dado que se encuentran en emergencia sanitaria, deberán garantizar de manera continua, oportuna e integral la prestación de las atenciones necesarias para su adecuado abordaje.

2.1.2 Se mantiene la indicación de uso de los recursos de balance del Sistema General de Participaciones en Salud Publica según lo establecido en el artículo 1 de la Resolución No. 691 de 2025. Así mismo se entiende como “priorizaran”

Exclusivo y obligatorio:

- En los departamentos y distritos en alerta o emergencia en salud pública o en los municipios de muy alto riesgo hasta tanto logren la situación de control para fiebre amarilla según Circular 012 de 2025 o aquella que la modifique o sustituya.
- En departamentos sin alerta o emergencia en salud pública, que posean municipios en alto riesgo, hasta tanto se cumplan los indicadores trazadores mediante el desarrollo de las actividades intensificadas y sostenibles de vacunación, manejo integrado de vectores y comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud, según lineamientos nacionales emitidos por el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas y Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles del Ministerio de Salud en el marco de la implementación de sus planes de contingencia y la concurrencia.
- En los distritos y municipios de alto riesgo, hasta tanto se cumplan los indicadores trazadores mediante el desarrollo de las actividades intensificadas y sostenibles de vacunación, manejo integrado de vectores y comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud, según lineamientos nacionales emitidos por el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas y Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles del Ministerio de Salud, en el marco de la implementación de sus planes de contingencia.

Preferente pero no exclusivo

- Una vez se cumpla con lo establecido en el apartado de exclusivo y obligatorio, será preferente el uso de los recursos para garantizar la sostenibil¡dad de las acciones de vacunación, manejo integrado de vectores y comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud, según lineamientos nacionales emitidos por el Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-epidémicas y Grupo de gestión Integrada de enfermedades inmunoprevenibles del Ministerio de Salud. Aquel recurso no priorizado, se podrá aplicar para el desarrollo de los procesos de gestión en salud pública y del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC según lo establecido en la Resolución No. 1597 de 2025.

- Ante la presencia de otra situación de alerta o emergencia en salud pública o sanitaria en el territorio por enfermedades transmisibles y que requieran la implementación de procesos de gestión en salud pública e intervenciones colectivas para su control, según lo establecido en la Resolución No. 1597 de 2025.

Mediante la ejecución de la intervención “prevención y control de ETV” del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC-, se debe garantizar las atenciones en salud en los diversos entornos y relacionadas con las líneas estratégicas de promoción de la salud y prevención primaria de la transmisión en sus componentes de vacunación y el manejo integrado de vectores, así como para la comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud establecidas en la Circular 012 de 2025,025 de 2025 y Resolución 691 de 2025 y sus lineamientos relacionados.

2.1.3 Se debe garantizar la continuidad del talento humano que permita el desarrollo del proceso de vigilancia en salud pública necesario para la investigación epidemiológica de campo, la vigilancia epidemiológica, por laboratorio, incluida la entomológica. Asimismo, la continuidad del talento humano que conforman los equipos de vacunación, los profesionales necesarios para el cuidado integral de la salud y la atención clínica integral, las intervenciones colectivas para la gestión, el manejo integrado de vectores y la comunicación de riesgo.

2.1.4 Los departamentos, distritos y municipios deben incorporar en el Plan de Acción en Salud, vigencia 2026, las acciones para su gestión, prevención y control. Esto implica incorporar de manera explícita y con asignación de recursos, las estrategias de vigilancia epidemiológica, la vacunación en población susceptible, el manejo integrado de vectores, el fortalecimiento de la atención clínica oportuna y la comunicación de riesgo. De este modo, se garantiza que la capacidad institucional y territorial construida se consolide y permita una respuesta sostenida y efectiva frente a este evento de interés en salud pública.

2.1.5 En los municipios de alto y muy alto riesgo, incorporar en los proyectos y atenciones a ser desarrolladas por los equipos básicos en salud las establecidas en los lineamientos para el abordaje de la emergencia.

2.1.6 Garantizar la implementación de la Circular 025 de 2025 y su lineamiento correspondiente. Por lo anterior, las Direcciones Territoriales departamentales y distritales deben remitir a Minsalud en los primeros 10 días de cada mes: la relación de “ferias, fiestas y eventos con aglomeración de público focalizada y afluencia simultánea multiespacial” y las acciones realizadas según cada línea estratégica.

2.1.7 Los departamentos, distritos y municipios, deben gestionar y articular con las autoridades de transporte, las acciones de comunicación de riesgo, de vacunación y de manejo integrado de

vectores en los puertos terrestres, aéreos y fluviales de su jurisdicción, así como con los diversos operadores.

2.1.8 Los departamentos, distritos y municipios deben gestionar y articular con las autoridades y operadores del sector turismo las acciones de comunicación de riesgo, de vacunación y de manejo integrado de vectores. Por lo anterior, se requiere convocar a la mesa intersectorial de turismo en un plazo no mayor de tres días calendario luego de emitida la presente circular.

2.1.9 En el marco del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, los municipios deben gestionar las acciones de comunicación de riesgo, de vacunación y de manejo integrado de vectores en condominios habitacionales o similares.

2.1.10 Los municipios en muy alto riesgo deben convocar líderes y organizaciones sociales y de base comunitaria para planear, articular y desarrollar las acciones de vigilancia en salud pública, comunicación de riesgo, de vacunación (incluidas las estrategias para revertir desistimientos, identificación de susceptibles y su canalización) y de manejo integrado de vectores.

2.1.11 Los planes de contingencia municipales y departamentales serán ajustados a la situación actual epidemiológica y acorde a las indicaciones establecidas en las Circulares 012 de 2025 y 025 de 2025 y la Resolución No. 691 de 2025 o aquellas que sustituyan o modifiquen. Los planes municipales serán remitidos para su revisión al departamento: asimismo los departamentales a Minsalud hasta 15 días posteriores a la emisión de la presente Circular.

2.1.12 El informe de seguimiento de los departamentos a indicadores trazadores, debe ser remitido en los primeros 10 días de cada mes al Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemoepidemicas del Ministerio de Salud y Protección Social. 2.1.7 Los departamentos, distritos y municipios, deben gestionar y articular con las autoridades de transporte, las acciones de comunicación de riesgo, de vacunación y de manejo integrado de vectores en los puertos terrestres, aéreos y fluviales de su jurisdicción, así como con los diversos operadores.

2.1.13 En municipios de muy alto riesgo y departamentos en situación de alerta o emergencia en salud pública, la situación de control en salud pública se alcanzará al cumplir los criterios establecidos en la Circular 012 de 2025 y su “lineamiento técnico para la verificación de criterios de control en fiebre amarilla ante situaciones de emergencia o alertas en salud pública”.

2.2 Línea estratégica de intensificación de la vigilancia en salud pública.

2.2.1 Elaborare! mapa de riesgo que incorpore los antecedentes epidemiológicos, entomológicos de vectores silvestres, ecológicos, de uso de suelo o actividades económicas y sociales;

identificando y estratificando las localidades y territorios, estableciendo los corredores geográficos enzooticos-endémicos o de riesgo.

2.2.2 Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica de la red de prestación de servicios de salud, mediante asistencia técnica, difusión, socialización y seguimiento al cumplimiento del protocolo de vigilancia de FA, garantizando el funcionamiento del sistema de vigilancia y la calidad de la información según las responsabilidades

2.2.3 Realizar la notificación inmediata de los casos probables y confirmados, incluyendo las muertes por FA al SIVIGILA y realizar, en las primeras setenta y dos (72) horas, la investigación epidemiológica de campo IEC, contemplando la búsqueda comunitaria e institucional de casos, según lo estipulado en el protocolo de vigilancia en salud pública. Comunicar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace al correo cne@MinSalud.gov.co y al Equipo de Respuesta Inmediata - ERI del Instituto Nacional de Salud INS al correo eri@ins.gov.co.

2.2.4 Hacer seguimiento semanal de la situación epidemiológica de FA, mediante el análisis de comportamientos inusuales de acuerdo con el protocolo.

2.2.5 Fortalecer el análisis epidemiológico de FA, orientado a la focalización de acciones de promoción y prevención, vigilancia y control a nivel territorial mediante el uso de herramientas geográficas o espaciales, dispuestas por el INS y mediante la revisión de los tableros de control dispuestos por el grupo de factores de riesgo ambiental mediante el sistema VIGIFRA.

2.2.6 Realizar la SAR, involucrando la UPGD, la autoridad territorial, el INS, el MSPS, de acuerdo con la situación, y de acuerdo con la valoración de riesgo, activar la estructura de comando de incidente para la respuesta coordinada.

2.2.7 Realizar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la adecuada toma, embalaje, envío y seguimiento de las muestras biológicas destinadas a realizar las pruebas confirmatorias de laboratorio, garantizando que el envío de las muestras se realice antes de setenta y dos (72) horas al laboratorio destinatario que realizará las pruebas. Apoyar la conformación de la red territorial de vigilancia basada en la comunidad para identificar de manera oportuna los casos sospechosos o posibles focos de transmisión.

2.2.8 Apoyar la articulación con las autoridades ambientales territoriales y fuerza pública (Policía y Fuerzas Armadas), para las diferentes actividades en el marco de la VSP, incluida la vigilancia de epizootias.

2.2.9 Intensificar las acciones para la Búsqueda Activa Institucional BAI, mediante la revisión de diagnósticos diferenciales para la FA de los códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10 o clasificación implementada al momento, relacionados con FA y la verificación de historias clínicas, criterios de gravedad, área de residencia, ampliándose a dengue grave, leptospirosis y otros síndromes febriles ictéricos.

2.2.10 Vigilar que se realice la notificación inmediata al SIVIGILA de cualquier caso grave probable o confirmado de FA incluyendo muertes, así como, los casos probables y de Eventos Adversos Posteriores a la vacunación contra la fiebre amarilla EAPV, incluyendo caso sospechoso de muerte por EAPV, dando cumplimiento a todas las instrucciones dadas en los protocolos de Vigilancia para FA del INS y de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV del INVIMA.

2.2.11 Enviar informe semanal al MSPS, "SITREP semanal", al email cne@minsalud.qov.co. que incluya:

- Caracterización geográfica y temporal de la situación.
- Número de casos probables y confirmados.
- Caracterización de esos casos (población a riesgo, edades, muertes). Número de contactos identificados.
- Pruebas de laboratorio realizadas a los casos probables y contactos del caso confirmado.
- Estado clínico del caso y de los contactos con las fechas de inicio de síntomas, de exposición y de incubación de los casos probables y confirmados.
- Identificación de muertes y estimación de tasa de letalidad, si aplica.
- Curva epidémica de los casos, identificando casos probables y confirmados.
- Georreferenciación de los casos probables y confirmados.
- Levantamiento de mapeo en cada municipio.
- Resultados de la investigación de campo y entomológica.
- Investigación de epizootias si se realizó. - Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación

2.2.12 Vigilancia entomológica.

Los principales objetivos de la vigilancia entomológica para FA son:

(i) Determinar el riesgo de transmisión en localidades rurales y las cercanas a zonas selváticas debido a la presencia de especies de mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes.

(¡¡) Evaluar la posibilidad de la urbanización de la FA debido a la alta densidad de las especies Aedes aegypti y Aedes albopictus con el fin de implementar medidas de intervención adecuadas y oportunas.

Para ello, las Entidades Territoriales Departamentales en situación de alerta o emergencia deben realizar las siguientes acciones:

- Recolectar información previa relacionada con el evento: antecedentes de reportes de distribución y caracterización entomológica de las especies de los géneros Haemagogus, Sabethes y Aedes en la región y localidad. Se recomienda utilizar la información de levantamiento de índices aédicos y el reporte de la presencia/ausencia de las especies con cinco años de anterioridad para verificar su distribución en las zonas de interés.
- Realizar el estudio de foco entomológico de mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes en bosques aledaños al lugar de la infección, domicilio y áreas de trabajo de los pacientes, en zonas en donde se permita el acceso y el desarrollo de las actividades entomológicas.
- Ante la presencia de epizootias se debe realizar la investigación entomológica de campo, con el fin de conocer el inventario de especies de mosquitos selváticas involucradas en la transmisión de la FA.
- Realizar el análisis de la información entomológica y ambiental obtenida con el fin de conocer los factores incidentes en la transmisión de FA en la región y la localidad.
- Intensificar las acciones de vigilancia entomológica en establecimientos de prestación de servicios de salud con servicios de urgencias y hospitalización (en centros poblados aplica a los puestos de salud), plazas de mercado y terminales de transporte, debidamente armonizada al "Lineamiento para acciones de promoción, prevención y control de vectores en establecimientos especiales", (2014); y "Lineamiento para el manejo integrado de vectores en establecimientos de prestación de servicios de atención en salud en Colombia" (2025).
- Actualizar mapas de riesgo entomológico para las especies de mosquitos vectores de FA, para la planeación de acciones focalizadas de prevención y control.
- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia - LNR, Grupo Entomología del INS, material biológico para control de calidad mediante registro en la plataforma de envío de muestras SIVILAB, así como los informes de las acciones realizadas en el marco del levantamiento de información y vigilancia entomológica en cada ET.
- Detectar la circulación del virus de la FA en mosquitos de los géneros Sabethes, Haemagogus y Aedes en potenciales escenarios de transmisión siguiendo la metodología descrita en el ‘Protocolo para la vigilancia entomológica y entomovirológica de la Fiebre Amarilla en áreas endémicas de Colombia" (INS, 2025). Los pooles de mosquitos serán

remitidos acordes con las capacidades técnicas y operativas de cada entidad territorial al Instituto Nacional de Salud para su procesamiento y posterior emisión de resultados.

2.2.13 Vigilancia de epizootias relacionadas con FA

- Fortalecer los procesos de articulación intersectorial en el marco del Consejo Territorial de Zoonosis, con el fin de coordinar y organizar las actividades de vigilancia y control ante la presencia de epizootias con las Corporaciones Autónomas Regionales - CAR de su jurisdicción y el cuerpo especializado de la Policía Nacional encargado de apoyar a las autoridades ambientales, a los entes territoriales y a la comunidad en general en la defensa y protección del ambiente y los recursos naturales; quedando identificado el o los responsables de cada entidad para el monitoreo de la situación.
- Sensibilizar a la población en general, fundamentalmente de ambientes rurales y silvestres, en cuanto a la observación de primates enfermos, rumores de muerte, observación de osamentas, el cuidado de la flora y fauna, además del manejo adecuado de especímenes para diagnósticos de epizootias. Es importante hacer énfasis en la importancia de evitar la caza y eliminación de primates por parte de las comunidades.
- Establecer flujos de información para la notificación de rumores de muertes de primates, la toma de muestras, conservación y el envío inmediato al INS para su procesamiento (en el marco de las competencias de cada sector). Garantizar que todas las personas involucradas en la manipulación de los animales vivos o de las muestras de estos deberán utilizar el equipo de protección personal - EPP y estar vacunadas para FA. En este sentido, se debe tener en cuenta que las acciones de vigilancia están con cargo a la subcuenta de Salud Pública - Proceso de Vigilancia.

2.3 Línea estratégica de promoción de la salud y prevención primaria de la transmisión. Componente de vacunación para la prevención de la transmisión y reducción de morbilidad:

Ante la presencia de un caso confirmado, epizootias o situaciones de emergencia y alerta, se debe vacunar a toda la población susceptible a partir de los nueve (9) meses de edad.

Las acciones se ejecutarán conforme a la clasificación del riesgo del municipio así:

- En los municipios de Muy Alto Riesgo, se continuará de manera ininterrumpida la vacunación masiva en población general, incluyendo a la población de 60 años y más, así como la vacunación a gestantes a partir de las 12 semanas de gestación, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, residentes o que no les sea posible evitar la permanencia o desplazamiento a veredas con circulación activa del virus de

fiebre amarilla, es decir las veredas con evidencia de casos humanos o epizootias en los últimos seis meses, incluyendo las establecidas en el corredor eco epidemiológico. Para la vacunación de gestantes se requiere valoración médica individualizada de riesgo/beneficio y diligenciamiento del consentimiento/disentimiento informado previo a la aplicación de la vacuna dando cumplimiento a la Circular 029 del 27 de agosto de 2025.

- Realizar barridos documentados casa a casa en las zonas con confirmación de casos. Asimismo, se debe dar continuidad y permanencia a los Puestos de Control Sanitarios en articulación intersectorial con la fuerza pública para la exigencia del carné de vacunación como medida informativa.
- En los municipios de Alto Riesgo, se mantiene la estrategia de vacunación masiva dando cumplimiento a las coberturas mediante articulación intersectorial necesaria para reducir la población susceptible.
- En todos los municipios de Bajo Riesgo, se garantizará la vacunación continua de la población hasta los 59 años, eliminando barreras administrativas como el requisito de "frasco abierto" y permitiendo la vacunación de mayores de 60 años que informen desplazamiento a territorios de muy alto y alto riesgo, con previa realización de anamnesis completa y consentimiento informado, así como la vacunación a gestantes a partir de las 12 semanas de gestación, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, residentes o que no les sea posible evitar la permanencia o desplazamiento a veredas con circulación activa del virus de fiebre amarilla, es decir las veredas con evidencia de casos humanos o epizootias en los últimos seis meses, incluyendo las establecidas en el corredor eco epidemiológico. Para la vacunación de gestantes se requiere valoración médica individualizada de riesgo/beneficio y diligenciamiento del consentimiento/disentimiento informado previa a la aplicación de la vacuna dando cumplimiento a la circular 029 del 27 de agosto de 2025

2.3.1 Responsabilidades de Gobernaciones, Alcaldías y Direcciones territoriales de Salud

a) Evaluar permanentemente las coberturas de vacunación, priorizar acciones de mejoramiento y convocar y socializar los resultados del avance de la vacunación contra la fiebre amarilla en los comités técnico - operativos territoriales.

b) Contar con el talento humano requerido para la planeación, operación y seguimiento de las jornadas de vacunación y para la gestión permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones que incluye manejo de insumes, red de frío, sistema de información y acompañamiento técnico.

c) Asignación y distribución de biológicos e insumos. La entidad territorial debe priorizar la distribución de la vacuna contra la fiebre amarilla en sus municipios de muy alto y alto riesgo para garantizar la vacunación de la población susceptible en estos territorios.

d) Consolidar la información de los municipios o localidades del avance del plan de vacunación y enviar al nivel nacional oportunamente de acuerdo con los lineamientos, realizando análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados.
e) Diseñar e implementar las estrategias de información y comunicación en salud para promocionar la vacunación contra la FA y fortalecer la búsqueda y la demanda de la población susceptible a los servicios de vacunación sin barreras.
f) Coordinar con EAPB las estrategias de prevención y control de su población afiliada para acceder a la vacunación a través de la red prestadora de salud, garantizando la suficiencia de talento humano y logística.
g) Conformar, bajo acto administrativo y/o activar el comité de expertos territoriales, para la evaluación de eventos adversos graves por vacunación contra la fiebre amarilla y la realización de unidades de análisis para la clasificación de los casos, y remitir dicho acto al MSPS a los ocho (8) días al correo cne@minsalud.qov.co y los canales del INVIMA.
h) Realizar las unidades de análisis y validación para la evaluación de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación de fiebre amarilla de los casos notificados al Sistema de VIGIFLOW por parte del Comité Territorial de EAPV del programa permanente de acuerdo con los lineamientos del INVIMA.
i) Seguimiento: A viviendas fallidas, disentimientos, contraindicaciones y la no aceptación de la vacunación de conformidad la ruta de seguimiento a la vacunación de personas con contraindicación y disentimiento descrito en los lineamientos para la vacunación contra la fiebre amarilla en el marco de la emergencia sanitaria Colombia 2025

2.3.2 Entidades Promotoras de Salud y Entidades que administran los regímenes especial y de excepción.

a) Evaluar la capacidad instalada y contratada con su red de prestadores de servicios de salud en el territorio y la logística para garantizar el desarrollo de las acciones de vacunación en el marco del plan de vacunación en el marco de la emergencia sanitaria.
b) Asegurar a través de su red de prestación de servicios, el talento humano en medicina o enfermería para realizar la anamnesis y diligenciamiento de los formatos previos a la vacunación de la población de 60 y más años, con el fin de identificar antecedentes y/o condiciones de salud que pudiesen contraindicar la vacunación, propendiendo por el control de reacciones anafilácticas y eventuales eventos adversos posteriores a la vacunación.
c) Concertar con su red de prestación de servicios el seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años entre 5 a 7 días, entre 15 a 18 días y a los 30 días posteriores a la vacunación, para identificar signos y síntomas sospechosos de EAPV - Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación y generar la atención domiciliaria y/o hospitalaria pertinente y oportuna. Verificar que quede constancia de cada seguimiento posvacunación, según la estrategia utilizada (presencial, virtual, llamada telefónica, jornadas

de salud, entre otras estrategias que apliquen).

d) Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 029 del 27 de agosto de 2025 "*Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana 12 de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/ beneficio"*
e) Garantizar en población diferencial étnica que el personal vacunador y promotor hable la lengua de la comunidad y previamente hubiese realizado un acercamiento a esta para la promoción social y educación de los beneficios de la vacunación.
f) Fortalecer la demanda inducida a través de, diferentes recursos tecnológicos (mensajería de texto, correos electrónicos, redes sociales, seguimiento telefónico y otros), así como lo correspondiente a la indicación médica de la vacunación en la población objetivo en el marco de las rutas integrales de atención en salud, de obligatorio cumplimiento.
g) Participar en los comités técnicos operativos territoriales teniendo en cuenta los compromisos de concertación para la ejecución de la vacunación contra la fiebre amarilla entre EAPB, IPS y entidad territorial.
h) Establecer los mecanismos para verificar el estado vacunal y comunicarlo a sus afiliados.
i) Asegurar la atención en salud y seguimiento en caso de presentarse un Evento Adverso por Vacunación - EAPV. Asegurar la notificación en VIGIFLOW y seguimiento a Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV contra la FA por parte de sus prestadores.
j) Garantizar el seguimiento de la población vacunada mayor de 60 años por parte de la IPS y el asegurador de acuerdo a lo concertado para la operación de la vacunación. Debe quedar constancia a través del Formato de seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años.
k) Seguimiento: A viviendas fallidas, disentimientos, contraindicaciones y la no aceptación de la vacunación de conformidad con la ruta de seguimiento a la vacunación de personas con contraindicación y disentimiento descrito en los lineamientos para la vacunación contra la fiebre amarilla en el marco de la emergencia sanitaria Colombia 2025.

2.3.3 Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS públicas y privadas

a) Acoger los lineamientos técnicos y operativos nacionales para la vacunación contra la fiebre amarilla y participar en el desarrollo del plan de acción, garantizando suficiencia de talento humano y logística para la vacunación de la población objetivo.
b) Garantizar la recepción, custodia, almacenamiento, conservación y distribución de la vacuna contra la FA y demás insumos del PAI bajo protocolos de bioseguridad.
c) Garantizar el talento humano capacitado según la población objeto asignada para cumplir con las actividades propias del PAI.
d) Diseñar e implementar estrategias de información, educación y comunicación en salud, orientadas a promover la vacunación contra la fiebre amarilla, fortalecer la búsqueda activa y

estimular la demanda de la población susceptible, garantizando el acceso sin barreras administrativas.

e) Dar cumplimiento al proceso de vacunación y a los formatos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, asegurando la calidad, oportunidad y completitud del registro de la información.

f) Sensibilizar a los usuarios sobre el riesgo de enfermar por FA si aún no se encuentran vacunados.

g) En todos los puestos y jornadas de vacunación, los vacunadores deberán disponer de los formatos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para el control de la vacunación de la fiebre amarilla y sus contenidos deberán ser incorporados en el PAIWEB.

h) Garantizar el seguimiento de la población vacunada mayor de 60 años por parte de la IPS y el asegurador de acuerdo a lo concertado para la operación de la vacunación. Debe quedar constancia a través Formato seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años.

i) Dar cumplimiento a lo establecido en la Circular 029 del 27 de agosto de 2025 “Directrices para la vacunación de la población gestante contra la fiebre amarilla a partir de la semana 12 de gestación, residente en zonas de muy alta circulación del virus y transmisión activa del brote, previa valoración riesgo/ beneficio”

j) Seguimiento: A viviendas fallidas, disentimientos, contraindicaciones y la no aceptación de la vacunación de conformidad la ruta de seguimiento a la vacunación de personas con contraindicación y disentimiento descrito en los lineamientos para la vacunación contra la fiebre amarilla en el marco de la emergencia sanitaria Colombia 2025.

k) Atención integral, continua y oportuna de los usuarios con sospecha, probable o confirmación de fiebre amarilla, sin barreras administrativas, independientemente del estado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

l) Manejo clínico conforme a los protocolos y guías nacionales vigentes, incluyendo medidas de soporte, seguimiento clínico estrecho y manejo de complicaciones, de acuerdo con el nivel de complejidad de la IPS.

m) Referencia y contrarreferencia oportuna y efectiva de los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad, asegurando la continuidad de la atención y la disponibilidad del soporte asistencia! requerido.

n) Seguimiento clínico de los casos atendidos, incluyendo el monitoreo de la evolución, la identificación temprana de complicaciones y la documentación completa en la historia clínica.

o) Registro oportuno, completo y veraz de la atención clínica, garantizando la trazabilidad de la información y su disponibilidad para fines de vigilancia, control y auditoría.

2.4 Línea estratégica de promoción de la salud y prevención primaria de la transmisión. Componente de manejo integrado de vectores (MIV)

2.4.1 Los departamentos, distritos y municipios, según competencia, desarrollan las acciones contempladas en el lineamiento de Implementación del Manejo Integrado de Vectores para la Prevención y Respuesta Inmediata en municipios de alto y muy alto riesgo para Fiebre Amarilla en Colombia, 2025, con el objetivo de evitar la transmisión urbana de la FA.

2.4.2 Los departamentos, distritos y municipios, según competencia, deben garantizar el talento humano, equipos e insumos críticos requeridos para el desarrollo de las diferentes intervenciones de prevención y control en el marco de la estrategia de manejo integrado de vectores, con base en los lineamientos emitidos por Minsalud.

2.4.3 Los establecimientos que prestan servicios de atención en salud deben intensificar las acciones en el marco de los planes de manejo integrado de vectores institucionales, con el fin mantener en bajo el nivel de riesgo de transmisión de arbovirosis, según lineamiento vigente emitido por Minsalud. Se intensifican las intervenciones en los establecimientos prestadores de servicios de salud, ubicados en municipios y zonas con presencia de Aedes aegypti, receptores de casos en el marco de las redes de atención

A partir de la presente Circular, la meta es “Riesgo Bajo’’ dado el contexto factibilidad eco epidemiológico y hace referencia al riesgo de transmisión asociado a los vectores, en las instituciones prestadoras de servicios de atención en salud.

2.5 Línea estratégica de atención integral de casos

2.5.1 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Empresas Sociales del Estado (ESE), deben estandarizar de forma urgente y homogénea los procesos asistenciales y epidemiológicos para la articulación intensificada de las acciones operativas de los Equipos Básicos en Salud (EBS), ante la presencia de pacientes febriles con sospecha, confirmación o seguimiento clínico de FA, asegurando adherencia, trazabilidad y cierre del caso.

2.5.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Direcciones Territoriales de Salud (DTS) municipales y departamentales, deben implementar las estrategias de capacitación y asistencia técnica continúa dirigidas al personal de urgencias y hospitalización de IPS de baja y mediana complejidad, así como a los Equipos Básicos en Salud (EBS), enfocadas en el reconocimiento del contexto eco-epidemiológico, la identificación temprana de signos de alarma y la priorización clínica mediante grupos de manejo, en concordancia con los lineamientos vigentes del MSPS.
2.5.3 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Direcciones Territoriales de Salud (DTS) municipales y departamentales, deben desarrollar competencias en el inicio oportuno del manejo incluyendo el balance hídrico, la toma prioritaria de paraclínicos esenciales

y la derivación temprana de la ruta de referencia para casos sospechosos de fiebre amarilla del territorio según las condiciones clínicas del paciente.

2.5.4 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades que administran los regímenes especiales y de excepción y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) departamentales deben proyectar, consolidar y ejecutar un plan de contingencia intensificado para la reorganización de la red de prestación departamental, asegurando la preparación institucional para escenarios de alta demanda clínica por FA, incluyendo acceso efectivo a: Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Gastroenterología y Hepatología; activando rutas de telesalud y telemedicina como soporte obligatorio para el acompañamiento clínico en baja y mediana complejidad.

2.5.5 Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) departamentales deben realizar la evaluación de capacidades institucionales y operativas de la red habilitada en cada entidad territorial, incluyendo disponibilidad de servicios de urgencias, hospitalización, UCI, transporte medicalizado cuando aplique, laboratorios clínicos para pruebas críticas, y mecanismos de comunicación anticipada con centros receptores; asegurando la adherencia al lineamiento de atención integral de casos y la oportunidad en la atención, independiente del tipo de aseguramiento del paciente.

2.5.6 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones de Servicios de Salud (IPS) deben implementar, con carácter prioritario y resolutivo, los mecanismos contractuales que permitan la toma y procesamiento de paraclínicos iniciales en el primer nivel de atención en todo el territorio colombiano, garantizando como mínimo la disponibilidad, realización y reporte oportuno de: transaminasas, bilirrubinas, tiempos de coagulación, hemograma con recuento plaquetario, BUN, creatinina y uroanálisis, en concordancia con el lineamiento vigente de atención clínica integral de casos de FAdel MSPS.

2.5.7 Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) departamental y municipal, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones prestadoras de Salud (IPS) deben fortalecer de manera inmediata la implementación operativa de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en el componente clínico, asegurando una atención oportuna, continua, resolutiva e integral de pacientes con fiebre amarilla, mediante la aplicación estricta de lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud), con énfasis en la identificación, mitigación y eliminación de las barreras administrativas, geográficas, económicas y organizacionales que puedan limitar el acceso efectivo a los servicios de salud.

2.6 Línea estratégica de comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud

Será responsabilidad compartida del equipo PAI y del equipo institucional de Comunicaciones de los niveles departamental, distrital, municipal', EAPB e IPS:

2.6.1. Diseñar, implementar y evaluar de manera un Plan de Comunicaciones de inicio inmediato en el que como mínimo incluyan los medios de difusión a utilizar (perifoneo, radio, televisión, redes sociales, entre otros), la periodicidad con la que se empleará cada medio de comunicación y los mensajes claves con el fin de comunicar el riesgo de enfermar o morir por fiebre amarilla, las ventajas y formas acceso a la vacunación contra fiebre amarilla, así como la posibilidad de retractación si en oportunidades anteriores la persona se ha negado a la vacunación.

2.6.2 Publicar de manera permanente los puntos de vacunación, junto con sus respectivos horarios de atención, en la página web institucional y en los demás canales oficiales disponible; la publicación deberá mantenerse actualizada y garantizar el acceso oportuno de la población a la información sobre los servicios de vacunación en todas sus estrategias y tácticas: retenes, casa a casa, concentraciones, intramural entre otros.

2.6.3 Intensificar la difusión mediante la publicación diaria de contenidos en redes sociales y el uso de recordatorios en medios comunitarios o locales.

2.6.4 Reforzar la información en grupos de interés clave, tales como terminales de transporte, trasportadores, aliados estratégicos en sectores productivos, instituciones educativas, líderes comunitarios, asociaciones locales, líderes religiosos e influenciadores de cada comunidad.

2.6.5 Generar alianzas de comunicación con influenciadores locales y medios de comunicación (radio, televisión y medios digitales) que permitan ampliar el alcance de los mensajes del PAI.

2.6.6 Participar activamente en la Sinergia nacional de comunicaciones orientada al posicionamiento de mensajes clave; podrán utilizarse los recursos compartidos oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social o adaptarse los mensajes a la identidad institucional correspondiente. Se debe promover, en todos los niveles, la participación en la sinergia nacional.

2.6.7 Mantener una articulación permanente entre los equipos PAI, los equipos de comunicaciones, farmacovigilancia y el talento humano en salud, con el fin de identificar y gestionar oportunamente posibles situaciones de crisis comunicacional.
2.6.8 Mantener las piezas de información y comunicación necesarias en la implementación de los puestos de control sanitarios, así como de ingreso a las zonas de riesgo tales como: vallas, pasacalles o similares para la comunicación de riesgo.

3. Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas por la Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1949 de 2019 y demás disposiciones concordantes, adelantará las actuaciones administrativas necesarias para verificar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular y de la gestión integral, conforme a sus competencias legales y reglamentarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.9. Circular Externa 046 de 2025

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD — EPS DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS — EA, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD — IPS PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, ENTIDADES TERRITORIALES, USUARIOS, PACIENTES, COMUNIDAD MÉDICA Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

ASUNTO: INCREMENTO PORCENTUAL RESULTANTE DE LA APLICACIÓN DEL VALOR DE LA UPC PARA LA VIGENCIA 2026 Y ESTRUCTURA POR EPS.

FECHA: 30 DIC 2025

En cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 2.5.3.5.1 del Decreto 780 de 2016, y conforme a los criterios establecidos en el artículo 2.5.3.5.2 ibidem, este Ministerio procede a comunicar la proyección del incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para la vigencia 2026, ajustada por ponderadores para cada Entidad Promotora de Salud (EPS) y Entidad Adaptada (EA), así como la estructura del incremento diferenciando los componentes asociados a los servicios y tecnologías que ya se venían financiando.

El Ministerio de Salud y Protección Social fijó el valor de la UPC para la vigencia 2026 mediante la Resolución 2764 del 30 de diciembre de 2025, "Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se dictan otras disposiciones"

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en ejercicio de sus competencias técnicas, realizó las proyecciones del incremento porcentual derivado de la aplicación del valor de la UPC 2026, ajustadas por ponderadores para cada EPS y EA, así como la desagregación de la estructura del incremento, diferenciando los componentes correspondientes a los servicios y tecnologías que ya se venían financiando y a las actualizaciones específicas reconocidas en la vigencia.

Proyección del incremento porcentual resultante de aplicar el valor de la UPC 2026.

Los incrementos del valor de los servicios y tecnologías en salud, exista o no acuerdo de voluntades entre las EPS o EA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar como mínimo el incremento de la Unidad de Pago por Capitación - UPC correspondiente a los servicios y tecnologías que se venían prestando, en armonía con lo previsto en los artículos 10 y 19 de la Resolución 2764 de 2025 expedida por este ministerio.

Cuando los acuerdos contractuales hagan referencia a manuales, tarifarios o referentes de pago, el incremento aplicado no podrá superar el porcentaje aquí comunicado, sin perjuicio de los ajustes derivados de nuevas inclusiones o actualizaciones específicas.

a. Para el Régimen Contributivo, se fijó el incremento de la UPC en 9.0301%.

Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar, como mínimo, el incremento de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían prestando y que corresponde al 9.03%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten. El restante 0.0001% corresponde a la inclusión del CUPS 906341 Dengue antígeno manual.

b. Para el Régimen Subsidiado, se fijó el incremento de la UPC en 16.4901%.

Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar, como mínimo, el incremento de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían prestando y que corresponde al 16,49%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten. El restante 0.0001% corresponde a la inclusión del CUPS 906341 Dengue antígeno manual.

Estructura de los incrementos de la UPC 2026 por EPS y EA

EPS	SERVICIOS Y TECNOLOGIAS QUE SE VENIAN FINANCIANDO	ACTUALIZACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS	TOTAL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			
ALIANSALUD EPS S.A.	9.03%	0.0001%	9.0301%
CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	9.03%	0.0001%	9.0301%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE"	9.03%	0.0001%	9.0301%
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S	9.03%	0.0001%	9.0301%
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	9.03%	0.0001%	9.0301%
EPS SURAMERICANA S.A.	9.03%	0.0001%	9.0301%
EPS FAMISANAR S.A.S	9.03%	0.0001%	9.0301%
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	9.03%	0.0001%	9.0301%
FUNDACION SALUD MIA	9.03%	0.0001%	9.0301%
SALUD BOLIVAR EPS S.A.S	9.03%	0.0001%	9.0301%
NUEVA EPS S.A.	9.03%	0.0001%	9.0301%
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	9.03%	0.0001%	9.0301%
COOSALUD EPS S.A.	9.03%	0.0001%	9.0301%
EPM - EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN	9.03%	0.0001%	9.0301%
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	9.03%	0.0001%	9.0301%
RÉGIMEN SUBSIDIADO			
ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	16.49%	0.0001%	16.4901%
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	16.49%	0.0001%	16.4901%
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA ANAS WAYUU EPSI	16.49%	0.0001%	16.4901%
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	16.49%	0.0001%	16.4901%
PIJAOS SALUD EPSI	16.49%	0.0001%	16.4901%
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	16.49%	0.0001%	16.4901%
EMSSANAR S.A.S.	16.49%	0.0001%	16.4901%
ASMET SALUD EPS S.A.S.	16.49%	0.0001%	16.4901%
CAJACOPI EPS SAS	16.49%	0.0001%	16.4901%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	16.49%	0.0001%	16.4901%
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ	16.49%	0.0001%	16.4901%
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	16.49%	0.0001%	16.4901%
CAPRESOCA E.P.S.	16.49%	0.0001%	16.4901%
CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	16.49%	0.0001%	16.4901%
NUEVA EPS S.A.	16.49%	0.0001%	16.4901%

ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	16.49%	0.0001%	16.4901%
COOSALUD EPS S.A.	16.49%	0.0001%	16.4901%

Nota: En las EPS con habilitación de movilidad entre regímenes se debe reconocer el valor del régimen del afiliado.

Ahora bien, se recomienda que, en toda clase de acuerdos de voluntades, en particular los de modalidad per cápita, se pacte el suministro de información detallada, de tal forma que permita el reporte oportuno de los datos respectivos a este Ministerio.

Es oportuno recordar, que si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigor del ajuste de la UPC para el 2026, las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las entidades adaptadas no han logrado acuerdo sobre el incremento con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud -IPS públicas, privadas o mixtas, deberán aplicar lo previsto en la presente circular, conforme lo prevé el parágrafo del artículo 2.5.3.5.3 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, sin perjuicio de los posteriores acuerdos al que lleguen las partes.

Finalmente, se estima necesario recordar que este Ministerio no interviene directamente en los acuerdos de voluntades, modalidades de pago, pagos o tarifas que se pacten entre entidades responsables de pago y entidades beneficiarías de pago, ni tiene injerencia alguna en las etapas contractuales ni en los acuerdos que pueden establecerse, a partir de la variación de los incrementos de que trata la presente circular, ni de otros factores.

La presente circular rige a partir del primero (1 °) de enero de 2026.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.10. Circular Externa 048 de 2025

PARA: AFILIADOS COTIZANTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUS BENEFICIARIOS, AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SUS BENEFICIARIOS, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD –EPS– DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: ACTUALIZACIÓN DE LOS MONTOS A PAGAR POR CONCEPTO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS (EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO) Y COPAGOS (EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO), EXPRESADAS EN UNIDAD DE VALOR BÁSICO –UVB– PARA LA VIGENCIA 2026.

FECHA: 31 DIC 2025

La Ley 100 de 1993 en los artículos 160 y 187 estableció como deber de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– (cotizantes del régimen contributivo y sus beneficiarios y afiliados al régimen subsidiado y sus beneficiarios) pagar, cuando les corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar, definidos como cuotas moderadoras y copagos, de acuerdo con el régimen de aplicación.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS–, mediante el Acuerdo 30 de 1996, definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras, estableciendo su naturaleza jurídica, finalidad y condiciones de aplicación.

Mediante el Acuerdo 260 de 2004, el cual derogó el Acuerdo 30 de 1996, definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras e indicó su naturaleza y las condiciones para su aplicación estableciendo su valor expresado en porcentaje de salarios mínimos legales diarios vigentes sobre el ingreso base de cotización de los afiliados cotizantes (régimen contributivo) y en un porcentaje de la tarifa en pesos pactada entre las instituciones prestadoras de salud y las entonces denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado (régimen subsidiado).

Posteriormente, mediante el Decreto 1652 de 2022, el Gobierno nacional adicionó el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en lo relativo a la determinación del régimen aplicable al cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al

SGSSS y derogó el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, salvo sus artículos 8, 9, 10 y 11, que tratan de actividades sobre las que se aplican las cuotas moderadoras; forma de aplicación de los copagos del régimen contributivo sobre el ingreso base de cotización de los afiliados; tope de copagos por afiliado beneficiario en el régimen contributivo y de los afiliados dentro del régimen subsidiado, respectivamente.

Dichas disposiciones fijaron los valores de las cuotas moderadoras y copagos expresados como porcentaje de salarios mínimos legales diarios vigentes sobre el ingreso base de cotización de los afiliados cotizantes del régimen contributivo, y como porcentaje de la tarifa en pesos pactada entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado, hoy Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado. Estos instrumentos normativos consolidaron la diferenciación entre cuotas moderadoras como mecanismos de regulación de la demanda y copagos como instrumentos de financiación parcial del servicio, distinción que se mantiene en la regulación posterior.

Por su parte, el artículo 313 de la Ley 2294 de 2023 estableció la UVB como instrumento para la indexación de tarifas, cobros y valores expresados en salarios mínimos o en Unidades de Valor Tributario (UVT), y se asignó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la facultad de definir y publicar anualmente su valor en pesos. En desarrollo de dicho mandato legal, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias regulatorias, procede a implementar y aplicar la UVB en los instrumentos administrativos del sector salud, asegurando que los valores de su competencia sean calculados conforme a su equivalencia en UVB y a la vigencia fiscal correspondiente.

En ese marco normativo, y con el propósito de precisar el alcance y contenido del mandato legal referido, resulta pertinente transcribir la disposición que reglamenta de manera expresa la creación, naturaleza y forma de actualización de la Unidad de Valor Básico (UVB), en los siguientes términos:

> *"ARTÍCULO 313. UNIDAD DE VALOR BÁSICO -UVB-. Créase la Unidad de Valor Básico -UVB-. El valor de la Unidad de Valor Básico -UVB- se reajustará anualmente en la variación del Índice de Precios al Consumidor-IPC- sin alimentos ni regulados, certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE-, en el periodo comprendido entre el primero (1) de octubre del año anterior al año considerado y la misma fecha del año inmediatamente anterior a este.*
>
> *El Ministerio de Hacienda y Crédito Público publicará mediante Resolución antes del primero (1) de enero de cada año, el valor de la Unidad de Valor Básico -UVBaplicable para el año siguiente.*
>
> *(…)*

Todos los cobros; sanciones; multas; tarifas; requisitos financieros para la constitución, la habilitación, la operación o el funcionamiento de empresas públicas y/o privadas; requisitos de capital, patrimonio o ingresos para acceder y/o ser beneficiario de programas del estado; montos máximos establecidos para realizar operaciones financieras; montos mínimos establecidos para el pago de comisiones y contraprestaciones definidas por el legislador; cuotas asociadas al desarrollo de actividades agropecuarias y de salud; clasificaciones de hogares, personas naturales y personas jurídicas en función de su patrimonio y/o sus ingresos; incentivos para la prestación de servicio público de aseo; y honorarios de los miembros de juntas o consejos directivos, actualmente denominados y establecidos con base en salarios mínimos o en Unidades de Valor Tributario -UVT- , deberán ser calculados con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Básico -UVB- del año 2023, conforme lo dispuesto en este artículo.

***PARÁGRAFO PRIMERO.** Si como consecuencia de la aplicación de lo dispuesto en el presente artículo el valor de los conceptos objeto de indexación no es un número entero, se deberá aproximar dicho valor a la cifra con dos (2) decimales más cercana; y si es inferior a una (1) Unidad de Valor Básico -UVB-, se deberá aproximar a la cifra con tres (3) decimales más cercana.*

***PARÁGRAFO SEGUNDO.** Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a las cifras y valores aplicables a tributos, sanciones y, en general, a los asuntos previstos en las disposiciones tributarias, ni en relación con los asuntos de índole aduanera ni de fiscalización cambiaria, que se encuentren medidos o tasados en Unidades de Valor Tributario - UVT.*

***PARÁGRAFO TERCERO.** Los cobros; sanciones; multas; tarifas; requisitos financieros para la constitución, la habilitación, la operación o el funcionamiento de empresas públicas y/o privadas; requisitos de capital, patrimonio o ingresos para acceder y/o ser beneficiario de programas del estado; montos máximos establecidos para realizar operaciones financieras; montos mínimos establecidos para el pago de comisiones y contraprestaciones definidas por el legislador; cuotas asociadas al desarrollo de actividades agropecuarias y de salud; clasificaciones de hogares, personas naturales y personas jurídicas en función de su patrimonio y/o sus ingresos; incentivos para la prestación de servicio público de aseo; y honorarios de los miembros de juntas o consejos directivos, que se encuentren en firme o ejecutoriados con anterioridad al 1 de enero de 2024, se mantendrán determinados en salarios mínimos o en Unidades de Valor Tributario -UVT-, según el caso.*

***PARÁGRAFO CUARTO**. Los valores que se encuentren definidos en salarios mínimos o en UVT en la presente ley, deberán ser calculados con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Básico -UVB- conforme lo dispuesto en el presente artículo, con excepción de lo previsto en el artículo 291 de esta ley en relación con el concepto de vivienda de interés social".*

Teniendo en cuenta la necesidad de indexar los valores referentes a los montos de las cuotas moderadoras, los copagos y los topes máximos de los copagos por evento, es menester expedir el presente documento administrativo, en la medida que dicho valor deberá establecerse con

base en su equivalente en términos de la Unidad de Valor Básico -UVB- a partir de la vigencia 2026.

De acuerdo con lo expuesto debe acogerse lo decidido en la Resolución 3488 del 31 de diciembre de 2025 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se establece el valor de la Unidad de Valor Básico -UVB- para la vigencia 2026 en DOCE MIL CIENTO DIEZ PESOS MONEDA CORRIENTE ($12.110.oo).

En consecuencia, los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en los referidos artículos 8, 9, 10 y 11 del Acuerdo 260 del de 2004, deben calcularse de conformidad con lo establecido en el artículo 313 de la Ley 2294 del 2023, para lo cual se precisa determinar el valor en Unidad de Valor Básico –UVB– de las cuotas moderadoras y los copagos y su valor equivalente en pesos.

Conforme lo anterior, esta cartera procede a realizar las actualizaciones del monto de las cuotas moderadoras y copagos para el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

1. REFERENTE: UNIDAD DE VALOR BÁSICO (UVB)

AÑO	VALOR UVB
2026	$12.110.oo

UVB: Unidad de Valor Básico

2. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

2.1. Monto y valor de la cuota moderadora a vigencia 2026

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	CUOTA MODERADORA EN UVB VIGENCIA 2026	VALOR UVB 2026	CUOTA MODERADORA EN PESOS VIGENCIA 2026	APROXIMACION VALOR CUOTA MODERADORA 2026
MENOR A 2 SMLMV	0.411	$12.110	$ 4.977,21	$ 5.000
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	1.66	$12.110	$20.102,60	$20.100
MAYOR A 5 SMLMV	4.36	$12.110	$52.799,60	$52.800

* Artículo 8º. Monto de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimo (Acuerdo 260 de 2004

2.2. Valor de copago vigencia 2026

RANGO DE INGRESO EN SMLMV*	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
MENOR A 2 SMLMV	11,50%
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%
MAYOR A 5 SMLMV	23,00%

* SMLMV SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE

2.2.1. Tope máximo de copago por evento afiliado beneficiario vigencia 2026

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	COPAGO EN UVB DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026	VALOR UVB 2026	COPAGO EN PESOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026
MENOR A 2 SMLMV	30,86	$12.110	$373.715
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	123,67	$12.110	$1.497.644
MAYOR A 5 SMLMV	247,35	$12.110	$2.995.409

* Artículo 9º. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV). (Acuerdo 260 de 2004)

2.2.2. Tope máximo de copago por año afiliado beneficiario vigencia 2026

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	TOPE MÁXIMO POR AÑO POR AFILIADO BENEFICIARIO SMLMV	COPAGO EN UVB DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026	VALOR UVB 2026	COPAGO EN PESOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026
MENOR A 2 SMLMV	57.5%	61.84	$12.110	$ 748.882
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	230%	247.35	$12.110	$2.995.409
MAYOR A 5 SMLMV	460%	494.69	$12.110	$5.990.696

* Artículo 10. Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV). (Acuerdo 260 de 2004)

3. RÉGIMEN SUBSIDIADO

3.1. Cuota moderadora vigencia 2026

En el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

3.2. Valor de los copagos vigencia 2026

REGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
COMO MÁXIMO EL:	10%

3.2.1. Tope máximo de copagos por evento* y por año calendario** vigencia 2026

RÉGIMEN SUBSIDIADO	% DE TOPES EN SMLMV	TOPE EN UVB	VALOR UVB 2026	TOPE EN PESOS
TOPE POR EVENTO	50%	53,77	$12.110,00	$ 651.155
TOPE AL AÑO	100%	107,54	$12.110,00	$1.302.309

* Artículo 11. Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado. (SMLMV). (Acuerdo 260 de 2004)

La presente Circular rige a partir del 01 de enero de 2026.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.10. Circular Externa Conjunta 049 de 2025

PARA: GOBERNACIONES, ALCALDÍAS, SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O QUIENES HAGAN SUS VECES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD — IPS, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD — EPS, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, Y COMUNIDAD EN GENERAL.

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MSPS E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD – INS.

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA INTENSIFICACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON EL PROPÓSITO DE PREVENIR Y REDUCIR LA MORBILIDAD RELACIONADA CON EL VIRUS DE LA INFLUENZA A(H3N2).

FECHA: 31 DIC 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus funciones y actuando como órgano rector del sector salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1438 de 20111 y de conformidad con las competencias previstas en los numerales 4 y 7 del artículo 2 del Decreto-Ley 4107 de 2011 que establecen: “4. Formular, adoptar, coordinar, la ejecución y evaluación de estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.” y “7. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades.”, y el Instituto Nacional de Salud en cumplimiento de sus funciones establecidas en el artículo 4 del Decreto 4109 de 2011, imparten directrices para la intensificación y fortalecimiento de acciones de atención integral en salud con el propósito de prevenir y reducir la morbilidad relacionada con el virus de la Influenza A(H3N2), previo las siguientes consideraciones:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Alerta Epidemiológica de diciembre 4 de 2025, sobre influenza estacional para la Región de las Américas, informó que con el cierre de la vigencia 2025, en el hemisferio sur, y el inicio de la temporada 2025-2026, en el hemisferio norte, se ha observado un incremento global de la actividad de virus influenza A, predominando este tipo de virus con un aumento progresivo de la circulación del subtipo influenza A(H3N2), incluyendo el subclado K en América del norte y otras regiones del mundo.

A la fecha, el subclado K (J.2.4.1), ha sido detectado en algunos países de Sur América y su expansión en Europa y Norteamérica incrementa el riesgo de introducción en toda la región, por lo cual se debe fortalecer la vigilancia virológica y genómica activa, así como la estrategia de vacunación a los grupos de riesgo y las medidas de control.

Actualmente en el territorio nacional continúan circulando los subtipos habituales de virus de la influenza A, principalmente H1N1 y H3N2. Desde el Laboratorio de Salud Pública de Antioquia se notificó la detección del virus influenza A(H3N2) subclado K, en un caso correspondiente a un paciente menor de 5 años que consultó con síntomas respiratorios leves, incluyendo fiebre, rinorrea y tos, con antecedente de viaje internacional en crucero desde Miami; no obstante, en muestras adicionales analizadas del virus AH3N2 procedentes de Antioquia, Nariño y Boyacá no se ha demostrado circulación de este nuevo clado K.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, mantienen un seguimiento epidemiológico, virológico y genómico permanente para la detección oportuna de posibles cambios en el comportamiento viral, en el marco de la vigilancia intensificada de virus respiratorios en todo el país. Mientras que, en 2019, la circulación de influenza A(H3N2) fue alta, con un 12,8%, siendo superior a la influenza A(H1N1) con el 8,7%; en 2023, la circulación de A(H3N2) fue baja (0,2%), predominando A(H1N1). En 2024, se observó una positividad en la influenza A(H3N2) de 4,9%, acercándose a A(H1N1) que presentó el 5,9% y en 2025 (hasta la semana epidemiológica 48), ambos subtipos circulan en proporciones similares: A(H1N1) (4,9%) y A(H3N2) (4,4%).

Esta situación se explica porque Colombia, al pertenecer a la Subregión Andina, presenta circulación del virus de influenza durante todo el año, con picos estacionales asociados a cambios climáticos. A lo anterior, se suma la movilidad de viajeros y la conectividad con países del hemisferio norte y sur que favorecen la introducción y persistencia de H3N2 en el territorio nacional.

En este sentido, se considera necesario impartir las siguientes acciones de intensificación y fortalecimiento de la prevención, vigilancia y control de la influenza, estableciendo directrices específicas de acuerdo con las responsabilidades de los actores del sistema de salud, tales como

las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o quienes hagan sus veces, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y demás entidades involucradas en la vigilancia, atención y respuesta en salud pública.

1. SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O QUIEN HAGA SUS VECES:

- Realizar la investigación de campo a todos los casos notificados al Sistema de Vigilancia como Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) inusitada en las primeras 48 horas de notificación.
- Realizar la unidad de análisis, con la participación de todos los actores del programa de Infección Respiratoria Aguda (IRA), de cada muerte reportada por esta causa en menores de cinco años, así como de los casos notificados como IRAG inusitado, con el propósito de determinar la causa del fallecimiento, evaluar las acciones implementadas, identificar posibles brechas en la calidad de la atención en salud y formular planes de mejora orientados a la prevención de eventos similares.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción.
- Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.
- Adoptar y adaptar el Lineamiento Técnico y Operativo para la vacunación contra la influenza estacional – Cepa Sur, publicado en lineamientos-tecnicos-operativosvacunacion-influenza-estacional-cepa-sur-2025.pdf, garantizando su implementación conforme a las condiciones epidemiológicas, operativas y logísticas del territorio, así como a las existencias actuales del biológico disponible en el área de su jurisdicción, con el fin de optimizar su uso y asegurar la protección de la población objetivo.
- Identificar la red de prestadores de servicios de salud básicos y/o complementarios que realizan atención a posibles casos de IRAG en servicios como consulta externa, urgencias, Unidad de Cuidado Intensivo e intermedio.
- Realizar inventario de red de prestadores de servicios básicos o complementarios que cuentan con estrategia de Salas ERA.
- Planear y ejecutar estrategias de información en salud y educación para la salud, incentivando la demanda inducida y atención prioritaria de personas con factores de riesgo en el marco de ejecución, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud que incluya menores de 5 años en áreas urbanas, rurales y rurales dispersas.
- Garantizar la conformación de un equipo funcional para la planificación y monitoreo de acciones de IRAG desde salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, participación social.

- Generar estrategias de información en salud y educación para la salud en los mensajes claves del Programa IRA/EDA, para la prevención de la IRAG, que involucren pautas de cuidado, acorde al contexto cultural y económico de las personas, familias y comunidades.
- Realizar la identificación temprana del riesgo, evaluación de signos de peligro y activar la ruta de referencia y contrarreferencia en personas con IRAG que incluya atención en población menor de 5 años y mayores de 60 años, desde los Equipos Básicos de Salud (EBS), equipos de intervenciones colectivas, equipos extramurales, entre otros que involucren la APS. • Realizar la distribución del medicamento Oseltamivir de acuerdo con los Lineamientos Nacionales para la prevención, atención, diagnóstico y control de casos graves de influenza, con especial indicación en aquellos que requieren internación en hospitalización o cuidado crítico.
  https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineam iento-tecnico-nacional-manejo-uso-oseltamivir.pdf
- Promover el fortalecimiento de capacidades a líderes comunitarios, promotores de salud, vigías de salud, en torno a los mensajes claves del programa de IRA/EDA, signos de alarma, prácticas de cuidado.

2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD — EPS, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN:

- Asegurar a sus afiliados la realización de la recolección de muestras respiratorias y las pruebas diagnósticas correspondientes a través de su red de prestadores, conforme a lo previsto en la Circular Externa Conjunta 031 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, tanto para el diagnóstico clínico como para los fines de vigilancia epidemiológica en los casos que lo requieran.
- Requerir a su red de prestadores que realicen la notificación por medio del SIVIGILA y las fichas establecidas para los casos sospechosos probables o confirmados de infección respiratoria aguda según las definiciones de caso establecidos en los lineamientos nacionales.
- En caso de muerte probable por IRAG inusitado o muerte por IRA en menores de cinco años, asegurar los procesos de necropsia, toma de muestra y envío al laboratorio de Salud Pública.
- Fortalecer la articulación y coordinación entre los actores de la red de prestadores de servicios de salud, con el propósito de garantizar el acceso efectivo a la vacunación contra la influenza estacional – Cepa Sur de la población objetivo definida en el Lineamiento Técnico que se encuentra publicado en lineamientostecnicos-operativos-vacunacion-influenza-estacional-cepa-sur-2025.pdf, superando las barreras asociadas a traslados

institucionales, cambios de residencia y otros factores administrativos, y teniendo en cuenta las existencias actuales del biológico en cada territorio.

- Identificar la red de prestadores de servicios de salud básicos y/o complementarios que realizan atención a posibles casos de IRAG en servicios como consulta externa, urgencias, Unidad Ciudad Intensivo e intermedio.
- Realizar inventario de red de prestadores de servicios básicos o complementarios que cuentan con estrategia de Salas ERA, y generar fortalecimiento técnico de capacidades para la identificación de casos, garantizando remisión oportuna a los servicios de salud de mayor complejidad acorde a la condición clínica de cada caso.
- Generar estrategias de seguimiento, demanda inducida y valoración integral del riesgo en menores de 5 años, y otros cursos de vida, frente a las actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, los mecanismos de acceso a los servicios de salud en la población afiliada y no afiliada en el sistema de salud.
- Planear y ejecutar estrategias de información en salud y educación para la salud, incentivando la demanda inducida y atención prioritaria de personas con factores de riesgo en el marco de ejecución ruta de promoción y mantenimiento de la salud que incluya menores de 5 años en áreas urbanas, rurales y rurales dispersas.
- Garantizar la conformación de un equipo funcional para la planificación y monitoreo de acciones de IRA/IRAG, desde salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, participación social.
- Generar estrategias de información en salud y educación para la salud en los mensajes claves del Programa IRA/EDA, para la prevención de la IRA/IRAG, que involucren pautas de cuidado, acorde al contexto cultural y económico de las personas, familias y comunidades.
- Realizar la distribución del medicamento Oseltamivir de acuerdo con los Lineamientos Nacionales para la prevención, atención, diagnóstico y control de casos graves de influenza, con especial indicación en aquellos que requieren internación en hospitalización o cuidado crítico. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-tecnico-nacional-manejo-uso-oseltamivir.pdf
- Garantizar que la Red Prestadora de Servicios de Salud contratada, asegure la disponibilidad de Salas ERA, así como la implementación de protocolos de remisión de la población menor de 5 años, población mayor de 60 años entre otras con signos de alarma de IRA/IRAG a servicios de mayor complejidad desde zonas rurales, rurales dispersas, cabeceras municipales, y centros urbanos.
- Verificar adecuadas condiciones de operación de las salas ERA en los servicios de urgencias o consulta externa, de manera que se cumplan estándares de habilitación en talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos e insumos garantizando su calidad, seguridad y continuidad en la atención, adicional se cumplan las medidas de bioseguridad y control de infecciones intrahospitalaria.

- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes realizan contratación para la presentación de servicios de salud de sus afiliados, desarrollen acciones de fortalecimiento de capacidades al talento humano en salud que brinda atención, diagnóstico por laboratorio, tratamiento y seguimiento oportuno de casos de IRA/IRAG en cumplimiento de enfoques y estrategias poblacionales y diferenciales.
- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los laboratorios contratados, realicen reporte oportuno de laboratorios diagnósticos al médico o prestador de servicios tratante del caso, con una oportunidad máxima entre 48 a 72 horas en el caso de pruebas moleculares, para la identificación del agente etiológico en el marco de la atención individual de casos. Asimismo, garantizar la notificación oportuna de los casos al sistema de vigilancia nacional.
- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, implementen estrategias de información en salud y educación para la salud, relacionadas con los tres mensajes claves de IRA, dirigido a padres, madres y cuidadores de menores de cinco años y mayores de 60 años, en las Salas ERA, salas de espera y urgencias, de acuerdo con el contexto socio cultural de la población.
- Atender de manera urgente los requerimientos enviados por la Entidad Territorial municipal, distrital o departamental, a través del CRUE, para la referencia oportuna de personas identificadas con signos de peligro de IRA/IRAG, desde los servicios de urgencia y consulta externa.

3. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

- Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación y notificación al sistema de vigilancia en salud pública de los casos de IRA en todas sus estrategias.
- Notificar inmediatamente al SIVIGILA, mediante la ficha epidemiológica del evento código 348, diligenciando correcta y completamente todas las variables a todo caso de IRAG, sin importar la presencia o no de enfermedad de base, que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

  - Ser trabajador de salud.
  - Individuo con antecedente de viaje en los últimos 14 días a áreas de circulación de virus de influenza A(H3N2) u otros agentes respiratorios nuevos con potencial pandémico.
  - Paciente que ingresa con IRAG sin etiología determinada, con deterioro clínico, con evolución rápida hasta choque séptico (72 horas) (necesidad de vasopresores), y/o necesidad de ventilación mecánica asistida.
- Asegurar la recolección y envío de las muestras respiratorias requeridas al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

- Aplicar oportunamente la vacuna contra la influenza estacional – Cepa Sur a la población objeto, de conformidad con lo definido en el Lineamiento Técnico de influenza que se encentra publicado en lineamientos-tecnicos-operativosvacunacion-influenza-estacional-cepa-sur-2025.pdf, y los saldos existentes del biológico en cada territorio, implementando la estrategia de vacunación sin barreras de acuerdo a los saldos existentes en cada Entidad Territorial. Asimismo, asegurar el registro completo, oportuno y de calidad de las dosis administradas en el sistema de información PAIWEB y el reporte correspondiente conforme a la normatividad vigente.
- Fortalecer en trabajadores de la salud la vacunación contra influenza estacional, el uso de elementos de protección personal, implementación de las medidas de precaución universales, así como compra o disponibilidad de elementos de protección respiratoria como mascarilla quirúrgica o respirador N-95, acorde al riesgo evaluado, y el mecanismo de transmisión de la enfermedad, en servicios de urgencias, consulta externa o según corresponda.
- Generar estrategias de seguimiento, demanda inducida y valoración integral del riesgo en menores de cinco años, y otros cursos de vida, frente a las actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, los mecanismos de acceso a los servicios de salud en la población afiliada y no afiliada en el sistema de salud.
- Planear y ejecutar estrategias de información en salud y educación para la salud, incentivando la demanda inducida y atención prioritaria de personas con factores de riesgo en el marco de la ejecución de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud que incluya menores de 5 años en áreas urbanas, rurales y rurales dispersas.
- Garantizar la conformación de un equipo funcional para la planificación y monitoreo de acciones de IRA/IRAG, desde salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, participación social.
- Generar estrategias de información en salud y educación para la salud en los mensajes claves del Programa IRA/EDA, para la prevención de la IRA/IRAG, que involucren pautas de cuidado, acorde al contexto cultural y económico de las personas, familias y comunidades.
- Atender de manera urgente los requerimientos enviados por la Entidad Territorial municipal, distrital o departamental, a través del CRUE, para la referencia oportuna de personas identificadas con signos de peligro de IRA/IRAG, desde los servicios de urgencia y consulta externa, de acuerdo con el art. 12 de la Resolución 2335 del 2023.

4. LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES Y DISTRITAL:

- Capacitar a su red de laboratorios en los lineamientos y técnicas para la detección y vigilancia de agentes virales causantes de IRA.
- Asegurar la recolección, procesamiento o envío al laboratorio nacional de referencia (LNR) de las muestras que cumplan con definición de caso para la vigilancia de IRA. Adicional al

seguimiento y captación de las muestras positivas para influenza que no cuenten con un subtipo detectado por una técnica de biología molecular, de acuerdo con lo determinado en los lineamientos de vigilancia por laboratorio dados por el LNR.

- Prestar especial atención al incremento de casos de influenza A no subtipificada, dado su posible vínculo con cambios genéticos recientes.
- Apropiar recursos para sostenibilidad e implementación de métodos de ensayos para el diagnóstico y confirmación de los agentes relacionado con IRA por metodologías automatizadas o de biología molecular.
- Definir estrategias para que los resultados emitidos tengan un alcance oportuno y efectivo a las partes interesadas en el contexto de la vigilancia epidemiológica de IRA, teniendo en cuenta los tiempos definidos para ajuste de caso, unidades de análisis y demás actividades de toma de decisiones en salud pública.
- Dar cumplimiento a los lineamientos de la Resolución 1646 de 2018 y su anexo técnico, de acuerdo al comportamiento de vigilancia epidemiológica por laboratorio.

5. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA- IRA:

- Fortalecer la estrategia multimodal de lavado de manos en los siguientes momentos:

  - Siempre al llegar a lugares cerrados como casa, colegio, universidad u oficina.
  - Antes de consumir algún alimento o bebida.
  - Antes y después de tener contacto con alguien que presente signos o síntomas de enfermedad respiratoria.
  - Después de tocarse la nariz, toser o estornudar.
  - Después de usar el baño. - Luego de haber tomado el transporte público.
  - Siempre que las manos estén visiblemente sucias

- Iniciar, completar y terminar los esquemas de vacunación para la población menor de cinco años y mayores de 60 años, de acuerdo con el esquema nacional de vacunación para Colombia.
- Fomentar las medidas de ventilación e iluminación en el hogar, los espacios de trabajo, en centros de paso, alojamientos temporales, centros comunitarios, servicios de salud etc.
- Si tiene síntomas respiratorios se recomienda el uso de tapabocas >2años de manera permanente, especialmente si va a tener contacto con poblaciones susceptibles como niños, adultos mayores o personas Inmunocomprometidas.
- Al toser o estornudar, cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o un pañuelo desechable.
- Cuando se presenta un cuadro de infección respiratoria aguda, se recomienda permanecer aislado en casa durante al menos 7 días a partir del inicio de síntomas, evitando enviar a los

niños que evidencien signos o síntomas de enfermedad a la institución educativa, en la medida de lo posible.

6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL:

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas por 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 para verificar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular. La inobservancia de las disposiciones aquí contenidas acarreará las sanciones correspondientes por parte de los órganos y entes de control competentes.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

3. **CONCEPTOS**.

3.1. ASUNTO: **Consulta respecto a la Naturaleza jurídica de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Radicado 2025423002809412 – ID 1107378.

Respetado señor:

Se ha recibido en este Ministerio su comunicación, en la cual solicita concepto sobre el vínculo entre el ciudadano y la Entidad Promotora de Salud - EPS, obligaciones y derechos derivados de este vínculo y el fundamento de esta relación. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

*"**HECHOS***

1. *En el sistema general de seguridad social en salud, los ciudadanos se afilian a una EPS bajo distintos regímenes: contributivo, subsidiado, especial o de excepción.*
2. *Sin embargo, no siempre es claro para la ciudadanía cuál es la naturaleza jurídica exacta de ese vínculo, sus características, derechos, obligaciones y limitaciones, así como las implicaciones legales de la afiliación.*
3. *Esta información resulta de interés general para comprender el alcance del contrato o relación jurídica entre el ciudadano y la EPS.*

SOLICITUD
Respetuosamente solicito al Ministerio de Salud y Protección Social emitir un concepto escrito, jurídico y técnico que indique:

a) ¿Cuál es la naturaleza jurídica del vínculo entre un ciudadano y una EPS, según el régimen de afiliación (contributivo, subsidiado, especial o de excepción)?
b) ¿Ese vínculo es contractual, reglamentario, legal o de otra índole?
c) ¿Cuáles son las obligaciones y derechos principales que nacen de dicho vínculo para ambas partes?
d) ¿En qué normas legales y reglamentarias se fundamenta esta relación?"

II. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se ciñe en resolver los interrogantes planteados en la consulta, aclarando para el efecto, la naturaleza jurídica de la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los derechos y obligaciones que esta genera para el afiliado y la Entidad Promotora de Salud – EPS.

III. FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Para los efectos del presente pronunciamiento, se tendrán como sustento las siguientes disposiciones normativas y jurisprudenciales:

- Artículos 155[1], 156, 159, 160, 177, 178, 179, 183 y 279 de la Ley 100 de 1993[2].
- Artículo 57 de la Ley 30 de 1992[3], modificado por el artículo 1 de la Ley 647 de 2001[4], esta última modificada por la Ley 1443 de 2011[5].
- Artículo 28[6] de la Ley 1437 de 2011[7].
- Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015[8].
- Artículo 1[9] de la Ley 1755 de 2015[10].
- Artículos 2.1.1.3, 2.1.1.10 y 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016[11].
- Resolución 229 de 2020[12].

Sentencia 3535 – 2021 del 18 de agosto de 2021 emitida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia

IV. ANÁLISIS JURÍDICO

Con el propósito de atender su consulta, se estructurará el presente análisis jurídico en el siguiente orden: *(i)* Naturaleza jurídica de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS e inscripción en una EPS;*(ii)* Noción y alcance del acto jurídico; *(iii)* Derechos y obligaciones de los afiliados y de las EPS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y; *(iv)* Regímenes especiales y de excepción.

1. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS e inscripción en una Entidad Promotora de Salud

Como participes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a lo previsto en el literal a), numeral 2 y numerales 5 y 6 del artículo 155 de la Ley 100 de 1993, las personas naturales y las Entidades Promotoras de Salud se relacionan de acuerdo a una serie de principios, derechos y obligaciones, fijadas por el Estado en el ordenamiento jurídico colombiano.

Por su parte, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 define a las EPS como entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, con la función básica de garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio, actualmente Plan de Beneficios en Salud (PBS), de la siguiente manera:

*"**ARTÍCULO 177.** Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de qué trata el Título III de la presente Ley."*

Respecto a la definición de afiliación, afiliado e inscripción, el Decreto 780 de 2016 artículo 2.1.1.3 numerales 1 y 2, indica que:

***"Artículo 2.1.1.3.** Definiciones. Para los efectos de la presente Parte, se establecen las siguientes definiciones:*

1. Afiliación: Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccio-nal, por una única vez, y de la inscripción en una entidad promotora de salud o Entidad Obligada a Compensar (EOC).

2. Afiliado: Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las presta-ciones económicas.
(…)

9. Inscripción a la entidad promotora de salud: Es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una entidad promotora de salud a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

(…)"

Aunado a lo anterior, el artículo 2.1.3.1 del decreto en comento, nos indica como reglas de afiliación comunes a los regímenes contributivo y subsidiado que:

***"Artículo 2.1.3.1.** Afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC), mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.*

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado y aquellas relacionadas con las cuotas moderadoras y copagos para la prestación de los servicios de conformidad con las normas vigentes las cuales deberán ser informadas al afiliado.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no habrá afiliaciones retroactivas."

En cuanto a la palabra vínculo a la que alude en su escrito el diccionario panhispánico del español jurídico la define como la *«Unión de una persona con otra.»**[13]***, para el caso que nos ocupa, ese vínculo se traduce materialmente en un acto de afiliación entre una persona natural (Afiliado) con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y consecuente con ello en una inscripción con una persona jurídica (Entidad Promotora de Salud), encargada de garantizar la prestación del servicio de salud en el SGSSS.

2. Acto jurídico, noción y alcance

El acto jurídico ha sido definido por la jurisprudencia, como aquella expresión de la voluntad de una persona, que tiene por efecto o finalidad la creación, modificación o la extinción de un derecho. Sobre el particular la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC 3535 – 21 del 18 de agosto de 2021, señaló:

"(…)

Esta Corte ha acuñado la expresión «negocio jurídico». La ha empleado en numerosísimas oportunidades. En la sentencia CSJ SC del 9 de abril de 1937, explicando la configuración y efectos de las condiciones del Derecho de las Obligaciones, tuvo ocasión de declarar:

"(...) Cuando el acontecimiento futuro e incierto no limita la producción del efecto jurídico o su cesación, sino que de su llegada o presencia depende, por disposición expresa de la ley, la eficacia del efecto jurídico, no exige una condición propiamente dicha sino impropia o aparente (...) Los negocios jurídicos que contienen esta clase de condiciones suelen ser calificados de ineficaces pendientes (...)" (Se resalta).

En sentencia de 27 de septiembre de 1961, al tratar las distinciones entre el «hecho jurídico» y el «acto jurídico», definió de esta manera a los últimos:

***"La distinción entre actos y hechos jurídicos, por necesidad lógica, se ha impuesto al legislador como criterio diferencial en materia de restricción o libertad probatoria. Porque, siendo el acto jurídico una manifestación de voluntad, que tiene por fin la creación, la modificación o la extinción de un derecho**, es posible, en el momento en que tal manifestación se*

produce, consignarla por escrito, ya en orden a la constitución misma del acto, ya para que le sirva simplemente de prueba" (Subrayas y negrillas fuera del original).
(…)" (resalto fuera de texto)

3. Derechos y obligaciones de los afiliados y de las EPS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

- **Derechos y Deberes del afiliado al SGSSS**

Los derechos y deberes del afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, son los contemplados en los artículos 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 y artículo 2.1.1.10 del Decreto 780 de 2016, que obedecen, respectivamente, a lo siguiente:

Ley 100 de 1993:

"ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:
1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.
4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud."

"ARTÍCULO 160. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.

6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes."

Ley 1751 de 2015:

"ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
(…)

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
(…)

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

PARÁGRAFO 1o. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

PARÁGRAFO 2o. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1o."

Decreto 780 de 2016:

*"**Artículo 2.1.1.10.** **Deberes de las personas.** Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema. "*

Adicionalmente, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los derechos y deberes de los afiliados tanto del régimen contributivo como subsidiado, se encuentran condensados en el contenido de la Resolución 229 de 2020, que regula la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente, de la cual le remitimos copia para su conocimiento.

- **Deberes de las Entidades Promotoras de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Las Entidades Promotoras de Salud tienen a su cargo la afiliación, lo anterior para que la persona afiliada pueda acceder a los beneficios que reconoce el SGSSS, al respecto el literal e) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, prevé:

> *"ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:*
>
> *(…)*
>
> *e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;*
>
> *(…)"*

Ahora, los artículos 177 (previamente transcrito), 178, 179, 183 ibidem, establecen deberes y prohibiciones que, para el buen funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, han sido asignados a las EPS respectivamente, así:

> *"ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:*
>
> *1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
>
> *2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
>
> *3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud*

tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

(…)".

ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

(…)

ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

PARÁGRAFO 2o. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Regímenes especiales y de excepción

En principio, todas las personas residentes en el territorio nacional deben estar afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, salvo aquellas que cumplan los requisitos para pertenecer a alguno de los regímenes exceptuados o especiales previstos en la ley. En particular, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 establece las excepciones al Sistema Integral de Seguridad Social, al precisar los grupos poblacionales y entidades que, por sus condiciones específicas o por la existencia de regímenes propios anteriores, no se incorporan al sistema general creado por dicha ley.

> *"**ARTÍCULO 279.** Excepciones. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.*
>
> *Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.*
>
> *Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.*
>
> *Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.*
>
> *(...)"*

Además de lo anterior, el legislador, mediante el artículo 57 de la Ley 30 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 647 de 2001, esta última modificada por la Ley 1443 de 2011 autoriza un régimen especial en Seguridad Social en Salud para las universidades del Estado y otras instituciones de educación superior estatales u oficiales, lo que significa que estas instituciones se regularán por normas distintas a las del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

"ARTÍCULO 57. Las universidades estatales u oficiales deben organizarse como entes universitarios autónomos, con régimen especial y vinculados al Ministerio de Educación Nacional en lo que se refiere a las políticas y la planeación del sector educativo.

Los entes universitarios autónomos tendrán las siguientes características: Personería jurídica, autonomía académica, administrativa y financiera, patrimonio independiente y podrán elaborar y manejar su presupuesto de acuerdo con las funciones que le corresponden.

El carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente ley
(…)"

V. RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO

Previo a dar respuesta a los interrogantes planteados en la consulta, debe indicarse que esta Dirección aborda el presente concepto en el marco de las normas aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual en el mismo no se analizará la naturaleza jurídica o efectos de la afiliación y los derechos y deberes de los diferentes actores de los Regímenes de Excepción o Especiales de salud, en la medida en que estos se regulan por unas disposiciones especiales o particulares ajenas a las contempladas para el SGSSS.

Aclarado lo anterior, se procede a resolver los interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos, así:

a) *¿Cuál es la naturaleza jurídica del vínculo entre un ciudadano y una EPS, según el régimen de afiliación (contributivo, subsidiado, especial o de excepción)?*
b) *¿Ese vínculo es contractual, reglamentario, legal o de otra índole?*

Como los anteriores interrogantes presentan unidad de materia, se dará una sola respuesta, de la siguiente manera:

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el vínculo entre el ciudadano y este tiene un origen de carácter legal que emana de la Ley 100 de 1993. Para el caso que nos ocupa ese vínculo se llama afiliación y es el que le permite a los ciudadanos que pasan a llamarse afiliados, el acceder a todos los beneficios y prestaciones que reconoce el SGSSS.

Ahora, teniendo en cuenta que en el marco de lo dispuesto en los artículos 156, 177 y 178 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 2.1.1.3 y 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016, el vinculo entre una EPS y el afiliado, se genera mediante el acto de afiliación al SGSSS y el de inscripción ante una EPS, el cual en sí mismo es un acto jurídico, definido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en su Sentencia SC 3535 -2021 del 18 de agosto de 2021 como aquella manifestación de la voluntad que crea, modifica o extingue un derecho. Se entiende entonces que en el SGSSS ese acto jurídico de afiliación crea el derecho a acceder a la prestación de los servicios de salud y al reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del referido sistema, también marca el acceso y cumplimiento de los derechos y deberes a los cuales se ha hecho alusión en el presente concepto.

La inscripción con una EPS genera entonces para el afiliado como ya se indicó el derecho a que esta le garantice la prestación de servicios de salud y el pago de prestaciones económicas y para las EPS el deber de garantizar

al afiliado y el deber de cumplir con las obligaciones señaladas en las normas relacionadas en el presente pronunciamiento principalmente.

c) *¿Cuáles son las obligaciones y derechos principales que nacen de dicho vínculo para ambas partes?*

Los derechos y obligaciones de las personas afiliadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran previstos en los artículos 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 2.1.1.10 del Decreto 780 de 2016 y, adicionalmente, aquellos condensados en la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente contenidos en la Resolución 229 de 2020.

En cuanto a las EPS, los artículos 156, 177, 178, 179 y 183 de la Ley 100 de 1993, principalmente, mencionan las obligaciones y prohibiciones estas entidades para con el SGSSS y para con los afiliados.

d) *¿En qué normas legales y reglamentarias se fundamenta esta relación?"*

La relación entre la persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inscrita en una Entidad Promotora de Salud, en el referido sistema, se fundamenta de manera enunciativa, y sin limitarse, a las disposiciones legales y reglamentarias, expuestas en el presente concepto.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: "*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".*

Cordialmente,

3.2. ASUNTO: Consulta elevada ante este Ministerio frente a servicios brindados en una IPS a una persona fallecida. Radicado. 2025424003316402 – ID 1214996.

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, en la que eleva una consulta a este Ministerio relativa a la atención en salud brindada a una persona fallecida y en la que se plantean unos interrogantes relacionados. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

La consulta planteada y que genera la emisión del presente pronunciamiento se formula bajo los siguientes antecedentes:

> *"(…)*
>
> *Por medio del presente quiero hacer unas preguntas teniendo en cuenta los siguientes hechos:*
> *1.En un hospital público o una clínica privada la policía nacional lleva a una persona que estaba pidiendo ayuda porque minutos antes había sido víctima de un «sic» lesión por arma de fuego*
> *2.En dicho hospital o clínica la policía sijin le hace el levantamiento al cadáver y en dicho informe se pone que el médico de turno no entrego «sic» epicresis «sic» y no quiso firmar cadena de custodia*
> *3.Se procede a solicitarle al hospital público o clínica privada, la historia clínica, y ellos contestan inicialmente que no existe historia clínica porque la persona llego «sic» sin signos vitales y no era necesario hacerlo que solamente se hace con las personas que ingresen con vida.*
> *4.En otra petición se le solicito «sic» al hospital o a la clínica que como «sic» probaban que lo habían atendido si no existe historia clínica, y contestaron que que «sic» el médico de turno le tomo «sic» los signos vitales y que estaba sin vida por eso dispuso un sitio para que la sijin hiciera el levantamiento posteriormente.*
> *5.Como el hospital o la clínica se contradecían en sus respuestas, pues decían que el paciente no había llegado nunca a ese sitio, que por eso no tenían historia clínica, pero al enviarles las pruebas que la policía lo llevo por que «sic» estaba herido y al probarles que en el «sic» ese sitio hicieron el levantamiento, ahora si «sic» dicen qie «sic» si «sic» lo atendienton «sic» pero que estaba sin signos vitales, pero la sorpresa es que no hicieron historia clínica, no existe evidencia de la atención del paciente.*
>
> *Con base en lo anterior, he leído que existe una ley que regula y que obliga a las entidades de salud a diligenciar la historia clínica, que también existe la obligación cuando llega alguien por urgencias de hacer un triage, que existen unos protocolos de urgencias, que existe un comité de historias*

clínicas, y un comité de ética médica, y quiero saber con base en lo anteriormente expuesto lo siguiente:

(...)"

II. RESPUESTA A LOS INTERROGANTES PLATEADOS EN LA CONSULTA

Sobre lo requerido en su comunicación, es preciso señalar que el Decreto Ley 4107 de 2011[1], modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012[2] y 1432 de 2016[3], establece que la finalidad primordial del Ministerio de Salud y Protección Social es formular la política en materia de salud y protección social, así como definir los planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Asimismo, corresponde a esa cartera expedir las normas administrativas, técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para dicho sistema.

No obstante, debe aclararse que esta disposición normativa no ha asignado al Ministerio de Salud y Protección Social competencias para adelantar acciones de Inspección, Vigilancia y Control o para aplicar sanciones, tampoco para pronunciarse en lo referente a la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud y del talento humano en la prestación de servicios, toda vez que serán las respectivas autoridades, como se expone en el presente concepto, las competentes para conocer y resolver dichas situaciones.

Hecha la precisión anterior, se procederá a dar respuesta a los interrogantes planteados en su solicitud, previa transcripción de los mismos, así:

"PRIMERO: que «sic» entidad vigila, o a que entidad puedo trasladar una queja formal o denuncia en contra de la institución de salud que no atendio «sic» a un paciente, pues existen pruebas de su ingreso, pero no existe historia clínica por parte de la clínica o hospital «sic» público."

Dado que el interrogante planteado se vincula de manera directa con la Inspección, Vigilancia y Control frente a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en concreto respecto de una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, la autoridad competente ante la cual se puede presentar una queja por la prestación del servicio de salud a cargo de dicha institución, es la Superintendencia Nacional de Salud, lo anterior de acuerdo a las competencias previstas en el artículo 40[4] de Ley 1122 de 2007[5] y en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011[6]:

*"**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.

(…)" (resaltos fuera de texto)

Ahora, al presentarse unidad de materia en los interrogantes planteados en los numerales segundo, cuarto y quinto de su consulta, los mismos se resolverán en este apartado de manera integral.

"SEGUNDO: que «sic» responsabilidad tiene la clínica o hospital «sic» público, si se logra establecer que una persona herida fue traslada por la policía a dicho centro médico, que en ese mismo sitio se hizo el levantamiento del cuerpo, que el medico «sic» de turno no firmo «sic» cadena de custodia, ni entrego «sic» epicresis «sic», al momento de sacar el cuerpo del centro médico o hospital «sic»?"

(…)

"CUARTO: que «sic» tipo de sanciones legales o disciplinarias se pueden presentar si en el informe de la policía dice: persona tendida en el piso pidiendo auxilio, quien presenta dos (2) impactos de arma de fuego, un disparo en el pecho y otro disparo en el hombro y es llevado al hospital por la policía nacional , pero en la inspección técnica a cadáver que hicieron en el hospital público, el cadáver presente un disparo en el pecho, un disparo en el hombro, y otro disparo en el rostro, o sea la policía cuando llevo «sic» el joven al hospital no tenía el disparo en el rostro, pero si cuando lo inspeccionaron en el hospital."

"QUINTO: que «sic» sanciones penales o disciplinarias o de responsabilidad civil ,puede tener un hospital o sus funcionarios si no diligencian la historia clínica, si no existe registro de ingreso, no existen notas medicas «sic» de que se haya atendido a un paciente, pero si existen muchas pruebas de que la policía lo llevo, y además que el hospital llamo «sic» a las autoridades para hacer el levantamiento del cuerpo en el hospital"

En el evento en que considere que se podría llegar a presentar algún grado de responsabilidad por la prestación del servicio de salud en las condiciones descritas en su comunicación, deberá adelantar el proceso correspondiente o queja como ya se mencionó ante la Superintendencia Nacional de Salud o de denuncia ante las autoridades competentes en el ordenamiento jurídico colombiano, bien sea este y según el caso, de carácter administrativo, ético, penal o disciplinario.

Para el caso de la administración de justicia y del ejercicio de la acción penal, deberá atenderse lo preceptuado en los artículos 116[7] y 250[8] de la Constitución Política, en el sentido de presentar

la respectiva denuncia ante las autoridades de instrucción penal pertinentes, como lo sería la Fiscalía General de la Nación.

Por otra parte, frente al tema ético disciplinario respecto del talento humano en salud, será el Tribunal Seccional de Ética el competente para conocer y resolver cualquier queja que se formule, por ejemplo frente a los profesionales de la medicina, los artículos 83[9] y 84[10] de Ley 23 de 1981[11] y los artículos 2.7.2.2.1.1.3[12] y 2.7.2.2.1.2.4[13] del Decreto 780 de 2016[14], instruyen, en principio, sobre la competencia y procedimientos sancionatorios ético profesionales.

En el evento en que la conducta presuntamente reprochable sea cometida por un servidor público, de acuerdo a los numerales 5 y 6 del artículo 277[15] de la Constitución Política, será la Procuraduría General de la Nación, la entidad competente para conocer y adelantar las investigaciones disciplinarias correspondientes e imponer las respectivas sanciones conforme a la ley.

> *"TERCERO: como «sic» puede probar una institución medica «sic» que atendió a un paciente, o que lo auxilio «sic», o lo reanimo «sic», si no existe por parte del hospital, un registro de su ingreso, no existe historia clínica, no existe epicresis «sic», no existen notas medicas «sic» de un paciente que fue llevado por la policía nacional y asi «sic» quedo «sic» en los informes porque estaba erido «sic» y además en dicho hospital le hicieron el levantamiento del cuerpo porque el mismo hospital llamo a las autoridades, para reportar una persona fallecida por arma de fuego."*

Para dar respuesta a este interrogante, esta Subdirección solicitó a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio concepto técnico, en respuesta a lo anterior dicha dirección por medio de Memorando No. 2025221200652183 del 10 de noviembre del presente año, comunicó lo siguiente, lo cual se transcribe dando trámite así a su inquietud:

> *"El caso expuesto por la peticionaria indica una relación con la atención inicial de urgencias y el registro de esta dentro de un prestador de servicios de salud, por lo cual damos respuesta en los siguientes términos:*
>
> *En primer lugar, es necesario precisar que, de conformidad con los artículos, 48, 49, 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal el articulo 2 y el literal a) del artículo 3 de la ley 10 de 1990[1], el numeral 2 del artículo 159 de la ley 100 de 1993[2], el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el parágrafo del artículo 20 de la ley 1122 de 2007, el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias. En consecuencia, ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud podrá negarse a prestar esta atención.*
>
> *En tal sentido, la Ley 715 de 2001[3] en su artículo 67, determina lo siguiente:*

“ARTÍCULO 67. ATENCIÓN DE URGENCIAS. ***La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas*** *que presten servicios de salud a todas las personas. (…)*

(Subrayado y resaltado fuera de texto.)
También la Ley 1122 de 2007[4], en el parágrafo del Artículo 20 define lo siguiente:

"PARÁGRAFO. ***Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país.*** *Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución."*

(Subrayado y resaltado fuera de texto.)

Por su parte, el artículo 168 de la ley 100 establece que la atención inicial de urgencias debe ser prestada de manera obligatoria por todas las entidades de salud, tanto públicas como privadas, a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. No se requiere contrato ni orden previa para recibir esta atención y su costo es cubierto por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliada la persona (Decreto 412 de 1992, compilado en el Decreto 780 de 2016, indica
las definiciones de la norma).

Así es que todos los prestadores de servicios de salud del país, están obligados a prestar la atención de urgencias, independientemente de tener o no habilitado el servicio de urgencias. La atención inicial de urgencias se encuentra regulada en el Decreto 780 de 2016, donde se indica lo siguiente:

“ARTICULO 2.5.3.2.2. DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DE LAS URGENCIAS. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, ***todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente*** *de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.”*

(Resaltado y subrayado fuera de texto).

El mismo Decreto, en el artículo 2.5.3.2.3 define:

“2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. ***Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato****, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia,*

al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud."

(Resaltado fuera de texto)

Para el caso referenciado, si el paciente ingresa a la institución independiente de su condición clínica y es atendido por un profesional del servicio de salud quien determina que su condición es la muerte por falta de signos vitales, indica que la emisión de dicho concepto requirió de la intervención del profesional de salud en la atención al paciente, quien a través de los mecanismos de evaluación clínica como la toma de signos vitales y la observación de otros signos clínicos de muerte, determino que esta persona se encontraba fallecida al momento de la valoración.

Esto implica que para la valoración del profesional , dicha persona al ingresar al servicio de salud debe ser registrada, para su atención y dar apertura a la historia clínica como lo indica la resolución 1995 de 1999 en su capítulo II DILIGENCIAMIENTO establece lo siguiente:

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.
(…)

La ley 23 de 1981 indica la obligatoriedad del registro de la atención de un paciente en el documento.

***"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."*

(Subrayado y negrilla fuera del texto)

Además, la Resolución 1995 de 1999 indica:

***"ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas**, conforme a las características señaladas en la presente resolución."*

(Subrayado y negrilla fuera del texto)

El estándar de Historia Clínica y Registros de la Resolución 3100 de 2019 para la habilitación de servicios de salud establece en el numeral 11.1.6. lo siguiente:

"1. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica."

El prestador es el responsable de determinar el proceso de registro de cada paciente que ingresa al servicio y deberá realizarlo de acuerdo con el servicio de salud que presta, indicando que siempre guardará la racionalidad de la información sobre lo indicado en la normatividad vigente.

Además, dichos registros deberán ser custodiados por el prestador, la resolución 1995 de 1999 se refiere en los artículos 13 y 14 sobre la custodia y el acceso a la historia clínica, respectivamente así:

"ARTICULO 13. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.
***La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes**. (…)*
(Subrayado y negrilla fuera del texto)

"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."

Por lo enunciado anteriormente , es obligatorio que el prestador que realice la atención de un paciente en su servicio, a través de sus profesionales de salud, deberá contar con un registro de las acciones llevadas a cabo sobre el mismo, para lo cual será el documento de la historia clínica.
(…)

De esta manera damos formalmente respuesta a su solicitud, precisando que el presente pronunciamiento tiene el efecto determinado en el artículo 28[16] de la Ley 1437 de 2011[17], sustituido en su Título II, por el artículo 1[18] de la Ley 1755 de 2015[19], el cual establece que: *"Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución*".

Cordialmente,

[1]. "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social".
[2]. por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
[3]. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.
[4]. ARTÍCULO 40. *Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:
(…)

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud;
f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;
(…)
[5]. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
[6]. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
[7]. ARTICULO 116: La Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, la Comisión Nacional de Disciplina Judicial, la Fiscalía General de la Nación, los Tribunales y los Jueces, administran Justicia. También lo hace la Justicia Penal Militar y la Jurisdicción Agraria y Rural.

El órgano de cierre de la Jurisdicción Agraria y Rural será la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, sin perjuicio de las competencias atribuidas al Consejo de Estado en los términos del artículo 237 de la Constitución Política de Colombia.

El Congreso ejercerá determinadas funciones judiciales.

Excepcionalmente la ley podrá atribuir función jurisdiccional en materias precisas a determinadas autoridades administrativas. Sin embargo no les será permitido adelantar la instrucción de sumarios ni juzgar delitos.

Los particulares pueden ser investidos transitoriamente de la función de administrar justicia en la condición de jurados en las causas criminales, conciliadores o en la de árbitros habilitados por las partes para proferir fallos en derecho o en equidad, en los términos que determine la ley.
[8]. ARTÍCULO 250. La Fiscalía General de la Nación esta obligada a adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querella o de oficio, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias fácticas que indiquen la posible existencia del mismo. No podrá, en consecuencia, suspender, interrumpir, ni renunciar a la persecución penal, salvo en los casos que establezca la ley para la aplicación del principio de oportunidad regulado dentro del marco de la política criminal del Estado, el cual estará sometido al control de legalidad por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías. Se exceptúan los delitos cometidos por Miembros de la Fuerza Pública en servicio activo y en relación con el mismo servicio.
(…)
[9]. **ARTÍCULO 83.** A juicio del Tribunal Ético Profesional, contra las faltas a la ética médica, de acuerdo con su gravedad o con la renuncia en ellas, proceden las siguientes sanciones:
a) Amonestación privada;
b) Censura, que podrá ser:
1. Escrita pero privada.
2. Escrita y pública.
3. Verbal y pública.
c) Suspensión en el ejercicio de la medicina hasta por seis meses;
d) Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por cinco años.
[10]. **ARTÍCULO 84.** El Tribunal Seccional Ético Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b) y c) del artículo 84 de la presente Ley. Cuando a su juicio, haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83. Dará traslado, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo al Tribunal Nacional para que se decida.
[11]. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica
[12]. **Artículo 2.7.2.2.1.1.3***Responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia*. Para señalar la responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia, entiéndase por esta, todo tipo de afección que ponga en peligro la vida o integridad de la persona y que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen médico.
[13]. **Artículo 2.7.2.2.1.2.4***Competencia residual del Tribunal Nacional.* Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Médica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.
[14]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
[15]. ***Artículo 277.*** *El Procurador General de la Nación, por si o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones:*

"(…)
5. Velar por el ejercicio diligente y eficiente de las funciones administrativas.
6. Ejercer vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas, inclusive las de elección popular; ejercer preferentemente el poder disciplinario; adelantar las investigaciones correspondientes e imponer las respectivas sanciones conforme a la ley.
(…)"
[16]. ARTÍCULO 28. ALCANCE DE LOS CONCEPTOS. 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.
[17]. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
[18]. ARTÍCULO 1o. 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:
(…)
[19]. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

3.3. ASUNTO: Concepto sobre la autorización de servicios de valoración de apoyos conforme lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019.

Radicado 2025423002577722. ID 1052940.

Respetada Señora:

Hemos recibido su comunicación, en la cual consulta sobre las acciones adelantadas por este Ministerio para autorizar a "*Desclab Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Sas"*, con el fin de que dicho ente pueda brindar servicios de valoración de apoyos en el marco de la Ley 1996 de 2019[1]. Al respecto, me permito señalar:

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve mediante el presente pronunciamiento, se plantea de la siguiente manera:

"(…)

PRIMERO - *Que, llevo un proceso radicado en su despacho con* ***EXPEDIENTE No: xxxxx*** *en el municipio de Zipaquirá en el* ***juzgado*** *segundo de familia.*

SEGUNDO *- Que, en el mes de octubre del año 2018 salió dictamen realizado por ustedes a mi señora madre* ***xxxxx*** *La conclusión* ***fue*** *una discapacidad mental absoluta.*

TERCERO *- Que, al despacho llego una certificación medica - Psiquiatra xxxxx, perteneciente a Axxa Colpatria medicina pre pagada que concluye todo lo contario al dictamen pericial de medicina legal y ciencias forenses.*

CUARTO *- Que, la certificación es un cuarto de página que no acompaña con acreditación alguna que acredite la idoneidad y legalidad requerida para controvertir un dictamen pericial de un ente competente como el del instituto de medicina legal y ciencias forenses*

QUINTO *- Que, erróneamente el despacho judicial solicito una valoración de apoyos judiciales en vez de solicitar de oficio una actualización o un nuevo dictamen pericial en psiquiatría y psicología al instituto de medicina legal y ciencias forenses. Afirmando, que ellos no tienen la competencia por ende no pueden hacer el nuevo dictamen.*

SEXTO *- Que, en el respeto de mis derechos fundamentales al debido proceso familia e igualdad, me asiste el derecho de amparar a mi mama* ***adulta*** *mayor* ***xxxx*** *en luchar por* ***sus*** *derechos fundamentales a la vida salud bienestar y calidad de vida, debido proceso, igualdad*

SEPTIMO *- Que, El despacho judicial acepto* ***una*** *valoración de apoyos judiciales de un privado sin sustento jurídico como la resolución administrativa del* ***ministerio*** *o secretaria de salud y protección social donde se acredita la autorización administrativa para realizar este tipo de actos jurídicos, la capacidad legal en cuento al alcance e idoneidad para realizar con valides procesal este tipo de valoraciones*

(…)".

ANÁLISIS JURÍDICO

- **Regulación de la prestación del servicio de valoración de apoyos de personas discapacitadas mayores de edad**

Es importante destacar que la valoración de apoyos de las personas con discapacidad mayores de edad, está regulada por la Ley 1996 de 2019, la cual se expidió con el objetivo de establecer la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad mayores de edad. Al respecto, el artículo 3 de la norma en cita define la valoración de apoyos como el proceso que se realiza, con base en estándares técnicos, que tiene como finalidad determinar cuáles son los apoyos formales que requiere una persona para tomar decisiones relacionadas con el ejercicio de su capacidad legal.

Los artículos 11, 12 y 13 ibidem, instauran una serie de lineamientos, protocolos y reglas para la prestación de los servicios de valoración de apoyos, los cuales establecen:

*"**Artículo 11. Valoración de apoyos.** La valoración de apoyos podrá ser realizada por entes públicos o privados, siempre y cuando sigan los lineamientos y protocolos establecidos para este fin por el ente rector de la Política Nacional de Discapacidad. Cualquier persona podrá solicitar de manera gratuita el servicio de valoración de apoyos ante los entes públicos que presten dicho servicio. En todo caso, el servicio de valoración de apoyos deberán prestarlo, como mínimo, la Defensoría del Pueblo, la Personería, los entes territoriales a través de las gobernaciones y de las alcaldías en el caso de los distritos.*

Los entes públicos o privados solo serán responsables de prestar los servicios de valoración de apoyos, y no serán responsables de proveer los apoyos derivados de la valoración, ni deberán considerarse responsables por las decisiones que las personas tomen, a partir de la o las valoraciones realizadas.

Artículo 12. Lineamientos y protocolos para la realización de valoración de apoyos. *El Gobierno nacional, a través del ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, en un plazo no superior a un (1) año contado a partir de la promulgación de la presente ley, y previo concepto del Consejo Nacional de Discapacidad, expedirá los lineamientos y el protocolo nacional para la realización de la valoración de apoyos, referida en el artículo 11, los cuales deben actualizarse periódicamente. Adicionalmente, aprobará y ejecutará un plan de capacitación sobre los mismos, previo concepto del Consejo Nacional de Discapacidad, dirigido a las entidades públicas encargadas de realizar valoraciones de apoyos.*

Parágrafo. *Para la construcción de estos lineamientos se contará con la participación de las entidades a las que se refiere el artículo 11 de la presente ley y se garantizará la participación de las organizaciones de y para personas con discapacidad.*

Artículo 13. Reglamentación de la prestación del servicio de valoración de apoyos. *El ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad, en un plazo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley, y previo concepto del Consejo Nacional de Discapacidad, reglamentará la prestación de servicios de valoración de apoyos que realicen las entidades públicas y privadas.*

La elaboración de la reglamentación deberá contar con la participación de las entidades públicas que prestarán los servicios de valoración, así como de las organizaciones de y para personas con discapacidad."

Ahora, en el marco del artículo 13 de la Ley 1996 de 2019, se emitió el Decreto 487 de 2022[2], expedido por Presidencia de la República, el cual reglamenta la prestación del servicio de valoración de apoyos que realicen las entidades públicas y privadas en los términos de la mencionada disposición legal.

- **Otorgamiento de incapacidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS**

Conforme lo previsto en el artículo 2.2.3.1.4 del Decreto 780 de 2016[3] la competencia para emitir incapacidades en el SGSSS se encuentra radicada en cabeza de los médicos y odontólogos tratantes, inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – ReTHUS o profesionales que se encuentren prestando su Servicio Social Obligatorio, así:

> ***"Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados.*** *Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.*
>
> *Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015."*

- **Competencias del Ministerio de Salud y Protección Social**

Es preciso indicar que conforme lo previsto en el Decreto Ley 4107 de 2011[4], modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012[5] y 1432 de 2016[6], este Ministerio tiene como finalidad primordial la formulación y adopción de políticas, planes generales, programas y proyectos relacionados con el sector salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al punto y para el tema que nos ocupa, ninguna disposición normativa le ha asignado a este Ministerio la competencia para autorizar a entes públicos o privados la prestación de servicios de valoración de apoyos de personas con discapacidad mayores de edad, lo cual como ya se explicó, se encuentra reglado en la Ley 1996 de 2019 y el Decreto 487 de 2022. De igual manera, tampoco esta entidad tiene facultades para emitir incapacidades en el marco del SGSSS.

RESPUESTA A SU REQUERIMIENTO

Hechas las anteriores precisiones, se da respuesta a cada una de sus solicitudes previa transcripción de las mismas, así:

> ***"PRIMERO - Respetuosamente*** *solicito, se me informe si ustedes como autoridad competente han otorgado facultades legales y administrativas al ente privado DESCLAB LABORATORIO DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES SAS con Nit; 901.502.925 Para realizar valoraciones de apoyo judicial contemplados en la ley 1996 de 2019. Allegándome, la resolución administrativa con la fecha de inicio, el periodo estipulado para la renovación, copia de las certificaciones académicas y de experiencia en población vulnerable ante su entidad del ente privado para acreditar su idoneidad y legalidad procesal Todo Io que sea concerniente de la vinculación del privado con ustedes como autoridad competente".*

Frente a esta solicitud y como ya se explicó, este Ministerio no tiene competencia para autorizar a entes públicos o privados la prestación de servicios de valoración de apoyos de personas con discapacidad mayores de edad, razón por la que, desde esta entidad no se ha emitido acto

administrativo alguno que faculte a "*Desclab Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Sas",* para adelantar las valoraciones de apoyo mencionadas.

> ***"SEGUNDO - Respetuosamente** solicito, se me informe el procedimiento estipulado, para que su entidad pueda tramitar y emitir una incapacidad con una certificación medica de un privado que pertenece a la prestación de medicina prepagada."*

A pesar de que este requerimiento no es muy claro, debe indicarse que este Ministerio no tiene competencias legales para expedir incapacidades, pues tal y como lo contempla el artículo 2.2.3.1.4 del Decreto 780 de 2016, la atribución para emitir incapacidades en el SGSSS se encuentra radicada en cabeza de los médicos y odontólogos tratantes, inscritos en el ReTHUS o profesionales que se encuentren prestando su Servicio Social Obligatorio.

> ***"TERCERO - Respetuosamente** solicito, se me informe cual ente competente e imparcial, está autorizado para realizar la valoración de apoyos judiciales ley 1996 de 2019."*

Reiterando lo ya expresado, este Ministerio no emite autorizaciones para la prestación de servicios de valoración de apoyos, razón por la que y salvo lo previsto en el artículo 11 de la Ley 1996 de 2019 para la Defensoría del Pueblo, las Personerías y las Gobernaciones y Alcaldías en el caso de los Distritos, no podemos informar qué entidad está autorizada para brindar dichos apoyos. Al punto, los entes públicos o privados que deseen prestar los mencionados servicios deben sujetarse a las reglas contempladas la Ley 1996 de 2019 y el Decreto 487 de 2022.

El presente pronunciamiento tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1[7] de la Ley 1755 de 2015[8], el cual establece que: "*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".*

Cordialmente,

el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.
[2] por el cual se adiciona la Parte 8 en el Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, en el sentido de reglamentar la prestación del servicio de valoración de apoyos que realicen las entidades públicas y privadas en los términos de la Ley 1996 de 2019.
[3] Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
[4]. "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social".
[5]. por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
[6]. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.
[7]*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 (...).
[8] *Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

3.4. ASUNTO: Consulta sobre la vigencia de la fórmula de medicamentos. Radicado. 2025423003819482 ID: 1325777

Respetado señor:

Proveniente de la Superintendencia Nacional de Salud, hemos recibido su comunicación, mediante la cual presenta una consulta relacionada con el término de vigencia de las fórmulas de medicamentos. En atención a lo anterior, este Ministerio se permite efectuar las siguientes consideraciones:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que se resuelve en el presente concepto se plantea de la siguiente manera:

> *"Imaginemos a un ciudadano afiliado al régimen contributivo que es valorado el 01 de julio de 2025 por un médico general, quien formula un medicamento para tratar una condición no urgente. El 07 de julio, el ciudadano radica la autorización del medicamento ante la EPS, y esta la emite el 22 de julio. No obstante, en el documento se establece que la vigencia de la autorización será hasta el 31 de julio de 2025, es decir, 30 días contados desde la fecha de la fórmula médica, y no desde la fecha real de autorización. Esta práctica suscita dudas respecto a su legalidad. El artículo 37 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo) establece que "los actos administrativos producirán efectos a partir de su notificación, comunicación o publicación, salvo que en ellos se disponga otra cosa". Dado que no existe una disposición que ordene contar desde la fecha de la fórmula médica, se entendería que la vigencia del acto debe iniciar el 22 de julio, fecha de emisión. La Resolución 4331 de 2012, artículo 10, señala que "las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición". Es decir, hay un límite temporal clínico y técnico que justifica que si el usuario se demora en radicar la fórmula, esos días sí se descuenten del mes de vigencia. En este caso hipotético, el ciudadano la radica seis días después, el 07 de julio, por lo cual es entendible que la EPS reste ese tiempo. Aún así, para el momento de radicación restaban 25 días de vigencia clínica de la fórmula. Lo que se cuestiona es que la EPS haya descontado también los días posteriores a la radicación, es decir, los que ella misma tomó para autorizar. Considero que esta práctica afecta los principios que rigen el sistema de salud. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 5,establece que el sistema debe garantizar acceso efectivo, oportuno, continuo y sin barreras administrativas. Por su parte, el Decreto 780 de 2016, en el artículo 2.5.1.1.3, consagra el deber de las EPS de "realizar la gestión de los servicios y tecnologías en salud requeridos por los afiliados, de manera eficiente y oportuna". Desde esta perspectiva, aplicar una vigencia retroactiva a un acto administrativo —como la autorización de un medicamento— genera un efecto regresivo, traslada al usuario la carga de la demora institucional y vulnera los principios de equidad, oportunidad y eficiencia. Jurídicamente, no se puede contar la vigencia desde una fecha anterior a la*

expedición del acto, salvo norma expresa, que no aplica en este caso. Formulo la presente consulta con el fin de que el Ministerio de Salud se pronuncie sobre la legalidad de prácticas como la descrita en el ejemplo hipotético planteado, conforme al marco normativo vigente. Gracias

(…)"

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a determinar si de conformidad con el marco normativo vigente, la vigencia de las autorizaciones de medicamentos debe contarse desde la fecha expedición de la fórmula o desde la fecha de emisión de la autorización.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Artículo 74 de la Ley 1437 de 2011[1]
Artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016[2]
Artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012[3]
Artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012[4]
Artículo 12 de la Resolución 740 de 2024[5]modificada por la Resolución 2622 de 2024[6]
Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Radicado 08001-23-31-000-2009-01032-01 (1090-12)[7]

ANÁLISIS JURÍDICO

1. Naturaleza de los actos administrativos

Sobre el particular, resulta pertinente citar la Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Radicado 08001-23-31-000-2009-01032-01 (1090-12), en la cual se explica con claridad la naturaleza jurídica del acto administrativo. Señaló la Corporación:

"En virtud de lo anterior, es necesario precisar cuál es el alcance y contenido del acto administrativo, con el fin de establecer, qué clase de decisiones son objeto de impugnación a través de la referida acción. En tal sentido, la doctrina ha expresado: "El acto administrativo es toda manifestación de voluntad de quién está habilitado para ejercer la función administrativa, con el fin de producir efectos en derecho. Y deberá agregarse que la expedición de estos actos estará regulada por las normas de derecho público y en consecuencia, están sometidos al control de legalidad, por la jurisdicción contencioso administrativa1".

En relación con los recursos que proceden contra los actos administrativos, el artículo 74 de la Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, dispuso:

> ***"ARTÍCULO 74. Recursos contra los actos administrativos.*** *Por regla general, contra los actos definitivos procederán los siguientes recursos:*
>
> *1. El de reposición, ante quien expidió la decisión para que la aclare, modifique, adicione o revoque.*
>
> *2. El de apelación, para ante el inmediato superior administrativo o funcional con el mismo propósito.*
>
> *No habrá apelación de las decisiones de los Ministros, Directores de Departamento Administrativo, superintendentes y representantes legales de las entidades descentralizadas ni de los directores u organismos superiores de los órganos constitucionales autónomos.*
>
> *Tampoco serán apelables aquellas decisiones proferidas por los representantes legales y jefes superiores de las entidades y organismos del nivel territorial."*

2. Vigencia de la fórmula de medicamentos

En cuanto a la fórmula de medicamentos, se debe considerar lo establecido en el artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 que establece:

> *"**Artículo 2.5.3.10.16** Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:*
>
> *1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.*
>
> *2. Lugar y fecha de la prescripción.*
>
> *3. Nombre del paciente y documento de identificación.*
>
> *4. Número de la historia clínica.*
>
> *5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).*
>
> *6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).*
>
> *7. Concentración y forma farmacéutica.*
>
> *8. Vía de administración.*

9. Dosis y frecuencia de administración.

10. Período de duración del tratamiento.

11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.

12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.

13. Vigencia de la prescripción.

14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional." (resalto y subraya fuera de texto)

Por su parte, el artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012 establece:

*"**ARTÍCULO 120.** TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Cuando se trate de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará, de manera directa, la institución prestadora de servicios de salud IPS, ante la entidad promotora de salud, EPS. En consecuencia, ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario.*

El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará, en un período no superior a seis (6) meses siguientes a la vigencia del presente decreto ley, el Formato Único de Autorización de Servicios que deberá ser diligenciado por las IPS y regulará la autorización de otros servicios de salud, conforme a lo previsto en el presente artículo, teniendo en cuenta la naturaleza del servicio, las condiciones de conectividad y la zona en que se presta el mismo.

El incumplimiento de esta disposición dará lugar a las sanciones previstas en la ley."

En desarrollo entre otras disposiciones de lo previsto en el artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012, este Ministerio expidió la Resolución 4331 de 2012, la cual en su artículo 10 frente a la vigencia de las autorizaciones de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud actualmente Plan de Beneficios, contempló:

*"**Artículo 10.** Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión. Para los casos que se mencionan a continuación se establecen las siguientes reglas:*

1. ***Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes, contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.***
2. *Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.*
3. *Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización se requerirá por cada ciclo. En ambos casos la entidad realizará auditorías de seguimiento de ciclos y meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización*
4. *La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que éste no se requiere.". (resalto fuera de texto)*

3. Procedimiento para el acceso y gestión de tecnologías no financiadas con UPC

Frente a las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria, el artículo 12 de la Resolución 740 de 2024 modificada por la Resolución 2622 del mismo año, dispuso lo siguiente:

"Artículo 12. *De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente:*

12.1. La prescripción podrá efectuarse por primera vez hasta por un término máximo de tres (3) meses y a partir de allí, el profesional de la salud tratante determinará la periodicidad con la que las continuará prescribiendo, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.

12.2. Tratándose de pacientes, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad de la prescripción.

12.3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la EPS o entidad adaptada, se debe garantizar con dicha prescripción, sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.

12.4. Cuando se trate de tecnologías en salud o servicios complementarios prescritas en el servicio de atención ambulatorio pero cuyo suministro debe realizarse de forma, hospitalaria, podrá diligenciarse la solicitud en MIPRES como servicio de atención ambulatorio tanto priorizado como no priorizado.

12.5. Una vez la EPS o la entidad adaptada informe de la fecha y lugar para recibir el suministro efectivo, el usuario dispondrá de quince (15) días calendario cuando se trate de servicio de atención ambulatorio priorizado; de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio no priorizado para medicamentos, dispositivos y APME y noventa (90) días calendario en el caso de procedimientos."

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

En primer lugar y previo a resolver el problema jurídico planteado, es necesario precisar qué se entiende por acto administrativo. Al respecto, la Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Radicado 08001-23-31-000-2009-01032-01 (1090-12), ya transcrita, señala que un acto administrativo corresponde a la decisión adoptada por una autoridad en ejercicio de funciones administrativas con la finalidad de producir efectos jurídicos. Su expedición se rige por las normas del derecho público y, en consecuencia, dichas decisiones están sometidas al control de legalidad propio de la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

En esa medida, por su propia naturaleza, los actos administrativos deben ser expedidos por una autoridad administrativa en ejercicio de sus funciones, deben ser notificados, comunicados y publicados, permiten la interposición de recursos conforme al artículo 74 del CPACA y pueden ser demandados ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo conforme lo ya señalado.

Bajo este marco conceptual, la fórmula de medicamentos no constituye un acto administrativo, toda vez que no proviene de una autoridad administrativa en ejercicio de función pública, no crea ni modifica una situación jurídica, no se publica, comunica o notifica, no admite recursos, ni es objeto de control de legalidad ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo. Ahora, la fórmula que nos ocupa, corresponde simplemente a un documento expedido por un profesional de la salud que prescribe la dispensación de medicamentos.

Hecha la precisión anterior, debe indicarse que el numeral 1 del artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012, contempla una vigencia para la fórmula de medicamentos no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición, de igual manera, la norma en comento prevé de manera expresa que dicha fórmula no requiere autorización adicional. Aclarado esto se tiene entonces que el caso hipotético descrito en su comunicación no se subsume o encaja en la previsión normativa establecida para la vigencia de fórmulas de medicamentos, toda vez que este refiere a un trámite de autorización de medicamentos posterior a la expedición de la fórmula. De esta manera, no hay lugar a emitir un pronunciamiento respecto de una situación que no opera en la dispensación de medicamentos.

Ahora, es necesario resaltar que por expresa disposición del numeral 1 del artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012, la regla de vigencia establecida para la fórmula de medicamentos no es aplicable a la prescripción de medicamentos que no hagan parte del Plan Obligatorio de Salud hoy Plan de Beneficios, razón por la cual la prescripción y dispensación de este tipo de medicamentos se sujetará a lo contemplado en el artículo 12 de la Resolución 740 de 2024.

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[8] de la Ley 1755 de 2015[9], el cual establece que: "*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".*

Cordialmente;

[1] *por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*
[2] por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
[3]*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*
[4] *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.*
[5]*Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones*
[6] *Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 17 y 37 de la Resolución 740 de 2024 que actualizó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones.*
[7]*Consejero ponente: Víctor Hernando Alvarado Ardila*
[8] *ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-ReglasGenerales, 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 (...).*
[9] *Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

3.5. ASUNTO: Solicitud de concepto acerca de si el Ministerio de Salud y Protección Social es considerada autoridad sanitaria.

Radicado: 2025423002991222 ID 1143058

Respetado señor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual solicita concepto sobre; *¿Se consulta a la Dirección Jurídica si el Ministerio de Salud y Protección Social es una autoridad sanitaria de las que trata la Ley 9 de 1979?* Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

PROBLEMA JURIDICO

El problema jurídico se circunscribe en precisar si el Ministerio de Salud y Protección Social es una autoridad sanitaria de las que trata la Ley 9 de 1979.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Para dar respuesta a lo consultado, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos normativos y jurisprudenciales:

Artículos 570, 572, 574, 575 y 588 de la Ley 9 de 1979[31]
Artículos 58 y 59 de la Ley 489 de 1998[32]
Artículo 173 de la Ley 100 de 1993[33]
Artículos 3 y 4 de la Resolución 1229 de 2013[34]
Artículos 1 y 2 del Decreto Ley 4107 de 2011[35], modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012[36] y 1432 de 2016[37]

31 "por la cual se dictan medidas sanitarias"
32 por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
33 Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones
34 Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano
35. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
36. por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
37. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículos 2.8.8.1.1.1, 2.8.8.1.1.3, 2.8.8.1.4.2, 2.8.8.1.1.6, 2.8.8.1.1.7 del Decreto 780 de 2016[38] Sentencia No. 2012-00607-01 del veinticuatro (24) de septiembre de dos mil quince (2015) de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado[39]

ANALISIS JURIDICO

- **Interpretación general de la Ley 9 de 1979**

La Ley 9 de 1979, constituye el marco normativo básico de la salud pública y organiza el conjunto de acciones destinadas a la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población. Su contenido regula aspectos relacionados con la higiene, el saneamiento básico, la calidad de los alimentos, la seguridad ambiental, la prevención de enfermedades y, en general, todas las actividades que inciden en las condiciones sanitarias del país.

A modo de ejemplo, traemos a colación los siguientes artículos de la Ley 9 de 1979, que contemplan unas competencias especificas al hoy Ministerio de Salud y Protección Social:

> *"Artículo 570. El Ministerio de Salud o la entidad delegada, controlará periódicamente, el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley en las viviendas y establecimientos sujetos a Licencias Sanitarias y las renovará, o suspenderá en caso de incumplimiento de estos requisitos."*
> *(…)*
> *"ARTICULO 572. El Ministerio de Salud<1>, podrá de oficio, o a solicitud de cualquier persona, previos los trámites legales, proceder a estudiar la cancelación de registros de aquellos productos a que se refiere esta Ley y que no cumplan con las condiciones exigidas para tal efecto."*
> *(…)*
> *"Artículo 574. El Ministerio de Salud puede establecer condiciones especiales para el manejo, utilización y venta de los productos que por su toxicidad o condiciones especiales de empleo así lo requieran."*
>
> *"Artículo 575. Los organismos del Estado colaborarán en la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias de esta Ley dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.*
>
> *Sólo tendrán validez, para el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, los análisis de laboratorio efectuados por los organismos encargados del control o aquellos a los cuales se les de carácter oficial por el Ministerio de Salud."*
> *(…)*

38 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
39 Consejera ponente, doctora María Elizabeth García González.

"Artículo 588. El Ministerio de Salud dirigirá la inspección y control de los alimentos, bebidas, drogas, medicamentos, cosméticos y productos relacionados, fábricas de alimentos o bebidas, establecimientos farmacéuticos, laboratorios de cosméticos, estupefacientes y los sicofármacos sometidos a restricción, de conformidad con las normas de esta Ley."

En el desarrollo de sus disposiciones, la Ley 9 de 1979 asigna al entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social la dirección técnica, la reglamentación, la coordinación y la orientación de las actividades sanitarias, configurándolo como el órgano central del sistema sanitario. La ley en comento en su articulado, establece que corresponde a este Ministerio dictar las normas y consecuente con ello regular los procedimientos y coordinar las acciones de las demás autoridades sanitarias, tanto nacionales como territoriales, con el fin de garantizar la unidad de criterios y la eficacia de las medidas en salud pública.

- **Fijación de política y competencias regulatorias del Ministerio de Salud y Protección Social**

Sobre el particular y en primera instancia, debe señalarse que en esencia los ministerios son entidades del sector central de la administración pública que tienen por objetivo el fijar la política de su sector y además, expedir las normas reglamentarias del mismo. Al respecto, los artículos 58 y 59 de la Ley 489 de 1998, contemplan:

*"**Artículo 58.**Objetivos de los ministerios y departamentos administrativos. Conforme a la Constitución, al acto de creación y a la presente ley, los ministerios y los departamentos administrativos tienen como objetivos primordiales la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del Sector Administrativo que dirigen.*

***"Artículo 59.** Funciones. Corresponde a los ministerios y departamentos administrativos, sin perjuicio de lo dispuesto en sus actos de creación o en leyes especiales:*

1. Preparar los proyectos de ley relacionados con su ramo.
2. Preparar los proyectos de decretos y resoluciones ejecutivas que deban dictarse en ejercicio de las atribuciones que corresponden al Presidente de la República como suprema autoridad administrativa y dar desarrollo a sus órdenes que se relacionen con tales atribuciones.
3. Cumplir las funciones y atender los servicios que les están asignados y dictar, en desarrollo de la ley y de los decretos respectivos, las normas necesarias para tal efecto.
(…)
6. Participar en la formulación de la política del Gobierno en los temas que les correspondan y adelantar su ejecución.

(…)"

Ahora, el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, establece las funciones para este Ministerio, dentro de las cuales está el fijar política y así mismo, expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así;

> ***"ARTICULO 173.****De las funciones del Ministerio de Salud. Son funciones del Ministerio de Salud además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto-Ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes:*
>
> *1. Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.*
> *2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.*
> *3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.*
> *(…)*
> *7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.*
> *(…)"*

Guardando coherencia con lo reglado en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 4107 de 2011, modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012 y 1432 de 2016, establece el objetivo y las funciones de esta entidad, de lo cual se resalta no sólo la fijación de política, sino también la competencia regulatoria y de rectoría en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, al respecto los artículos 1 y 2 ibidem, establecen:

> ***"Artículo 1°. Objetivos.*** *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual*

se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.
(…)"

*"**ARTÍCULO 2°. Funciones**. El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes:*

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.
(…)
3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
(…)
5. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
(…)
13. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación.
14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley.
(…)
23. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales. La administración de los sistemas de información de salud se hará en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
(…)
30. Preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias.
(…)
32. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la ley."

- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA**

El artículo 2.8.8.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, establece el objeto del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así:

*"**ARTÍCULO 2.8.8.1.1.1. Objeto.** El objeto del presente Capítulo es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población,*

con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizarlos recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

***PARÁGRAFO.** Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), tendrán el carácter de prioritarias en salud pública."*

Por su parte, el artículo 2.8.8.1.1.3 ibidem, define qué se entiende como autoridad sanitaria para los efectos del Sivigila:

*"**Artículo 2.8.8.1.1.3 Definiciones.** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, se adoptan las siguientes definiciones:*

***Autoridades Sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.**"* (Negrillas fuera de texto)

Las autoridades sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, están descritas en el artículo 2.8.8.1.4.2 del decreto en comento de la siguiente manera:

***"ARTÍCULO 2.8.8.1.4.2. Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila, el Ministerio de Salud y Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar."*

Los artículos 2.8.8.1.1.6 y 2.8.8.1.1.7 ibidem indican quienes serán responsables del Sistema de Vigilancia de Salud Pública y las funciones sobre el particular para este Ministerio:

***"Artículo 2.8.8.1.1.6 Responsables.** La implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente Capítulo, será responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas en los artículos*

siguientes."

"Artículo 2.8.8.1.1.7 Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:*

a. Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

b. Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

c. Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

d. Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional;

e. Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f. Brindar la asistencia técnica a las entidades adscritas del orden nacional, departamentos y distritos, para la implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

(…)"

Al punto y de acuerdo con la norma transcrita, el Ministerio de Salud y Protección Social debe establecer los mecanismos para la integración y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como los lineamientos para la planeación, organización, dirección, operación, seguimiento y evaluación del sistema en todos los niveles.

- **Modelo de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario**

El artículo 3 de la Resolución 1229 de 2013, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece:

"*Artículo 3. Objetos de inspección, vigilancia y control sanitario*, *Son todos los bienes y servicios de uso y consumo humano originados de cadenas productivas, estén o no reguladas por estándares de calidad, incluyendo condiciones sanitarias y riesgos ambientales generados en los procesos de producción y uso. Comprende todas las categorías establecidas en las normas vigentes, y las demás que sean definidas y adicionadas por este Ministerio de acuerdo a las actualizaciones o*

modificaciones sobre la materia."

Así mismo, el artículo 4 ibidem, define quienes son las autoridades sanitarias, de la siguiente manera:

> ***"Artículo 4°. Sujetos de inspección, vigilancia y control sanitario.*** *Son las personas naturales y jurídicas, organizaciones e instituciones obligadas a proteger la salud pública y garantizar la seguridad sanitaria a través de su desempeño, ya sea en condición de usuario/ consumidor; proveedor/productor o autoridad sanitaria:*
>
> 1. ***Autoridades Sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención, control y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.***
>
> 2. ***Autoridad Sanitaria competente en inspección, vigilancia y control sanitario.*** *Se entiende por autoridad sanitaria competente aquella entidad de carácter público investida por mandato legal o delegación de autoridad, para realizar acciones de inspección, vigilancia y control sanitario, y adoptar las correspondientes medidas. Son autoridades sanitarias competentes el Invima y las entidades territoriales de salud en sus respectivas jurisdicciones y ámbito de competencias.*
> *(…)"* (Negrillas fuera de texto)

- **Carácter de autoridad sanitaria del Ministerio de Salud y Protección Social en la jurisprudencia**

Para el caso que nos ocupa, resulta procedente traer en cita la Sentencia No. 2012-00607-01 del veinticuatro (24) de septiembre de dos mil quince (2015) de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, en la que se indicó lo siguiente:

> *"Para la Sala es indudable que el Ministerio de Salud y Protección Social sí tiene competencia para revisar los empaques y etiquetado de cigarrillos de manera integral; sus facultades no están limitadas a las frases de advertencia y pictogramas, como lo considera la actora, porque implicaría la exclusión del control sobre otros aspectos determinantes en la comercialización del producto.*
>
> *El principio de la revisión integral surge del artículo 13 de la Ley 1335 de 2009 que se refiere a la cajetilla, tanto para prohibir ciertas palabras, como para incluir ciertos mensajes como son las advertencias sanitarias, en concordancia con lo previsto en el artículo 16 ibídem; fue el legislador tan riguroso que exigió la verificación de aspectos tales como el tipo de letra, la ubicación, el porcentaje en el empaque, lo que refleja el carácter altamente reglado en la presentación de la cajetilla.*
>
> ***Ante las restricciones legalmente impuestas al tabaco, resulta procedente que el Ministerio de***

Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria a cargo de la política pública del sector salud revise todos los elementos de los empaques y etiquetas de los productos; *no hacer un ejercicio integral indicaría que las empresas productoras y comercializadoras podrían introducir elementos de carácter promocional o publicitario, lo cual está prohibido por la legislación colombiana, al tenor de los dispuesto por el artículo 16 de la Ley 1335 de 2009, en concordancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, o introducir frases que no sean coherentes con las advertencias y pictogramas, es decir, que las desdibujen y las hagan ineficaces y sería una pugna entre la advertencia y el lema comercial, de manera que este último neutralice los efectos del primero.*

Es de tener en cuenta que la cajetilla o empaque por si solo es un elemento fundamental de promoción, más aún cuando está prohibida toda clase de publicidad del tabaco y sus derivados en los medios de comunicación, y no resulta ni eficaz ni coherente que con las advertencias y pictogramas que recuerdan el daño que causa el tabaco, se mencionen elementos que inciten e inviten a disfrutar de su consumo; debe entonces existir correspondencia entre los textos que se incorporen.

En manera alguna sería lógico que el Ministerio, en el caso del cigarrillo y demás derivados del tabaco, no hiciera un estudio previo integral de la simulación del etiquetado y empaque de los cigarrillos y se limitara a revisar las advertencias y pictogramas, permitiendo que se produzcan y salgan al mercado con mensajes ambiguos o no armónicos, como tampoco lo sería que el control se hiciera únicamente de manera posterior, cuando ya están en el mercado, como pretende entenderlo la actora.

Entonces, en otras palabras, considera la Sala que los empaques y etiquetas de tabaco y sus derivados no deben ser ambiguos, por ello, como lo dispone la ley, antes de que se produzcan y comercialicen los productos, las empresas deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social con anticipación una simulación de éstos, para un control previo, precisamente para prevenir que en un control posterior realizado por las entidades competentes, se establezca que existen elementos que constituyen publicidad que alienta y estimula su consumo o sea engañosa, y se inicie un procedimiento administrativo que puede culminar en una sanción. (…)" (Negrilla fuera de texto).

RESPUESTA AL PROBLEMA JURIDICO PLANTEADO

La Ley 9 de 1979, evidencia un modelo centralizado de rectoría sanitaria, en virtud de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social ejerce la conducción técnica y normativa, mientras que las autoridades territoriales y entidades especializadas actúan en desarrollo de sus lineamientos ejerciendo actividades muchas de ellas en materia de Inspección, Vigilancia y Control sanitario.

Ahora, a la luz de lo previsto en el artículo 2.8.8.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 y el numeral 1 del artículo 4 de la Resolución 1229 de 2013, se considera como autoridad sanitaria a toda entidad jurídica de carácter público que ejerce atribuciones de rectoría y de regulación, entre otras actividades que describen esas normas. Al punto y de acuerdo con lo reglado en la Ley 9 de 1979, los artículos 58 y 59 de la Ley 489 de 1998, 173 de la Ley 100 de 1993, así como el 1 y 2 del

Decreto Ley 4107 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene asignadas claras competencias de rectoría y de fijación de política en el SGSSS, así como funciones regulatorias o de reglamentación dentro del referido sistema, siendo esta la razón por la cual es válido afirmar que este Ministerio debe ser considerado como autoridad sanitaria, nótese que así lo contempla el artículo 2.8.8.1.4.2 del Decreto 780 de 2016 al establecer: ***"****ARTÍCULO 2.8.8.1.4.2. Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila,* ***el Ministerio de Salud y Protección Social****; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud (…)"*, de igual manera, así también lo ha entendido la jurisprudencia, cuando en un extracto la Sentencia No. 2012-00607-01 del 24 de septiembre de 2015 de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, señaló: "*Ante las restricciones legalmente impuestas al tabaco,* ***resulta procedente que el Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria a cargo de la política pública del sector salud*** *revise todos los elementos de los empaques y etiquetas de los productos (…)"*

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: *"Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".*

Cordialmente,