BOLETIN
JURIDICO No. 07
JULIO
2026

BOLETIN JURIDICO No 07 DE JULIO DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA 4

1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL 5

1.1.1. Sentencia T-152/2026 – Corte Constitucional 6

2. NORMATIVA 35

2.1. LEYES 36

2.1.1. Ley 2588 de 2026 37

2.1.2. Ley 2599 de 2026 47

2.1.3. Ley 2603 de 2026 53

2.1.4. Ley 2612 de 2026 101

2.2. DECRETOS 117

2.2.1. Decreto 930 de 2026 118

2.3. RESOLUCIONES 124

2.3.1. Resolución 1315 de 2026 125

2.3.2. Resolución 1350 de 2026 134

2.3.3. Resolución 1563 de 2026 153

2.3.4. Resolución 1575 de 2026 167

2.3.5. Resolución 1641 de 2026 179

2.3.6. Resolución 1642 de 2026 184

2.4. CIRCULARES 205

2.4.1. Circular Externa 24 de 2026 206

2.4.2. Circular Externa 25 de 2026 208

3. CONCEPTOS. 214

3.1. ASUNTO: ..... Solicitud de concepto jurídico relacionado con la designación del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva del

Hospital de Aguazul Juan Diego Urrego E.S.E. del primer nivel de atención. Radicado: 202642402171052 ID 2026928.....215

3.2. ASUNTO:.... Concepto sobre el transcripción y pago de Incapacidades. Radicado 2026423001829042 ID 1952606.....222

3.3. ASUNTO: Solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social, brindar acompañamiento institucional. Radicado 2026423002209532 ID 2035604.....228

3.4. ASUNTO: Consulta sobre el ejercicio de la facultad de cobro coactivo. Radicado: 2026423002501052 ID Control. 2096241.....234

3.5. ASUNTO: Concepto jurídico relacionado con la representación de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención. Radicado. 2026423002249812 ID: 2045288.....243

3.6. ASUNTO: Consulta relacionada con el período y la reelección de los representantes de los usuarios y del sector productivo ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Radicado 2026423001771662. Id: 1941888.....248

3.7. ASUNTO: Consulta sobre la conformación de Comités de Ética Médica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. Radicado: 202642402511702. ID 2098266…….......256

3.8. ASUNTO: Respuesta a consulta sobre la eventual existencia de inhabilidades o prohibiciones para que la cónyuge de un funcionario médico participe en instancias de representación de usuarios y participación social en salud. Radicado: 202642402777592 Id: 2150012......259

1.JURISPRUDENCIA

1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL

1.1.1. Sentencia T-152/2026 – Corte Constitucional

Referencia: expediente T-11.503.317.

Asunto: Acción de tutela instaurada por *Cristina* en contra de la EPS Sanitas.

Tema: el derecho a la salud, en su faceta de diagnóstico integral, frente a procedimientos quirúrgicos con fines reconstructivos.

Magistrada Ponente: Juan Carlos Cortés González.

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiséis (2026)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez y los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Juan Carlos Cortés González, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente de las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y en los artículos 32 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la presente

SENTENCIA.

En el trámite de revisión del fallo dictado el 14 de mayo de 2025 por el Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés*.

Síntesis de la decisión

¿Qué estudió la Corte?	La Sala Cuarta de Revisión estudió la sentencia proferida en el marco de una acción de tutela instaurada por una mujer en contra de la EPS Sanitas debido a la negativa de realizarle una cirugía reconstructiva sin estudiar de forma integral las condiciones de salud física y mental de la paciente. El procedimiento reclamado obedecía a que previamente a la accionante se le había practicado una cirugía de manga gástrica como tratamiento de su condición de obesidad y, a raíz de ello, tuvo una pérdida masiva de peso, lo que le generó excesos de piel en su cuerpo.

	Ello a su vez le ha producido sensación de irritación constante y dolor en varias partes del cuerpo, así como dificultades relacionales, depresión y ansiedad.
¿Qué consideró la Corte?	La Sala reiteró la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a la salud y su relación intrínseca con el derecho a la dignidad humana. También abordó el ejercicio de la acción de tutela para la realización de cirugías plásticas reconstructivas con fines funcionales, así como la valoración de la salud física y mental de los pacientes para determinar la funcionalidad de los procedimientos. Al estudiar el caso concreto, la Sala encontró que la EPS Sanitas omitió evaluar de forma integral las condiciones de salud física y mental de la accionante al negar la autorización de la cirugía reconstructiva. En particular, determinó que, a pesar de que el médico tratante ordenó la conformación de una junta médica interdisciplinaria para estudiar la procedencia del procedimiento quirúrgico, el equipo que integró dicho comité estuvo compuesto únicamente por cirujanos plásticos, por lo que no contó con profesionales especialistas en psicología o psiquiatría. En estos términos, la Sala concluyó que en la negativa de la EPS no se consideró la salud mental de la paciente.
¿Qué decidió la Corte?	La Sala protegió los derechos fundamentales a la salud, en su faceta de diagnóstico integral, y a la dignidad humana de la demandante. Por lo anterior, la Sala ordenó a la EPS Sanitas conformar un comité médico integrado por profesionales de distintas materias, de manera que se incluyan especialistas en las distintas áreas en las que la accionante ha presentado patologías. Dicho comité tiene el deber de evaluar de forma integral afectaciones que el diagnóstico de "lipodistrofia" causa en la salud física y mental de la accionante, así como la procedencia de la cirugía plástica reconstructiva. Adicionalmente, se dispuso que la EPS debe garantizar la atención médica adecuada y oportuna para tratar las complicaciones de salud física y psicosocial derivadas de la condición que presenta la accionante y establecer un plan de tratamiento, el cual deberá ser garantizado sin dilaciones.

Aclaración previa[1]*.* Debido a que la presente providencia contiene información sobre la historia clínica de la accionante, como medida de protección de su intimidad es necesario ordenar que se suprima su nombre y otros datos que la puedan identificar, pues esta es información sensible

conforme al artículo 5 de la Ley 1581 de 2012. Así, este documento tendrá dos versiones. Una en la que se anonimizará el nombre de la demandante y los demás datos que permitan su identificación, que la Secretaría General de la Corte Constitucional remitirá a las partes y autoridades públicas involucradas; y otra, reservada, que no contendrá los datos reales y seguirá el canal previsto por esta corporación para la difusión de información pública.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos y contexto del caso

1. *Cristina* es una mujer de 37 años y está afiliada a la EPS Sanitas en el régimen contributivo, en calidad de cotizante. La accionante ha sido diagnosticada, entre otros factores, con hemofilia A y obesidad[2].

2. La actora narró que, en 2021, se le realizó un procedimiento denominado *sleeve* gástrico debido a que presentaba un peso de 112.9 kilogramos, apnea severa y trastorno ansioso-depresivo. Como efecto de la intervención, tuvo una pérdida de más de 37 kilogramos y, a raíz de esa pérdida de peso, ha presentado un exceso de piel en su abdomen, senos, entrepierna y brazos.

3. La accionante manifestó que actualmente sufre de problemas relativos a la autopercepción de imagen y estas circunstancias le han provocado problemas relacionales debido al rechazo y la discriminación por su aspecto. Además, afirmó que presenta dificultades en el uso de prendas, dolor, irritación, enrojecimiento y sensación de ardor en razón a los repliegues de la piel sobrante.

4. El 5 de marzo de 2024 se realizó una junta médica en la que se evaluaron las secuelas ligadas a la pérdida radical de peso. La señora *Cristina* manifestó que la junta médica estuvo compuesta únicamente por cirujanos plásticos y en ella se confirmó que la accionante sufría de lipodistrofia, es decir, exceso de piel y colgajos en abdomen, senos, entrepierna y brazos. Sin embargo, se determinó que la actora no era candidata a cirugía plástica de reducción de exceso de piel porque no cumplía con los criterios de funcionalidad, es decir, que las secuelas no afectaban significativamente su desempeño o labores diarias[3].

5. El 4 de diciembre de 2024, en consulta de salud mental, la accionante fue diagnosticada con depresión moderada en razón a su inconformidad con su cuerpo, por la piel sobrante y el rechazo

que sufre por su aspecto físico. Con motivo de ello, el médico tratante de la accionante le ordenó el antidepresivo “fluoxetina 20MG” y asistir a consultas de control de salud mental[4].

2. La acción de tutela

6. El 30 de abril de 2025, *Cristina* instauró acción de tutela en contra de la EPS Sanitas. La accionante manifestó no estar de acuerdo con la negación de la intervención quirúrgica con sustento en que la funcionalidad no debe considerarse únicamente de acuerdo con el factor físico, sino que el análisis debió haberse hecho de forma integral, teniendo en cuenta el impacto psicológico y mental derivado de su condición médica.

7. En particular, la demandante reprochó que la decisión de la junta médica de negar la cirugía plástica de reducción de piel sobrante no tuvo en cuenta el grave impacto mental que esta situación le provoca. La actora señaló que su diagnóstico de depresión derivado de su estado físico afecta de manera significativa su calidad de vida, limitando su bienestar emocional y su desenvolvimiento personal en distintos ámbitos.

8. Por lo anterior, la accionante solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la dignidad humana y que, en consecuencia, se ordene a la EPS accionada remitir a la demandante al servicio de cirugía plástica para una nueva valoración, teniendo en cuenta las secuelas físicas como las afectaciones en su salud mental, con fundamento en el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud.

3. Trámite procesal en primera instancia y respuesta de la accionada

9. *Admisión*. Mediante auto del 30 de abril de 2025, el Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* admitió la demanda y vinculó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud. A continuación, se sintetizan las contestaciones presentadas por la accionada y las entidades vinculadas:

10. *Contestación de la accionada*. La EPS Sanitas solicitó negar el amparo constitucional. Indicó que el 22 de enero de 2024 la demandante fue remitida y valorada en la especialidad de cirugía plástica por el diagnóstico de lipodistrofia con evolución de 2 años. En dicho diagnóstico, el médico tratante solicitó la evaluación en junta médica o equipo interdisciplinario con el fin de determinar la pertinencia de realizar en la paciente los procedimientos de paniculetomías de

abdomen, muslos y senos, debido al riesgo quirúrgico que representaba la enfermedad de base de la demandante. También explicó que el 5 de marzo de 2024 se presentó el caso en junta médica de cirugía plástica (compuesta por 8 cirujanos y cirujanas plásticas y 2 cirujanos plásticos oncológicos), en la que se efectuó una validación de alto costo. En dicha valoración, la junta médica determinó que el procedimiento no cumplía criterios de funcionalidad.

11. A partir de lo anterior, la accionada señaló que no existe orden médica para el procedimiento quirúrgico pretendido y, por tanto, este no puede ser autorizado. Sanitas EPS añadió que ha actuado de conformidad con la normativa aplicable y que no ha vulnerado derecho alguno.

12. *Contestación del Ministerio de Salud y Protección Social*. La entidad manifestó desconocer los antecedentes que dieron origen a la acción de tutela e indicó que entre sus funciones no se encuentra la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de Seguridad Social en Salud. Añadió que, en el marco de sus competencias, dicha cartera ministerial formula, adopta, dirige, coordina, ejecuta y evalúa la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud. La entidad también indicó que participa en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrolla a través de la institucionalidad que comprende el correspondiente sector administrativo. Asimismo, explicó que las demás entidades del sector gozan de autonomía administrativa y financiera y, por ende, el ministerio no tiene injerencia en sus decisiones ni actuaciones.

13. *Contestación de la Superintendencia Nacional de Salud.* Solicitó su desvinculación del proceso al señalar que la violación de los derechos que se alegan como vulnerados no deviene de una acción u omisión atribuible a la entidad. Al respecto, refirió que los hechos relatados por la demandante están relacionados con obligaciones a cargo de su aseguradora. Con esta base, la entidad indicó que no está legitimada para responder por la amenaza o vulneración de los derechos fundamentales de la accionante.

4. Decisión objeto de revisión

14. Mediante sentencia del 14 de mayo de 2025[5], el Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* negó el amparo. Determinó que no existía una orden médica ni pertinencia en el procedimiento, de acuerdo con lo dictaminado por la junta médica. Al respecto, estimó que sin una orden médica no podía remitirse a la accionante ni siquiera a una valoración

por cirugía nuevamente, pues es el médico tratante quien resulta idóneo para considerar si la paciente debe ser remitida a la cirugía solicitada.

15. Adicionalmente, dicha autoridad judicial refirió que "la accionante decidió acudir al trámite de tutela sin ni siquiera dirigirse por segunda vez donde el médico tratante quien le hiciere una valoración y considere la pertinencia de atención por los especialistas"[6].

16. Esta decisión no fue impugnada.

5. Actuaciones en sede de revisión

17. *Selección y reparto.* Mediante auto del 31 de octubre de 2025[7] la Sala de Selección Número Diez de 2025 de la Corte Constitucional escogió el expediente T-11.503.317 para revisión, con fundamento en los criterios (i) *objetivo* de posible violación o desconocimiento de un precedente de la Corte Constitucional y (ii) *subjetivo* de urgencia de proteger un derecho fundamental. Por sorteo, el expediente se asignó a la Sala Segunda de Revisión[8] y el 18 de noviembre de 2025 la Secretaría General de esta corporación lo remitió al magistrado Juan Carlos Cortés González para la elaboración de la ponencia.

18. *Decreto oficioso de pruebas*. Mediante auto del 10 de diciembre de 2025, el magistrado sustanciador decretó pruebas de oficio, en virtud de lo cual (i) se formularon algunas preguntas a la demandante para conocer su estado de salud, su situación económica y familiar y sobre la prestación de los servicios de salud por parte de la EPS accionada, entre otros cuestionamientos; (ii) se solicitó a la EPS Sanitas la historia clínica de la accionante y se plantearon algunos interrogantes relacionados con el asunto; y (iii) se decretó la consulta de información de la demandante en las bases de datos públicas del SISBEN, la ADRES y el RUAF. En informe del 12 de diciembre de 2025, la Secretaría General de la Corte Constitucional informó que no se recibió respuesta alguna.

19. *Requerimiento probatorio y suspensión de términos*. Por auto del 16 de febrero de 2026 (i) se requirió a las partes y (ii) se suspendieron los términos por 2 meses. En informe del 12 de marzo de 2026, la Secretaría General de esta Corte dio cuenta de que únicamente se recibió respuesta de la EPS accionada.

Tabla 1. *Información obtenida a partir del decreto oficioso de pruebas*

Prueba decretada	Información recaudada
Sanitas EPS Se le solicitó (i) aportar la historia clínica más reciente de la accionante, incluyendo los documentos relacionados con el tratamiento por lipodistrofia y la junta médica; (ii) describir cronológicamente el tratamiento médico prestado a la demandante; (iii) explicar en detalle si la cirugía de sleeve gástrico efectuada en 2021 fue llevada a cabo por la EPS Sanitas y describir cómo fue el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dicho procedimiento; (iv) indicar si antes de 2021 hubo diagnóstico o tratamiento médico asociado a la salud mental de la accionante; (v) señalar cuáles médicos y de qué especialidades están prestando actualmente a la accionante en relación con los diagnósticos de lipodistrofia y afecciones de salud mental; (vi) indicar la red de atención con que cuenta la EPS para prestar el servicio de salud por lipodistrofia; (vii) explicar cómo estuvo compuesta la junta médica interdisciplinaria que se llevó a cabo con ocasión de la orden dada por el especialista para la realización de una cirugía plástica a la accionante;	*Sobre el tratamiento médico y la evolución de la salud de la accionante.* Al respecto, señaló que, al menos desde 2019, se registró una situación de sobrepeso y obesidad y que, para septiembre de 2024 y febrero de 2026 continuó tratándose a la accionante con nutricionista. También indicó que a la accionante se le están prestando actualmente servicios especializados en cirugía plástica, psiquiatría y hematología. La EPS además informó que, para garantizar la prestación de los servicios de salud por lipodistrofia cuenta con la Clínica Universitaria de Colombia, en Bogotá, dentro de su red de atención. Sobre la cirugía de sleeve gástrico efectuada en 2021. La accionada indicó que el procedimiento fue realizado dentro de la red prestadora de la EPS Sanitas. Sobre la valoración previa, refirió que en la historia clínica se menciona que el manejo de la cirugía debía ser multidisciplinario en hematología, psiquiatría y nutrición, y que se ha efectuado seguimiento posterior en las especialidades de nutrición, gastroenterología y hematología. *Respecto a la valoración de la junta médica nacional efectuada el 5 de marzo de 2024.* La accionada refirió que en dicha junta se determinó que la paciente presenta secuelas por pérdida de peso y estimó que no cumplía los criterios de funcionalidad, por lo que no era pertinente el procedimiento. Aunado a lo anterior, la EPS aclaró que después de los hechos que dieron origen a la acción de tutela, la paciente fue remitida para evaluación de viabilidad de la cirugía y el 10 de noviembre de 2025 se llevó a cabo una nueva

(viii) describir cuáles son los criterios dispuestos para designar a los profesionales de la salud y los perfiles médicos que conforman las juntas médicas, así como los tenidos en cuenta para la integración de la junta que valoró a la accionante; (ix) indicar si en las juntas médicas interdisciplinarias se incluyen especialistas en psicología o relacionados con la salud mental; (x) indicar si en la valoración de la procedencia de tratamientos e intervenciones quirúrgicas relacionadas con sobrepeso se tienen en cuenta factores relacionados con la salud mental de los pacientes; (xi) señalar, desde el punto de vista médico y administrativo, en qué tipo de casos procede una intervención por lipodistrofia como consecuencia de los efectos derivados de cirugías de reducción de peso similares a la practicada a la accionante en 2021; y (xii) describir cuáles son los criterios de funcionalidad que se tienen en cuenta para determinar la procedencia de una cirugía por lipodistrofia y cuáles fueron los aspectos valorados para determinar que no era procedente el procedimiento en el caso de la accionante.	junta médica. Agregó que los especialistas participantes fueron directamente seleccionados por el equipo médico de la Clínica Colombia y que estuvo compuesta por tres cirujanos plásticos. En la documentación remitida, se indica que la referida junta médica determinó que, por su patología de base, la actora debía ser evaluada en conjunto por hematología, seguimiento por psiquiatría y control de peso, así como tener un IMC (Índice de Masa Corporal) menor de 30 y ser evaluada nuevamente por su cirujano tratante. *Sobre los criterios dispuestos para designar los profesionales y perfiles médicos que conforman las juntas médicas interdisciplinarias.* La EPS explicó que los requisitos que deben cumplir los profesionales que conforman las juntas médicas son los siguientes: (i) el título de especialista registrado o convalidado ante el Ministerio de Salud y Protección Social, (ii) la inscripción activa en el registro ReTHUS y (iii) la contratación mediante un vínculo laboral directo con la entidad. *Sobre la inclusión de especialistas relacionados con la salud mental en juntas médicas para determinar la procedencia de procedimientos por sobrepeso*. La accionada señaló que en este tipo de juntas interdisciplinarias se incluyen especialistas de otras áreas, como psicología o psiquiatría, siempre que la complejidad del caso o el criterio médico así lo requiera. También refirió que en el caso de que el paciente presente una condición específica de salud mental, el especialista responsable debe solicitar el concepto al área de psicología o psiquiatría con el fin de determinar si es clínicamente viable y seguro proceder con la intervención quirúrgica. Por otra parte, informó que en pacientes con antecedentes de sleeve gástrico y pérdida masiva de peso pueden derivarse complicaciones físicas y afecciones en la salud mental, incluyendo trastornos

	depresivos y ansiedad. Refirió que ante este tipo de cuadros clínicos es necesaria la realización de una junta médica para determinar el procedimiento quirúrgico correctivo, priorizando el bienestar del usuario. *Sobre los criterios de funcionalidad valorados para determinar la procedencia de cirugías por lipodistrofia.* La accionada indicó que en el primer análisis realizado se determinó que el colgajo cutáneo por lipodistrofia no alcanzaba los estándares de clasificación técnica para cirugía. No obstante, refirió que en la junta médica efectuada posteriormente en noviembre de 2025 no se denegó el servicio, sino que el equipo médico dispuso que era necesario contar con los avales de hematología y psiquiatría y que, una vez obtenidos estos conceptos, se podría avanzar con la programación quirúrgica. *Sobre la salud mental de la accionante*. La EPS informó que en consultas realizadas entre 2023 y 2026 se referencia principalmente condiciones físicas y que no hay registro explícito de un diagnóstico psiquiátrico formal anterior a la cirugía de 2021. No obstante, expuso que en el plan de manejo actual de la cirugía plástica se indica que la paciente debe ser evaluada por psiquiatría. *Sobre el estado de salud de la accionante y su historial clínico reciente.* La accionada indicó que, en consulta de medicina familiar realizada el 4 de febrero de 2026, se registró un diagnóstico de obesidad grado 1 y el antecedente del procedimiento de manga gástrica realizado en 2021. Asimismo, indicó que actualmente la accionante está siendo tratada en las especialidades de psicología, nutrición y hematología.
Cristina	Guardó silencio.
Consulta en bases de datos públicas	A partir de la consulta efectuada el 3 de marzo de 2026[9] se evidenció lo siguiente:

	SISBÉN. La accionante se encuentra clasificada en el grupo C7 – población vulnerable. *Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.* La demandante se encuentra afiliada en la EPS Sanitas, en el régimen contributivo y en calidad de cotizante, con estado activo. *RUAF*. Con corte al 27 de febrero de 2026, la accionante se encuentra afiliada en salud a EPS Sanitas, en el régimen contributivo y en calidad de cotizante, con estado activo. En pensiones, la actora figura como activa en el régimen de ahorro individual.

II. CONSIDERACIONES

6. Competencia

20. De acuerdo con lo establecido en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos en el presente proceso.

7. Examen sobre la procedencia de la acción de tutela

Tabla 2. *Cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción*

Legitimación en la causa por activa[10]
La acción de tutela cumple con el requisito de legitimación en la causa por activa. Cristina está legitimada para interponer la acción de tutela, teniendo en cuenta que presentó en nombre propio la solicitud de amparo para la salvaguarda de sus derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana. En estos términos, se satisfacen los requisitos del artículo 10 del Decreto 2591 de 1991.
Legitimación en la causa por pasiva[11]

La acción de tutela satisface el requisito de legitimación en la causa por pasiva. La acción de tutela se dirigió contra la EPS Sanitas. Asimismo, el juez de primera instancia vinculó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, se procederá con el estudio del requisito para la accionadas y las entidades vinculadas.	
EPS Sanitas	Está legitimada en la causa por pasiva porque: (i) es la entidad a la cual se encuentra afiliada la accionante como cotizante en el régimen contributivo[12] y (ii) las acciones u omisiones alegadas por la demandante se originan en dicha entidad, pues fue esta la que negó la autorización de la cirugía plástica reconstructiva aludida en la demanda de tutela, causa de la presunta violación de los derechos fundamentales cuya protección se reclama. De este modo, se cumple este presupuesto respecto de la EPS Sanitas, teniendo en cuenta que es la entidad a la cual la accionante se encuentra afiliada, misma que administra sus servicios de salud, de conformidad con lo establecido en las leyes 100 de 1993[13] y 1751 de 2015[14].
Ministerio de Salud y Protección Social	Como se señaló previamente, dicha entidad fue vinculada en el trámite de instancia. Al respecto, la Sala estima que el asunto objeto de este proceso no se enmarca dentro del ámbito de competencias de la cartera ministerial como ente rector del sector administrativo de salud y protección social, por cuanto la presunta vulneración aludida por la accionante se deriva exclusivamente de aspectos relacionados con la prestación del servicio de salud por parte de la EPS Sanitas. Por tal motivo, el Ministerio de Salud y Protección Social será desvinculado del proceso al no estar legitimado por pasiva.
Superintendencia Nacional de Salud	El juez de instancia vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud. Respecto de esta entidad, la Sala tampoco encuentra configurado el requisito de legitimación en la causa por pasiva. A pesar de que la entidad tiene a su cargo vigilar los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia y control[15], la vulneración alegada por la demandante no se atribuye a alguna acción u omisión de dicha entidad y, por ende, aquellas no podrían haber afectado los derechos fundamentales cuya protección se invocó. En consecuencia, se desvinculará del presente trámite constitucional a la Superintendencia Nacional de Salud por cuanto no está legitimada en la causa por pasiva.
Inmediatez[16]	

La acción de tutela cumple con el requisito de inmediatez. Lo anterior, teniendo en cuenta que la última atención médica relacionada con las afecciones en la salud de la accionante que dieron origen a la solicitud de amparo había sido efectuada el 4 de diciembre de 2024 y la acción de tutela fue interpuesta el 30 de abril de 2025. Así las cosas, transcurrieron cuatro meses y veintiséis días entre uno y otro suceso, término que se considera oportuno para acudir al amparo constitucional. Con todo, los efectos en la salud de la accionante derivados de la no autorización del procedimiento quirúrgico reclamado se han mantenido en el tiempo, por lo que la vulneración alegada persiste.
Subsidiariedad[17]
Este presupuesto se cumple, teniendo en cuenta que la jurisprudencia constitucional ha reiterado que la acción de tutela es procedente para proteger el derecho fundamental a la salud. A pesar de que el ordenamiento jurídico prevé mecanismos jurisdiccionales para resolver la problemática relacionada con la negación de servicios de salud, como aquellos regulados en la Ley 1122 de 2007 ante la Superintendencia Nacional de Salud, estos no son eficaces para la protección del derecho a la salud porque (i) la Corte Constitucional ha reiterado que dicha Superintendencia afronta una precariedad estructural que persiste a pesar de los esfuerzos institucionales y (ii) el instrumento judicial no tiene regulación respecto del efecto de la impugnación, del término para proferir la decisión de segunda instancia y de los mecanismos para garantizar el cumplimiento de la decisión. Este aspecto fue precisado en la Sentencia SU-508 de 2020[18], en la cual se indicó que el trámite ante la Superintendencia Nacional de Salud no es un mecanismo idóneo ni eficaz por las limitaciones operativas que tiene y los vacíos en su regulación. Por lo anterior, la acción de tutela es el mecanismo judicial para proteger el derecho a la salud presuntamente vulnerado, por la negativa de la EPS Sanitas de realizarle a la accionante una valoración en junta médica que estableciera si resulta apta para la práctica de una cirugía. En este contexto, en relación con el caso concreto, la Sala estima que la eventual negativa o interrupción en la continuidad de la prestación de los servicios de salud podría comprometer los derechos fundamentales de la demandante. En este sentido, la Sala encuentra satisfecho el requisito de subsidiariedad, de conformidad con el numeral 1° del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991.

8. Problema jurídico y metodología de la decisión

21. *Problema jurídico.* En vista de que la acción de tutela es procedente para la protección de los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de la accionante, los cuales presuntamente fueron transgredidos por la EPS Sanitas al no haber autorizado un procedimiento quirúrgico por lipodistrofia sin valorar para el efecto los diagnósticos de la salud física y mental de la accionante, a la Sala Cuarta de Revisión le corresponde resolver el siguiente problema jurídico:

> *¿Una EPS vulnera los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de una paciente al negar la autorización de una cirugía plástico–reconstructiva dirigida a tratar las secuelas derivadas de la pérdida masiva de peso, como producto de una cirugía bariátrica, bajo el argumento de la ausencia de afectación funcional física, sin haber realizado una valoración integral que incluyese el impacto en su salud física y mental?*

22. *Metodología para la decisión*. Con el fin de resolver el problema jurídico planteado, la Sala Cuarta de Revisión reiterará la jurisprudencia constitucional con respecto al (i) derecho fundamental a la salud y su relación intrínseca con el derecho a la dignidad humana, (ii) el derecho al diagnóstico como faceta del derecho fundamental a la salud, (iii) la acción de tutela para la realización de cirugías plásticas reconstructivas con fines funcionales, así como la valoración de la salud física y mental de los pacientes para determinar la funcionalidad de los procedimientos. A partir de dicho marco, (iv) analizará y resolverá el caso concreto y, de haberse presentado vulneración de los derechos fundamentales referenciados, (v) adoptará los remedios constitucionales correspondientes.

9. El derecho fundamental a la salud y su relación intrínseca con el derecho a la dignidad humana. Reiteración de jurisprudencia

23. *La naturaleza del derecho a la salud*. El derecho fundamental a la salud está consagrado en el artículo 49 de la Constitución y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, LES (Ley Estatutaria de Salud)[19], a la vez que ha sido ampliamente desarrollado por la jurisprudencia constitucional[20], en la cual se ha reconocido su relación con la dignidad humana, en tanto garantiza condiciones materiales de existencia y la integridad física y moral de la persona. La Corte Constitucional ha señalado que este derecho no se limita a proteger la vida en peligro, sino que busca la recuperación y el mejoramiento, siempre que sea posible.

24. En la década de los noventa, la Corte Constitucional hacía alusión a una relación de conexidad entre la salud, la dignidad humana y la vida, en el entendido de que la salud habría de ser protegida cuando existiese una afectación de estos dos últimos derechos fundamentales[21].

25. En específico, de conformidad con los pilares fundamentales del Estado Social de Derecho establecidos el artículo 1 de la Carta, la dignidad humana ha sido entendida por la jurisprudencia constitucional como (i) *autonomía* o como la posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características; (ii) *ciertas condiciones materiales concretas de existencia*; y la (iii) *intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral* lo que implica que las personas puedan vivir sin ser sometidas a cualquier forma de humillación o tortura. A su vez, este tribunal ha puntualizado tres expresiones de la dignidad humana al apreciarla como (i) valor, (ii) principio constitucional y (iii) derecho fundamental autónomo[22].

26. De forma más reciente, la jurisprudencia constitucional ha establecido que, aunque la salud y dignidad humana están vinculados, son derechos fundamentales autónomos con ámbitos de protección distintos, por lo que no se configura una relación de conexidad necesaria para su protección[23].

27. *La salud como derecho y como servicio público*. Esta corporación ha establecido que la salud tiene una doble faceta: es un derecho fundamental y, a la vez, un servicio público que el Estado debe garantizar a través del sistema de salud, especialmente mediante las EPS[24]. La Ley Estatutaria estructura integralmente este sistema, estableciendo principios, reglas, competencias y mecanismos para asegurar su funcionamiento. En concreto, el artículo 6 de la mencionada ley determina y estructura jurídicamente el contenido del derecho fundamental a la salud y condensa las características que debe cumplir (tomadas de la Observación General No. 14 del CDESC, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), así como los principios que estructuran su prestación como servicio público. Este artículo puntualiza los principios de universalidad, equidad, solidaridad, sostenibilidad, eficiencia y progresividad del derecho, entre otros, como definitorios del sistema de salud y agrega que éstos deben ser interpretados de manera armónica, sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás.

28. El artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 prevé el principio de integralidad en virtud del cual “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". La norma además dispone que "no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario" y que, cuando exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, "se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".

29. La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad implica que la atención en salud debe ser completa y no fragmentada, de modo que se incluyan todos los servicios y tecnologías necesarios para preservar o mejorar la calidad de vida. En la Sentencia T-259 de 2019 se indicó que deben garantizarse "todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS [hoy PBS] o no".

30. Adicionalmente, el sistema se rige por el principio de progresividad, que impone al Estado la obligación de ampliar gradualmente la cobertura y evitar medidas regresivas. Al respecto, el artículo 6, literal g, de la Ley 1751 de 2015 establece que "[e]l Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud".

31. Esta corporación ha señalado que "el principio de progresividad implica una cierta gradualidad, es decir, que el Estado se encuentra en la obligación de ampliar el nivel de realización del derecho a la salud, así como de abstenerse a tomar medidas que sean regresivas en torno a la prestación de servicios y suministro de tecnologías en salud"[25]. Esto va estrechamente vinculado a la sostenibilidad del sistema de salud[26], lo cual implica la necesidad de "velar por la destinación efectiva de los recursos del sistema general de seguridad social en salud a la satisfacción de los asuntos realmente prioritarios, sin desconocer el ámbito irreductible de protección –núcleo esencial– del derecho fundamental a la salud, ni el deber de garantizar el nivel más alto posible de atención integral en salud y de prever una ampliación progresiva en

materia de prestación de servicios y tecnologías en salud"[27].

32. Con fundamento en los principios de progresividad e integralidad, en la Sentencia SU-239 de 2024, la Sala Plena determinó que "aunque se pueden excluir algunos servicios del PBS, […] (i) se debe entender que está incluido todo servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido del PBS y; (ii) que el Gobierno nacional tiene la obligación de actualizar y ampliar la cobertura en materia de atención en salud"[28]. Actualmente, los servicios y tecnologías en salud que se encuentran excluidos de financiación con recursos públicos de la salud se encuentran contenidos en la Resolución No. 641 de 2024[29]; varias de dichas exclusiones están relacionados con procedimientos con fines estéticos.

33. Al respecto, el inciso segundo del artículo 15 de la LES estableció el sistema de exclusión del PBS, en el que se precisan los servicios que no son financiados por el sistema público en salud. Dicha disposición definió los criterios que permiten establecer cuándo los servicios no serán sufragados con los recursos públicos destinados a la salud. Estos requisitos, que tienen como objetivo garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, excluyen ciertos servicios, por ejemplo, aquellos que "tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas".

34. Además de estos criterios, en las sentencias T-055 de 2023 y SU-239 de 2024, esta Corte reiteró que, a partir de una lectura integral de la LES, existen dos requisitos jurisprudenciales adicionales para que un servicio de salud pueda ser excluido del PBS, como se explica a continuación:

Tabla 3. *Requisitos para la exclusión de servicios de salud del PBS*[30]

Primer requisito: la exclusión se efectúe de manera concreta y precisa
El inciso 3 del artículo 15 de la LES establece que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá excluir los servicios de salud mediante un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Por lo tanto, la jurisprudencia constitucional indicó que: "no se pueden construir listas genéricas o ambiguas, pues ellas dejan un margen de discrecionalidad demasiado amplio a las entidades responsables de la autorización y la prestación o suministro de servicios y tecnologías en salud"[31]

Segundo requisito: la exclusión de los servicios en el PBS no tiene reglas absolutas que apliquen para todos los casos en general
Para verificar si el servicio de salud está excluido se deben tener en consideración las situaciones específicas de cada caso. Esto significa, en otros términos, que es posible encontrar casos donde la situación específica permite que el sistema de salud cubra una tecnología en salud que por regla general está excluida[32]. En la Sentencia C-313 de 2014, reiterada en las sentencias SU-508 de 2020 y SU-239 de 2024, la Sala Plena estableció las siguientes reglas para determinar cuándo no aplicar una exclusión en el caso concreto: (i) Que la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud vigente, claro y grave que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas. Sobre este presupuesto, en la Sentencia SU-239 de 2024 se precisó que para su superación es necesario que exista una clara afectación a la salud y no basta con la sola afirmación sobre el deterioro de la dignidad humana. De tal forma, la afectación de la salud debe ser cualificada en los anteriores términos, comoquiera que compromete la inaplicación de las restricciones avaladas por el mecanismo participativo bajo criterios técnicos y científicos y, por consiguiente, impacta la garantía de prestación a cargo del Estado y la correlativa financiación de los servicios que se requieren. (ii) Que no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario. (iii)Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología en salud y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores. (iv) Que el servicio o tecnología en salud excluido del plan de beneficios haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.

35. Con todo, en la Sentencia SU-239 de 2024 esta Corte dejó claro que la exclusión no puede ir en contravía del principio de progresividad. Este principio, también consagrado en el inciso 4 del ya mencionado artículo 15 de la LES, establece que la ley debe determinar mecanismos para ampliar progresivamente los beneficios en salud. Por tanto, el Estado se encuentra en la obligación de ampliar el nivel de realización del derecho a la salud, así como de abstenerse de

tomar medidas que sean regresivas en torno a la prestación de servicios y suministro de tecnologías en salud[33].

36. En síntesis, de acuerdo con lo establecido en la Sentencia SU-239 de 2024, “el derecho a la salud (i) tiene naturaleza fundamental y autónoma; (ii) es un derecho y un servicio público; (iii) la faceta de servicio contempla el deber del Estado de garantizar a los afiliados al sistema todas las prestaciones que requieran de manera efectiva, (iv) todo servicio o tecnología en salud que no esté expresamente excluida del PBS, se entiende incluida y debe prestarse; (v) incluso las exclusiones tienen excepciones en los casos concretos conforme a las reglas fijadas en la Sentencia C-313 de 2014”.

10. El derecho al diagnóstico como faceta del derecho fundamental a la salud. Reiteración de jurisprudencia

37. La jurisprudencia constitucional[34] ha establecido que el derecho al diagnóstico es parte del derecho a la salud. Esta faceta ha sido definida como la valoración *técnica, científica* y *oportuna* que determina el estado de salud del paciente y con él, el tratamiento médico más adecuado.

38. El derecho al diagnóstico “es uno de los principales criterios para determinar los servicios que requiere un paciente y es vinculante para las EPS, las cuales tendrán la obligación de determinar cómo, administrativamente, se llevará a cabo el cumplimiento de los tratamientos en virtud del diagnóstico de cada paciente”[35]. En efecto, esta faceta del derecho fundamental a la salud comprende la posibilidad de ordenar tratamientos integrales cuando se acrediten condiciones como negligencia de la EPS, existencia de órdenes médicas claras y la situación de vulnerabilidad del paciente.

39. En este mismo sentido, en la Sentencia T-022 de 2024 se indicó que “el derecho al diagnóstico, en tanto faceta del derecho fundamental a la salud, es la garantía que tiene el paciente de exigir de las entidades prestadoras de salud la realización de los procedimientos que resulten precisos con el objetivo de establecer la naturaleza de su dolencia para que, de esa manera, el médico cuente con un panorama de plena certeza sobre la patología y determine ‘las prescripciones más adecuadas’ que permitan conseguir la recuperación de la salud, o en aquellos eventos en que dicho resultado no sea posible debido a la gravedad de la dolencia,

asegurar la estabilidad del estado de salud del afectado".

40. En la Sentencia T-252 de 2024 se recordó que la faceta de diagnóstico cubre la posibilidad de que todos los pacientes reciban una valoración técnica y oportuna de su estado de salud y de los servicios que requieran, lo que implica que los profesionales de la salud evalúen su estado y determinen cuáles son los tratamientos pertinentes, si existe tal necesidad.

41. Finalmente, esta corporación delimitó las siguientes etapas del derecho al diagnóstico: (i) la *identificación*, consistente en la práctica de exámenes previos ordenados al paciente con ocasión de los síntomas presentados; (ii) la *valoración*, la cual se realiza una vez obtenidos los resultados de los exámenes, misma que debe brindarse de forma oportuna y completa por parte de los especialistas, y (iii) la *prescripción*, contentiva de los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente.

11. La acción de tutela para la realización de cirugías plásticas reconstructivas con fines funcionales y la valoración de la salud física y mental de los pacientes para determinar la funcionalidad de los procedimientos. Reiteración de jurisprudencia[36]

42. La jurisprudencia constitucional establece que la naturaleza de las cirugías plásticas no siempre es la misma, por lo que las entidades prestadoras de los servicios de salud no pueden calificar a primera vista una cirugía plástica reconstructiva como "estética" o "cosmética", sin antes hacer un análisis del caso particular y de las condiciones físicas, psicológicas y funcionales del paciente que la solicita[37]. Lo anterior en atención a que existen ocasiones en donde ciertos procedimientos reconstructivos, que en principio pueden ser considerados como estéticos, no lo son, pues cumplen con fines reconstructivos funcionales.

43. En efecto, esta corporación ha evidenciado casos en los que las cirugías plásticas no tienen exclusivamente una función estética, en los cuales jurisprudencia constitucional ha fijado como regla que "cuando se logre demostrar que una cirugía plástica se realiza con el fin de corregir alteraciones que afecten el funcionamiento de un órgano o con el propósito de impedir afectaciones psicológicas, la realización del procedimiento es procedente a través de la entidad promotora de salud"[38].

44. De acuerdo con la jurisprudencia vigente las cirugías plásticas pueden ser (i) *estéticas, cosméticas o de embellecimiento*, las cuales están excluidas del Plan de Beneficios de Salud (PBS) y (ii) *de rehabilitación o funcionales* están cubiertas por este y tienen cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), siempre y cuando el médico tratante hubiere catalogado el procedimiento de este modo [39].

Tabla 4. Tipos de cirugías plásticas para efectos de establecer su cobertura por parte del sistema de seguridad social en salud

Cirugías estéticas	Cirugías de rehabilitación o recuperación funcional
Tienen como finalidad modificar o alterar la estética o apariencia física de una parte del cuerpo con el fin de satisfacer el concepto subjetivo que la persona que se realiza este tipo de intervenciones tiene sobre el concepto de belleza. Buscan cambiar las partes del cuerpo que no le satisfacen al paciente[40].	Buscan preservar el derecho a la salud dentro de los parámetros de una vida sana y contrarrestar las afectaciones psicológicas que atentan contra el derecho a llevar una vida en condiciones dignas[41]. Tienen como objetivo lograr mitigar o reconstruir los efectos negativos producto de un accidente o trauma[42].

45. En la Sentencia SU-239 de 2024 se señaló que "los recursos públicos asignados a la salud no pueden destinarse a financiar servicios o tecnologías en las que se advierta que la finalidad principal sea meramente cosmética o suntuaria, no relacionada con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas"[43].

46. Al respecto, en esa misma providencia la Sala Plena estableció que "la determinación de si se trata de una cirugía estética o funcional depende de la situación particular de cada caso, la necesidad de cada persona y el impacto en la salud que tiene la realización de los procedimientos"[44]. En ese sentido, lo funcional de un procedimiento no será un referente objetivo o técnico que pueda aplicarse de la misma manera a todos los casos, sino una consideración particular del médico tratante frente a la afectación a la salud en cada caso.

47. Con base en ello, la jurisprudencia constitucional ha establecido los siguientes criterios que

el juez constitucional debe considerar para determinar si un procedimiento es funcional o estético, con base en el análisis de la situación médica, mental y social de quien solicita el servicio de salud[45].

Tabla 5. *Criterios para determinar si un procedimiento es funcional o estético*[46]

Requisito	Contenido
No puede tratarse de una cirugía exclusivamente estética	Este supuesto implica (i) que con la cirugía no se busque exclusivamente embellecer o rejuvenecer tejidos sanos o normales de las personas y (ii) que exista una patología de base que produce el efecto que se pretende corregir por medio del procedimiento médico. La Corte Constitucional ha reconocido que los diagnósticos de salud que surjan como consecuencia de las cirugías estéticas, "en eventos comprobados de enfermedad […] el Sistema de Salud está en el deber de suministrar un servicio integral para prevenir, paliar o curar cualquier enfermedad que afecte la condición de salud"[47]
Debe existir orden del médico tratante que justifique la intervención quirúrgica	El médico tratante es el competente para determinar la procedencia de la intervención con el fin de mitigar o controlar los efectos físicos y psicológicos generados por la patología, con fundamento en su conocimiento científico[48].

La intervención quirúrgica debe ser necesaria para garantizar el derecho a la vida en condiciones dignas, a la salud física y mental y a la integridad personal	Para establecer si hay una afectación a la dignidad del paciente se debe establecer con certeza[49] que la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud vigente, claro y grave que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas[50], o con miras de impedir afectaciones psicológicas que permitan a la persona llevar una vida en condiciones dignas[51].

48. En aplicación de dichas reglas, la Corte Constitucional ha ordenado la realización de procedimientos quirúrgicos tales como cirugías reparadoras de senos con propósitos funcionales o reconstructivos[52], procedimientos de reconstrucción mamaria con prótesis y colgajo por diagnósticos de lipodistrofia[53] y cirugías de bypass por diagnósticos de obesidad mórbida al advertir que tienen "una clara relación con algún requerimiento funcional o una relación directa con afectaciones en la salud mental del paciente"[54]. En estos casos, adicionalmente, se señaló que la mora y las trabas administrativas en los procesos de autorización de tales procedimientos generan una grave afectación en el derecho a la salud y en su dignidad humana[55].

49. A partir de lo anterior, la Corte Constitucional estableció que las cirugías plásticas con propósitos estéticos se encuentran expresamente excluidas del PBS. Sin embargo, cuando se logre demostrar que una cirugía de carácter estético se realiza con el fin de corregir alteraciones que afecten el funcionamiento de un órgano o con miras a impedir afectaciones psicológicas, en procura de evitar la perturbación de la salud física y mental para permitir a la persona vivir de manera digna, la realización del procedimiento es procedente a través de la EPS, siempre y cuando se cuente con una orden médica que así lo requiera[56].

12. Análisis y resolución del caso concreto

50. *Cristina* es una mujer de 37 años afiliada a la EPS Sanitas a quien, en 2021, se le efectuó una cirugía de manga gástrica debido a que presentaba un peso de 112.9 kilogramos, apnea severa y trastorno ansioso-depresivo. Desde aquel entonces, la accionante tuvo una pérdida de 37 kilogramos y, como efecto de la reducción del peso, presenta exceso de piel en su abdomen, senos, entrepierna y brazos.

51. La accionante ha intentado en distintas ocasiones acudir a la red prestadora de servicios de la EPS Sanitas para la realización de una nueva cirugía con el fin de retirar los excesos de piel que se han generado en su cuerpo a raíz de la pérdida masiva de peso experimentada. No obstante, los intentos de la accionante para la realización del procedimiento no han sido exitosos a pesar de haber sido diagnosticada con lipodistrofia y depresión. En la demanda de tutela se explicó que, en relación con dichos diagnósticos, la actora presenta problemas de autopercepción de imagen, problemas relacionales y dificultades en el uso de prendas, dolor, irritación, enrojecimiento y sensación de ardor en razón a los repliegues de la piel sobrante. La Sala procede a analizar el caso concreto y a resolver el problema jurídico.

52. *Hechos probados*. A partir del material probatorio recaudado, con base en la información suministrada por la EPS Sanitas y la falta de respuesta de la demandante, se identifica lo siguiente: (i) al menos desde 2019, la accionante ha sido diagnosticada y tratada por la EPS Sanitas por sus condiciones de sobrepeso y obesidad; (ii) en 2021, a la accionante se le realizó un procedimiento de *sleeve* gástrico por los efectos derivados de su condición de salud dentro de la red de atención de la EPS Sanitas, y (iii) como efecto del procedimiento, la actora tuvo una pérdida de más de 37 kilogramos y, a raíz de esa disminución de peso, ha presentado un exceso de piel en su abdomen, senos, entrepierna y brazos.

53. Después de ello, (iv) el 22 de enero de 2024 la demandante fue valorada en la especialidad de cirugía plástica por el diagnóstico de lipodistrofia con evolución de 2 años y su médico tratante ordenó la evaluación en junta médica o equipo interdisciplinario, con el fin de determinar la pertinencia de realizar un procedimiento quirúrgico de reducción de piel. (v) El 5 de marzo de 2024 se realizó una junta médica en la que, si bien se confirmó el diagnóstico de lipodistrofia, no se autorizó la realización de una cirugía plástica porque no se cumplía con los criterios de funcionalidad, al determinar que las secuelas no afectaban significativamente el desempeño o labores diarias de la paciente. Dicha junta estuvo integrada por 8 especialistas en cirugía plástica

y 2 especialistas en cirugía plástica oncológica.

54. A su vez, (vi) el 10 de noviembre de 2025 se llevó a cabo una nueva junta médica compuesta por cuatro cirujanos plásticos[57] con el fin de definir la pertinencia de una intervención por cirugía plástica; aquella determinó que, por su patología de base, la actora debía ser evaluada en conjunto por hematología, seguimiento por psiquiatría y control de peso, así como tener un IMC menor de 30 y ser evaluada nuevamente por su cirujano tratante.

55. Con posterioridad a dicha junta, (vii) la accionante ha sido tratada en las especialidades de *psiquiatría*, en la que se le diagnosticó con un cuadro de trastorno mixto de ansiedad y depresión, con síntomas de insomnio y ansiedad; *gastroenterología*, en razón de la cual se efectuaron solicitudes de endoscopias y colonoscopias en noviembre de 2025; *hematología*, en controles por deficiencia del factor VIII y anemia; y *nutrición*, por manejo de dieta específica para pacientes bariátricos y control de deficiencias. (viii) En la historia clínica más reciente, correspondiente a una consulta de medicina familiar del 4 de febrero de 2026, se registró que la accionante presenta un diagnóstico de obesidad grado 1[58].

56. Al estudiar el asunto, la Sala encuentra que la EPS Sanitas vulneró los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de la accionante debido a que, pese a haber sido diagnosticada con lipodistrofia y presentar un cuadro depresivo, la accionada no valoró de forma integral las afectaciones registradas en su salud física y mental al no autorizar la realización de una cirugía plástica reconstructiva, como procede a explicarse.

57. Para empezar, existieron antecedentes clínicos que daban cuenta de la situación de sobrepeso de la accionante desde 2019 y del tratamiento que la EPS había prestado a dicha condición de salud. Además, la EPS Sanitas aclaró que el procedimiento de *sleeve* gástrico fue realizado por su red de atención y que la demandante presentaba afectaciones en su salud física y mental años después de haberse llevado a cabo la cirugía. Al respecto, en la documentación suministrada por la accionada se muestra que se estaban realizando controles después de la cirugía bariátrica y que en distintas ocasiones los médicos tratantes hicieron referencia a que estaba pendiente cirugía estética reconstructiva[59].

58. Por otra parte, en la orden del médico tratante del 22 de enero de 2024, en la que el galeno dispuso la realización de una junta médica para evaluar la procedencia del procedimiento, se hizo referencia a (i) las secuelas en la salud mental de la paciente y (ii) la valoración

interdisciplinaria.

59. Sin embargo, al revisar la historia clínica de la accionante se identifica que la junta médica realizada el 5 de marzo de 2024 (i) no tuvo el componente interdisciplinario prescrito por el médico que ordenó la valoración para la cirugía reconstructiva y (ii) no contó con profesionales especializados en materias sobre la salud mental como psicología o psiquiatría.

60. En efecto, el comité médico efectuado el 5 de marzo de 2024 estuvo compuesto por 8 cirujanos y cirujanas plásticas y 2 especialistas en cirugía plástica oncológica [60]. Dentro de las condiciones de salud que se consignaron en el dictamen de la junta médica se hizo referencia a los diagnósticos por lipodistrofia, secuelas por pérdida de peso y colgajo dermograso; no obstante, el documento no hizo mención alguna a los diagnósticos sobre la salud mental de la accionante.

61. En consecuencia, las pruebas obrantes en el expediente permiten ver que el equipo médico que integró la junta que no autorizó el procedimiento no contó con especialistas en salud mental, por lo que no hubo evaluación sobre las condiciones de depresión y ansiedad que presentaba la paciente.

62. En este sentido, la EPS accionada no efectuó un estudio clínico interdisciplinario a pesar de que hubo una orden médica que señalaba la necesidad de evaluar integralmente la salud física y mental de la accionante, a fin de determinar la procedencia de la intervención quirúrgica, lo cual, en el caso particular, constituyó una transgresión del derecho a la salud, en su faceta de diagnóstico de la accionante.

63. En relación con lo anterior, cabe resaltar que la EPS Sanitas indicó en la respuesta en el trámite de revisión que para integrar juntas médicas se tiene en cuenta la salud mental cuando así lo requiera el criterio médico. A pesar de ello, al integrar la junta médica del 5 de marzo de 2024 no se tuvo en cuenta la transversalidad del equipo referido en la orden médica.

64. En efecto, la historia clínica y la información presentada por la EPS accionada en su respuesta al auto de pruebas dan cuenta de que la demandante ha tenido afecciones en su salud física y mental como efecto de la cirugía de manga gástrica efectuada en 2021 y que dichas condiciones médicas han persistido.

65. Después de la emisión de la sentencia de instancia en el proceso de tutela, hubo una nueva

valoración a la accionante y, en la junta médica realizada el 10 de noviembre de 2025, tampoco se autorizó el procedimiento quirúrgico. En dicha junta se determinó que la paciente debía ser evaluada en conjunto por hematología, seguimiento por psiquiatría y control de peso, así como tener un IMC menor de 30 y ser evaluada nuevamente por su cirujano tratante. De igual forma, en las historias clínicas aportadas por la EPS Sanitas se señala que la paciente fue diagnosticada con trastorno mixto de ansiedad y depresión [61] y que aún continúa la necesidad identificada desde 2024 en cuanto a la realización de la intervención quirúrgica por las secuelas de su condición médica[62].

66. En ese sentido, si bien ha habido una atención médica posterior a la demandante por parte de su EPS, las nuevas valoraciones que se han efectuado ponen en evidencia que las afectaciones en la salud de la paciente persisten. Al respecto, el deterioro de la salud de la accionante debido a la prolongación en el tiempo del exceso de piel en su cuerpo, ha tenido como efecto que presente cuadros de ansiedad y depresión. Estas situaciones han impactado en su calidad de vida y, en últimas, se ha visto afectado su derecho a la dignidad humana.

67. Todo ello hace posible concluir que, a pesar de que se han efectuado dos juntas médicas en distintos períodos de tiempo, lo cierto es que la atención en salud que la EPS Sanitas ha dado a la accionante no ha respondido a los criterios de *integralidad* y *progresividad*. Los estudios clínicos, tanto previos como posteriores a la presentación de la solicitud de amparo, permiten identificar una correlación entre las secuelas físicas derivadas del procedimiento bariátrico que se realizó en 2021 y las afectaciones en la salud mental de la accionante. No obstante, los comités médicos que se han llevado a cabo para determinar si es viable una nueva cirugía han carecido de una evaluación integral que estudie de manera conjunta las condiciones biológicas por la lipodistrofia y los cuadros de depresión y ansiedad que presenta la actora.

68. En este caso hubo un déficit de protección del derecho al diagnóstico como faceta del derecho fundamental a la salud porque, en la etapa de *valoración*, no hubo un estudio completo por parte del equipo médico, debido a que las juntas médicas realizadas no contaron con especialistas en materia de salud mental. A su vez, el deterioro de la salud de la accionante durante aproximadamente cinco años ha acarreado una vulneración del derecho fundamental a su dignidad humana, puesto que se han afectado las condiciones materiales de existencia de la paciente.

69. Esta desprotección se originó en los obstáculos administrativos de cara al abordaje integral

de su situación de salud, en el entendido que la EPS no ha garantizado que la realización de las juntas médicas se aborde de manera integral para evaluar, conjuntamente, la salud física y mental de la accionante. Al respecto, se recuerda que el principio de integralidad implica que la atención en salud debe ser completa y no fragmentada, de modo que se incluyan todos los servicios y tecnologías necesarios para preservar o mejorar la calidad de vida.

70. Lo anterior no implica que esta Sala estime pertinente ordenar directamente la realización del procedimiento quirúrgico reclamado en la solicitud de amparo, pues ello depende del estudio clínico integral que efectúen los profesionales de la salud adscritos a la EPS. Además, esta entidad hizo referencia a que en las valoraciones recientes se han identificado restricciones médicas, tales como la necesidad de un IMC inferior a 30, y que la demandante ha debido ser atendida en especialidades relacionadas con hematología, psiquiatría y control de peso.

71. Las falencias en la valoración integral de la salud de la accionante y la consecuente carencia de una orden médica actual para realizar una cirugía reconstructiva implican que la Sala no cuenta con el material probatorio suficiente para efectuar un análisis sobre el cumplimiento de los requisitos de funcionalidad del procedimiento en el caso concreto (ver tabla 5).

72. Con todo, el acervo probatorio permite determinar que, a pesar de que desde 2024 hubo una orden del médico tratante para realizar una valoración interdisciplinaria de la paciente con el propósito de que se estudiara la viabilidad de un procedimiento quirúrgico, la EPS no aportó evidencia de que se hubiese llevado a cabo una junta médica compuesta por profesionales de distintas áreas que evaluara la salud física y mental de la accionante, lo que resultó en una desprotección del derecho fundamental a la salud en su faceta de diagnóstico.

73. *Conclusión*. Así las cosas, la falta de valoración integral de las condiciones de salud física y mental de la accionante para determinar si es viable la realización del procedimiento reclamado ha tenido como efecto la vulneración del derecho a la salud de aquella, en su faceta de diagnóstico, así como su dignidad humana. A propósito, si bien ha habido nuevos diagnósticos sobre el deterioro físico y psicológico de la actora y que no se evidencia interrupción en la atención por parte de la EPS Sanitas, lo cierto es que han transcurrido más de dos años desde que el médico tratante ordenó que se realizara una junta médica o equipo interdisciplinario con el fin de determinar la pertinencia de realizar un procedimiento quirúrgico de reducción de piel y (i) no se ha integrado una junta médica interdisciplinaria en la que se incluyeran profesionales de la salud en psicología o psiquiatría, (ii) no se ha valorado integralmente la salud física y mental

de la accionante para determinar si procede la cirugía y (iii) las afectaciones en la salud de la accionante se han sostenido en el tiempo.

74. De conformidad con lo anterior, la Sala Cuarta de Revisión revocará sentencia del 14 de mayo de 2025, proferida por el Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* que negó el amparo. En su lugar, amparará los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de la accionante.

75. En consecuencia, ordenará a la EPS Sanitas que, en el término máximo de cinco días, conforme un comité médico compuesto por profesionales de distintas especialidades, el cual deberá integrar, como mínimo, las siguientes áreas: (i) cirugía plástica, (ii) nutrición, (iii) hematología, (iv) psiquiatría, (v) psicología y (vi) gastroenterología.

76. El comité médico deberá determinar las afectaciones que el diagnóstico de "lipodistrofia" causa en la salud física y mental de la accionante, así como la procedencia de la cirugía plástica reconstructiva reclamada por la demandante, teniendo en cuenta la condición médica de aquella, así como los riesgos asociados y las eventuales alternativas terapéuticas.

77. La junta deberá definir el plan de manejo integral requerido para garantizar la atención médica adecuada y oportuna a efectos de tratar las complicaciones de salud física y psicosocial derivadas de la condición que presenta la accionante y establecer un plan de tratamiento, el cual se deberá garantizar sin más dilaciones.

78. De estas actividades progresivas se deberá informar al Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* en la medida en que tengan ocurrencia.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la sentencia del 14 de mayo de 2025, proferida por el Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* que negó el amparo. En su

lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana de *Cristina*.

SEGUNDO. ORDENAR a la EPS Sanitas que, en el término máximo de cinco (5) días contados a partir de la comunicación de esta sentencia, conforme un comité médico compuesto por profesionales de distintas especialidades, el cual deberá integrar, como mínimo, las siguientes áreas: (i) cirugía plástica, (ii) nutrición, (iii) hematología, (iv) psiquiatría, (v) psicología y (vi) gastroenterología. Dicho comité deberá determinar las afectaciones que el diagnóstico de "lipodistrofia" causa en la salud física y mental de la accionante, así como la procedencia de la cirugía plástica reconstructiva, teniendo en cuenta la condición médica de la accionante, así como los riesgos asociados y las eventuales alternativas terapéuticas. La junta deberá definir el plan de manejo integral requerido para garantizar la atención médica adecuada y oportuna a efectos de tratar las complicaciones de salud física y psicosocial derivadas de la condición que presenta la accionante y establecer un plan de tratamiento, el cual se deberá garantizar sin más dilaciones. De estas actividades progresivas se deberá informar al Juzgado 036 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de *Ciprés* en la medida en que tengan ocurrencia.

TERCERO. DESVINCULAR del presente trámite constitucional al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

CUARTO. LÍBRENSE por Secretaría General de la Corte Constitucional las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

2. NORMATIVA

2.1. LEYES

2.1.1. Ley 2588 de 2026

Por medio de la cual se dictan disposiciones para promover la inclusión y participación en los procesos de donación de sangre, mejorar la seguridad de los donantes y pacientes transfundidos, y garantizar la seguridad, disponibilidad y acceso a la sangre, sus hemocomponentes y sus hemoderivados, en el país

El Congreso de Colombia

DECRETA:

ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto promover la inclusión y participación en los procesos de donación de sangre, mejorar la seguridad de los donantes y pacientes transfundidos y/o que reciben Productos Medicinales Derivados del Plasma (PMDP), y garantizar en la cadena transfusional la seguridad, disponibilidad y acceso a la sangre, sus componentes sanguíneos, y los Productos Medicinales Derivados del Plasma (PMDP) en el país.

ARTÍCULO 2°. Inclusión y participación en los procesos de selección de donantes. En todas las etapas para la selección de donantes de sangre, se garantizará la inclusión y participación de todas las personas, sin que las razones de sexo, orientación sexual e identidad de género, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, sean consideradas como criterios de diferimiento o exclusión.

Para la aplicación del presente artículo se deberá tener en cuenta los criterios científicos y técnicos, basados en evidencias.

ARTÍCULO 3°. Criterios para la selección de donantes. Durante todas las etapas para la selección de donantes de sangre, especialmente en la etapa de entrevista o el mecanismo que la reemplace, no se podrá realizar diferimiento temporal, diferimiento permanente o exclusión de los potenciales donantes por causas diferentes a los factores de riesgo determinados, con ocasión de la evidencia científica disponible y la tecnología aplicable.
Parágrafo 1°. El Instituto Nacional de Salud -INS publicará y actualizará periódicamente los lineamientos técnicos para la selección de donantes de sangre, basado en evidencia científica y recomendaciones internacionales. En ningún caso se considerarán criterios subjetivos o discriminatorios.

Parágrafo 2°. En ningún caso se podrá considerar las razones de sexo, orientación sexual e

identidad de género, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, condición económica y apariencia personal como factores o conductas de riesgo de los donantes potenciales.

Parágrafo 3°. En caso de que el resultado del estado serológico del potencial donante sea positivo, se les deberá garantizar la confidencialidad de la información y la canalización obligatoria al sistema de salud de forma oportuna y adecuada.

ARTÍCULO 4°. Actualización de lineamientos. El Instituto Nacional de Salud, en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo máximo de dieciocho (18) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá actualizar los lineamientos técnicos, administrativos y procedimientos para la selección de donantes de sangre de acuerdo con las necesidades de fortalecimiento de los procesos involucrados en la medicina transfusional, basados en la evidencia científica, el desarrollo tecnológico y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los lineamientos deberán contar como mínimo con los siguientes factores de riesgo:

A) Persona diagnosticada con infección por VIH, HTLV1/2-, hepatitis B y C, enfermedad de Chagas, sífilis, malaria, y otras infecciones potencialmente transmisibles por sangre.

B) Enfermos con discrasias sanguíneas que haya o no recibido transfusiones de hemo componentes o hemoderivados.

C) Receptores de hemo componentes o hemoderivados.

D) Víctimas de acceso carnal violento o abusivo.

E) Personas que hayan tenido exposiciones de riesgo biológico en los que haya habido contacto con sangre y otros fluidos corporales de origen humano o biológico potencialmente infecciosos.

F) Personas que se hayan inyectado drogas de uso recreativo en los últimos 6 meses.

G) Personas que hayan inyectado cualquiera de las siguientes conductas sexuales de riesgo:

H) Haber tenido relaciones sexuales con más de dos personas en los últimos 12 meses.

I) Haber cambiado de pareja sexual en los últimos 6 meses.

J) Haber tenido relaciones sexuales con personas diagnosticadas con virus de VIH, hepatitis o HTLV 1-11 y otros agentes biológicos que de acuerdo con la evidencia científica demuestren que se transmiten por vía sexual en los últimos 12 meses.

El periodo de diferimiento para donar sangre cuando se identifica alguno o algunos de estos factores de riesgo será el establecido en el "Lineamiento Técnico para la Selección de Donantes de Sangre en Colombia" definido por el Instituto Nacional de Salud. Cada factor de riesgo deberá ser evaluado individualmente, de modo que la duración del diferimiento se corresponda con la evidencia científica y la naturaleza específica de la exposición reportada.

Las preguntas e información solicitada para evaluar la elegibilidad del donante de sangre deberán indagar sobre los factores de riesgo y no sobre factores como razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica y apariencia personal de los donantes potenciales.

El lenguaje utilizado durante el proceso de selección del donante de sangre deberá estar fundamentado en el respeto por la dignidad humana, la confidencialidad y la protección de los derechos humanos, evitando cualquier actitud de estigmatización o discriminación, indagando solamente por información que no exceda el propósito técnico fundamental de garantizar la seguridad sanguínea, explicando las razones del diferimiento de la donación.

Artículo 5°. ***Responsabilidad de realización de pruebas de tamizaje y confirmación en los bancos de sangre.*** Los bancos de sangre, deberán realizar bajo su responsabilidad, además de las pruebas de tamizaje y confirmatorias, la totalidad de pruebas que el Instituto Nacional de Salud (INS) considere, a partir de la evidencia científica y los datos epidemiológicos disponibles, a todas las unidades de sangre recolectadas, de conformidad con los algoritmos definidos para Bancos de Sangre y actualizados periódicamente por el (INS) y en cumplimiento de la normatividad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la disponibilidad, acceso y seguridad de la sangre, sus componentes sanguíneos y sus productos medicinales derivados del plasma en el país.

Parágrafo. En caso de que el resultado de las pruebas de tamizaje o confirmación realizadas por los bancos de sangre detecte reactivos frente a agentes infecciosos u otras condiciones de riesgo transfusional, se deberá notificar al donante potencial de manera confidencial y oportuna. Esta notificación deberá incluir información clara sobre los hallazgos, orientaciones clínicas pertinentes y, el direccionamiento a los servicios del sistema de salud para su seguimiento y atención, conforme con la normatividad vigente sobre vigilancia epidemiológica y derechos del paciente.

Artículo 6°. *Seguridad, disponibilidad y acceso.* Los Bancos de Sangre, las prestadoras de servicios de salud que efectúen transfusiones y demás actores del Sistema de Salud con actividad transfusional, en el marco de la seguridad transfusional, deberán garantizar la seguridad, disponibilidad y acceso a la sangre, sus componentes sanguíneos y sus Productos Medicinales Derivados del Plasma en todo el territorio nacional mediante la vigilancia de las cadenas de suministro, la evidencia de las necesidades y la responsabilidad de suplir las necesidades transfusionales del país en óptimas condiciones de seguridad, calidad y uso racional.

Parágrafo. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud, deberá actualizar e implementar la política pública nacional de sangre basada en las buenas prácticas de sangre asegurando criterios de seguridad, calidad, oportunidad y eficiencia.

Artículo 7°. *Coordinación de bancos de sangre.* Los Bancos de Sangre, las prestadoras de servicios de salud que efectúen transfusiones y demás actores del Sistema de Salud con actividad transfusional, en el marco de la seguridad transfusional, deberán promover la donación de sangre, priorizando la seguridad de los donantes y de los pacientes transfundidos, para minimizar eventos adversos asociados a la donación y manteniendo altos estándares de seguridad en todas las etapas de la cadena transfusional, primando por el uso racional y restrictivo de componentes sanguíneos, para mitigar las reacciones adversas a la transfusión. La promoción de la donación de sangre no debe emplearse como mecanismo de presión que derive en la no programación o cancelación de procedimiento terapéuticos o quirúrgicos en relación con la reposición de la cantidad de sangre donada. En todo caso, serán las instituciones prestadoras de servicios de salud quienes deberán implementar alternativas que garanticen la disponibilidad de componentes sanguíneas para atender de manera oportuna las necesidades transfusionales de los pacientes.

Los Bancos de Sangre deberán registrar la recepción, manejo, procesamiento y almacenamiento de la sangre en los sistemas de información y vigilancia del Instituto Nacional de Salud, garantizando el cumplimiento de los protocolos técnicos y científicos vigentes en materia de seguridad y calidad.

Artículo 8°. *Fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre.* El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud promoverán el fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, fomentando la promoción de la donación de sangre en todo el territorio nacional y generando mecanismos que permitan alertar sobre situaciones de insuficiencia de sangre, componentes sanguíneos y Productos. Medicinales Derivados del Plasma en las instituciones hospitalarias con actividad transfusional siempre que cumplan con los criterios técnicos y científicos necesarios para el fortalecimiento del sistema.

El fortalecimiento de la Red Nacional de Sangre se implementará prioritariamente en las regiones apartadas, con difícil acceso o conectividad, y aquellas con presencia de población étnica, campesina o NARP mediante la creación de centros fijos de colecta de sangre para la donación voluntaria, responsable y sin ánimo de lucro de sangre. Estos puntos deberán operar bajo los criterios de uso racional y restrictivo de componentes sanguíneos y productos derivados del plasma en los servicios de transfusión, conforme a los estándares técnicos y científicos vigentes.

Parágrafo. Para el fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión en las regiones apartadas, con difícil acceso o conectividad, y con presencia de población étnica, campesina o NARP se autoriza al Gobierno nacional para disponer recursos del Presupuesto General de la Nación cuya apropiación estará sujeta a la disponibilidad presupuestal para la vigencia fiscal respectiva, de conformidad con las leyes orgánicas de presupuesto, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Artículo 9°. *Hemovigilancia.* El Instituto Nacional de Salud, en el marco de la Hemovigilancia, deberá impartir y socializar a los Bancos de Sangre, a las prestadoras de servicios de salud que efectúen transfusiones y demás actores del Sistema de Salud, en el marco de la seguridad transfusional, los hallazgos que identifiquen oportunidades de mejora para mitigar la ocurrencia de reacciones adversas en los procesos de donación de sangre, transfusión y en el uso racional y restrictivo de los componentes sanguíneos. Asimismo, deberá elaborar: informes que orienten las acciones dirigidas a mejorar la seguridad, disponibilidad y acceso a la sangre, respondiendo a las necesidades transfusionales en el territorio nacional.

Parágrafo. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que realicen transfusiones de sangre, o de sus componentes sanguíneos, deberán implementar un Programa Institucional de Hemovigilancia, el cual deberá contar, como mínimo, con un responsable designado con el perfil requerido; un sistema de gestión de datos que garantice la integridad, exactitud, fiabilidad, confidencialidad y trazabilidad de la información; protocolos para la identificación, notificación, análisis y gestión de eventos adversos asociados a la transfusión sanguínea; estrategias de vigilancia activa y capacitación permanente al personal asistencial en seguridad transfusional; y mecanismos de reporte oportuno, que incluyan la notificación inmediata de eventos adversos graves y la consolidación periódica de la información para su envío a la autoridad sanitaria competente.

El Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social establecerán un sistema de apoyo técnico y financiero diferenciado según nivel de complejidad de las IPS, priorizando el acompañamiento a hospitales de primer nivel y aquellos, ubicados en zonas rurales o apartadas. Para las IPS de menor complejidad, se permitirá la implementación gradual del programa en un plazo de 24 meses.

El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente parágrafo en un plazo no mayor a doce (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 10. ***Inclusión de los bancos de sangre en los procesos relacionados con Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH).*** De acuerdo con las disposiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, los Bancos de Sangre autorizados podrán realizar procesos de obtención de sangre periférica por aféresis, manejo y almacenamiento de las Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), garantizando su calidad y evitando la interferencia con los procesos propios del banco de sangre.

Parágrafo 1°. Serán autorizados aquellos bancos de sangre que acrediten cumplir con los requisitos y estándares establecidos por la Ley 2253 de 2022.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, reglamentará la correcta implementación de este artículo, en concordancia con las disposiciones de la Ley 2253 de 2022.

Artículo 11. ***Producción Nacional de Productos Medicinales Derivados del Plasma.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, en el marco de sus competencias, adoptarán las medidas necesarias para promover la producción nacional de productos medicinales derivados del plasma en todo el territorio nacional, impulsar procesos de reindustrialización local para la obtención de medicamentos derivados del plasma humano e implementar mecanismos de monitoreo y alerta temprana que permitan prevenir y atender situaciones de desabastecimiento de dichos medicamentos en las instituciones hospitalarias y en el sistema de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá autorizar la exportación de plasma con fines industriales; mientras no existan capacidades de producción local, se garantice el abastecimiento nacional y se cumplan los requisitos sanitarios, éticos y comerciales establecidos por la legislación vigente.

Parágrafo. El Gobierno nacional reglamentará lo dispuesto en el presente artículo en un plazo no mayor a doce (12) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 12. ***Centralización del plasma.*** Con el fin de garantizar la seguridad, trazabilidad, disponibilidad y calidad del plasma sanguíneo y sus derivados en el territorio nacional, el Instituto

Nacional de Salud (INS), en su calidad de coordinador técnico-científico de la Red Nacional de Bancos de Sangre, será la entidad responsable de centralizar, coordinar y supervisar los procesos de recolección, procesamiento, almacenamiento y destino del plasma obtenido en los bancos de sangre de acuerdo a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta función se ejercerá de acuerdo con la normatividad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin, y en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto número 1782 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); establecerá los mecanismos técnicos operativos y logísticos necesarios para el procesamiento industrial del plasma; incluyendo criterios de calidad, bioseguridad, eficiencia y sostenibilidad.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto técnico favorable del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), podrá autorizar la exportación de plasma con fines industriales, siempre el Instituto Nacional de Salud se garantice el abastecimiento nacional y se cumplan los requisitos sanitarios, éticos y comerciales establecidos por la legislación vigente.

Parágrafo 3°. Las plantas fraccionadoras, sean de naturaleza pública, mixta o privada, deberán cumplir con los requisitos técnicos, sanitarios y jurídicos mínimos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), en ejercicio de sus competencias legales, será responsable de adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de dichos requisitos, sin perjuicio de las demás disposiciones normativa que resulten aplicables.

Artículo 13. Estrategias para la obtención de productos medicinales derivados del plasma. El Instituto Nacional de Salud, en su calidad de autoridad técnico- científica: en el territorio nacional adelantará las gestiones necesarias, en el marco de sus competencias, para la adquisición de plasma humano, con el propósito de ser fraccionado en plantas públicas, privadas o mixtas debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la obtención de productos medicinales derivados del plasma en el territorio nacional con la finalidad de garantizar su disponibilidad y oportunidad de acceso en el sistema de salud colombiano.

Estas estrategias deberán observar los principios de bioseguridad, trazabilidad, calidad y

eficiencia, en concordancia con los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

El fraccionamiento del plasma se "realizará, de manera preferente, en el territorio colombiano, conforme a las capacidades técnico-científicas y de infraestructura certificadas disponibles. Cuando dichas capacidades no sean suficientes, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) podrá contratar o asociarse, para la prestación del servicio de fraccionamiento del plasma, con plantas públicas, privadas o mixtas; nacionales o en el exterior, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad.

La evaluación del lugar y modalidad de fraccionamiento deberá cumplir criterios de costo-beneficio para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo, entre otros, análisis comparativos de precio, calidad, oportunidad del suministro, trazabilidad, transferencia tecnológica y fortalecimiento de capacidades nacionales.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), establecerá los lineamientos técnicos, administrativos y financieros para la comercialización de los Productos Medicinales Derivados del Plasma obtenidos mediante el fraccionamiento del plasma.

En todo proceso de comercialización, se deberá garantizar que al menos el veinte por ciento (20%) del volumen total de los Productos Medicinales Derivados del Plasma obtenidos, sea destinado al Instituto Nacional de Salud, como mecanismo de recuperación de inversión, fortalecimiento institucional y sostenibilidad de las estrategias de producción pública de medicamentos derivados de sangre.

Artículo 14. ***Planta de procesamiento industrial del plasma.*** Con el propósito de fortalecer la soberanía sanitaria y promover la reindustrialización nacional en el sector salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, evaluará la viabilidad técnica, financiera y fiscal de establecer, a través del Instituto Nacional de Salud, una planta de fraccionamiento industrial de plasma humano en territorio colombiano.

Esta evaluación se realizará en el marco de la programación fiscal de mediano plazo, y deberá considerar criterios de sostenibilidad, eficiencia operativa, impacto en el acceso a medicamentos derivados de la sangre, y alineación con los objetivos de política pública en salud.

Parágrafo. Para el desarrollo, implementación, operación, mantenimiento y expansión de la Planta de Procesamiento Industrial del Plasma, el Gobierno nacional podrá adelantar Alianzas

Público Privadas (APP) u otros esquemas de asociación con entidades públicas, mixtas o privadas, conforme a la Ley 1508 de 2012 y demás normas de contratación pública aplicables, con sujeción a la regulación sanitaria vigente -incluidos los requisitos de habilitación, Buenas Prácticas de Manufactura y registros sanitarios- y a las reglas de sostenibilidad fiscal y de programación presupuestal vigentes.

Artículo 15. ***Información al donante de sangre y al paciente transfundido.*** Los bancos de sangre proporcionarán información clara, veraz, suficiente y precisa sobre todas las etapas del proceso de donación, incluyendo los potenciales riesgos, reacciones y complicaciones para el donante y el paciente transfundido. Asimismo, deberán informar a los donantes potenciales sobre las limitaciones de las pruebas de laboratorio utilizadas para el tamizaje de la sangre donada y el periodo durante el cual estas pruebas no pueden detectar infecciones, a pesar de que el donante pueda ser portador de las mismas y, por tanto, pueda transmitirlas a los futuros pacientes transfundidos.

Parágrafo 1°. Toda donación de sangre, o de sus componentes sanguíneos, deberá contar con una declaración y consentimiento informado del donante, en formato físico o electrónico, que constituya prueba fehaciente de su autorización al banco de sangre para realizar los procedimientos inherentes a la donación, incluyendo el uso de la sangre conforme a la destinación acordada (uso terapéutico, investigación o producción de medicamentos derivados del plasma), la ejecución de las pruebas de tamizaje obligatorio, el proceso de confirmación de resultados reactivos y las acciones de ubicación, asesoría y canalización al servicio de salud cuando corresponda. Asimismo, el donante autorizará la notificación de cualquier anormalidad relacionada con la calidad de su sangre, su canalización a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la comunicación de los resultados a la coordinación de la red de sangre del respectivo ente territorial y al Sistema de Hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. En caso de diferimiento de la donación de sangre, los bancos de sangre deberán informar al donante potencial, de manera clara y respetuosa, las razones específicas que motivaron dicha decisión, con base en los factores de riesgo identificados. Adicionalmente, deberán ofrecer orientación educativa sobre dichos factores, con el propósito de promover el autocuidado, la comprensión del proceso y la posibilidad de un eventual regreso al proceso de donación si las condiciones así lo permiten.

Artículo 16. ***Campañas de información y sensibilización.*** El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el sistema nacional de medios públicos RTVC, la Autoridad Nacional de Televisión, el Ministerio de Educación Nacional y demás

entidades competentes, deberán realizar campañas y espacios de información, en los medios de comunicación y medios digitales, así como, en el marco de su autonomía, en las instituciones educativas en los diferentes niveles de educación, dedicados a la divulgación, sensibilización y fomento de la donación voluntaria, solidaria altruista, frecuente y segura de sangre en el país. A su vez, estas campañas incorporarán mensajes sobre la relevancia del fraccionamiento industrial de plasma sanguíneo para obtener hemoderivados y su rol en la investigación clínica.

El Ministerio de Educación Nacional deberá implementar campañas y establecer espacios de información en las instituciones educativas, con el propósito de sensibilizar y promover la donación voluntaria, sin ánimo de lucro, solidaria, altruista, frecuente y segura de sangre en el país.

Artículo 17. ***Traducción a lenguas nativas.*** Las autoridades de los grupos étnicos, con tradición lingüística propia, podrán solicitar al Gobierno nacional que la presente ley sea traducida a su lengua nativa. El Gobierno nacional reglamentará lo pertinente y definirá los recursos para tal fin.

Artículo 18. ***Regulación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrá de dieciocho (18) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para expedir la reglamentación respectiva que permita promover la inclusión y participación en los procesos de donación de sangre, mejorar la seguridad de los donantes y de los pacientes transfundidos, y garantizar la disponibilidad y acceso a la sangre y sus componentes sanguíneos en el país.

Artículo 19. ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.1.2. Ley 2599 de 2026

Por medio de la cual el Gobierno Nacional actualizará e implementará la Política Pública Integral que garantice la cobertura universal en materia de promoción, prevención, detección, diagnóstico, atención, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer y se dictan otras disposiciones

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

ARTÍCULO 1º. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto actualizar e implementar, en el marco de la sostenibilidad fiscal, la política pública integral que garanticé la cobertura universal progresiva en materia de promoción, prevención, detección, diagnóstico, atención, tratamiento y cuidados paliativos para todos los tipos de cáncer, priorizando los de mayor incidencia y mortalidad.

ARTÍCULO 2°. *Política Nacional de Lucha Contra el Cáncer*. El gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de ente rector del sector y sus entidades adscritas, actualizará dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, la política pública con los siguientes componentes:

1. Creará un plan decenal exclusivo para el cáncer, en el que se garantizará la participación de todos los actores del sistema de salud para la construcción del mismo, estableciendo metas, indicadores y mecanismos de seguimiento.

2. Implementará una estrategia pública educativa integral que promueva el autocuidado desde niveles básicos de formación, incluyendo programas de pregrado en áreas de la salud y otras disciplinas, para generar una cultura de prevención y detección temprana del cáncer, en articulación con las políticas educativas vigentes.

3. Creará un sistema de vigilancia y seguimiento robusto articulado con el Registro Poblacional de Cáncer de Colombia (RPCC) que permita evaluar los componentes de la política pública y los programas existentes de diagnóstico y atención del cáncer, en articulación y participación activa de los entes de control.

ARTÍCULO 3º. *Ámbito de Aplicación*. Los principios y disposiciones contenidas en la presente ley para el cáncer son aplicables a:

a. A toda la población colombiana en general con cualquier patología de cáncer, los pacientes susceptibles a ser tamizados y/o con alto riesgo de desarrollar cáncer o diagnosticados con el mismo en cualquier estado.

b. Todos los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de detección temprana, atención, integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer en todos los niveles de complejidad.

c. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los regímenes especiales y de excepción, las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas y los Proveedores de Tecnologías en Salud, incluidos los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud.

d. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud adoptarán lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la presente ley.

e. Demás entidades que intervengan directa o indirectamente en la cadena de suministro de medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías requeridas para la atención integral del cáncer.

ARTÍCULO 4°. *Implementación y Tratamiento*. El Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas, implementarán mecanismos para la adquisición en el mercado nacional e internacional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, cuidado nutricional y otras tecnologías en salud que sean necesarios para el tratamiento de todas las patologías oncológicas en el país, priorizando las estrategias de suministro de estos ante situaciones de desabastecimiento o escasez.

Parágrafo. El ministerio de Salud y Protección Social deberá contar previo la aplicación de este artículo, con el sustento técnico que permita demostrar la conveniencia de la compra de los dispositivos, equipamiento, medicamentos y la aplicación de los tratamientos a todas las enfermedades oncológicas en el país.

ARTÍCULO 5°. *Autorización de Medicamentos*. El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, o la entidad que haga sus veces, priorizará la evaluación de todas las tecnologías en salud y los medicamentos para el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer, con el fin de que estos puedan

ser utilizados en el menor tiempo posible en los tratamientos de toda la población afectada por esta enfermedad en el país.

Parágrafo 1°. Una vez se cumpla con los requisitos solicitados por el INVIMA para iniciar el trámite de autorización de nuevos medicamentos y tratamientos para cualquier tipo de cáncer, la respuesta a esta evaluación no puede ser mayor a seis (6) meses, con el fin de garantizar el acceso a los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer en el país, en el menor tiempo posible.

Parágrafo 2°. En caso de que una tecnología o un medicamento éste desabastecido, en riesgo de desabastecimiento o que se establezca su escasez ante la demanda de la población, el INVIMA no podrá superar tres (3) meses en definir la respuesta a la evaluación con el fin de realizar las modificaciones necesarias que permitan el reemplazo terapéutico de la línea de manejo oncológico requerida.

ARTÍCULO 6°. ***Atención e Integralidad en el Manejo de la Enfermedad.*** Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), del régimen contributivo y subsidiado, incluyendo los regímenes especial y de excepción, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento e IPS garantizarán la atención e integralidad a todos los pacientes con cáncer, en el manejo de la enfermedad y el acceso a los tratamientos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría técnica del Instituto Nacional de Cancerología, reglamentará los lineamientos necesarios para garantizar el acceso equitativo a tecnologías de diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer en el marco de la medicina personalizada y de precisión. Asimismo, se incorporará la figura del asesoramiento genético como parte del proceso de atención integral, con el propósito de orientar a los pacientes y sus familias sobre los resultados e implicaciones clínicas, familiares, éticas y sociales derivadas de los estudios genéticos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Instituto Nacional de Cancerología, liderará la política nacional de datos genómicos con fines de investigación y de interés en salud pública. El tratamiento, análisis, uso y almacenamiento de los datos genéticos y de biomarcadores deberán realizarse bajo estrictas medidas de protección de datos personales, conforme a la legislación vigente en materia de hábeas data, confidencialidad e información sensible, garantizando en todo momento la seguridad, privacidad y uso ético de la información de los pacientes. Asimismo, cuando dichos datos sean utilizados con fines de investigación o en otros escenarios que impliquen riesgos éticos para los pacientes, sus familias o comunidades, su

uso deberá someterse a evaluación ética previa e independiente por parte de comités de ética en investigación o de la instancia competente que haga sus veces, de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las acciones y lineamientos necesarios para garantizar el acceso de los pacientes con cáncer a tratamientos y terapias debidamente evaluadas y aprobadas, conforme a los criterios técnicos, científicos y regulatorios establecidos por las autoridades competentes. Para tal efecto, contará con la asesoría técnica del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS- en materia de evaluación tecnológica sanitaria, y del Instituto Nacional de Cancerología en lo referente a los lineamientos técnicos y científicos. Estas acciones incluirán la incorporación progresiva de avances en medicina de precisión, terapias novedosas con evidencia científica y evaluación tecnológica sanitaria, con el propósito de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes, independientemente del régimen al cual pertenezcan, atendiendo la sostenibilidad del sistema.

Parágrafo 4°. El Gobierno Nacional, con el asocio del sector privado, implementará campaigns de educación y programas de vacunación gratuita en todo el territorio nacional (incluyendo lugares apartados de difícil acceso), con el fin de tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia de cánceres prevenibles en el largo plazo.

ARTÍCULO 7°. *Promoción de la detección temprana por parte de los profesionales en salud.* El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología -INC-, promoverá la inclusión de una cátedra sobre prevención, detección temprana y cuidados paliativos del cáncer, en los programas de pregrado de medicina, enfermería y demás programas de ciencias de la salud directamente relacionadas con la atención oncológica, garantizando la autonomía universitaria para definir su implementación, contenido y metodología, de acuerdo con la pertinencia curricular y las necesidades de la salud pública. La cátedra podrá contemplar como mínimo los siguientes módulos:

1. Epidemiología del cáncer en Colombia.

2. Factores de riesgo modificables y no modificables.

3. Estrategias de detección temprana, tamizaje y atención oportuna.

4. Promoción de estilos de vida saludables, educación comunitaria y comunicación de riesgos.

5. Determinantes sociales y comerciales de la salud en relación con el cáncer.

6. Factores ocupacionales y ambientales asociados al cáncer.

7. Rol del sistema de salud nacional e instituciones especializadas.

8. Terapia médica nutricional como intervención fundamental dentro del manejo integral del cáncer

9. Cuidado paliativo oncológicos: principios, atención integral y acompañamiento al paciente y su familia.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social con el asesoramiento del Instituto Nacional de Cancerología formularán lineamientos de referencia sobre los estándares académicos, contenidos mínimos, metodologías y herramientas pedagógicas, así como mecanismos de actualización periódica de la cátedra. Respetando en todo caso el principio constitucional de autonomía universitaria. Para este propósito se tomarán como referencia las cátedras existentes a nivel nacional e internacional, asegurando su alineación con la evidencia científica más reciente y con las políticas públicas de cáncer vigentes.

Parágrafo 2°. Las instituciones de educación superior podrán de manera autónoma y progresiva, incorporar dentro de sus planes curriculares la cátedra, contenidos académicos, estrategias pedagógicas o espacios de formación. El Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, evaluarán la implementación de las cátedras a que hace referencia este artículo con un informe intermedio a los dos (2) años y una evaluación integral a los cinco (5) años de expedida esta Ley.

ARTÍCULO 8°. ***Campañas de prevención en Instituciones Educativas y Empresas***. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio del Trabajo y los distintos sectores afines a estos, incluyendo al sector privado, desarrollaran estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades oncológicas en la comunidad educativa nacional, así como en los entornos laborales. Estas campañas deberán fomentar una cultura de salud integral en el país, alcanzando a estudiantes, trabajadores y sus familias.

Parágrafo. Dentro de las actividades impartidas a la comunidad educativa y a las empresas, se incluirán talleres teórico-prácticos de autoexamen, con el propósito de que tanto estudiantes como trabajadores aprendan a identificar síntomas o advertir la aparición de anomalías en su cuerpo, en concordancia con la instrucción recibida.

ARTÍCULO 9°. *Acciones de Prevención y Detección Temprana del Cáncer.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, así como, sus entidades adscritas y los entes de control, rendirán un informe obligatorio anual de evaluación, seguimiento y resultados sobre la ejecución de la política pública sobre sus competencias en relación a la normatividad vigente en materia de cáncer en el país, este informe se rendirá en el primer semestre de cada periodo legislativo, en sesión conjunta ante las Comisiones Séptimas Constitucionales de la Cámara de Representantes y el Senado de la República.

ARTÍCULO 10. *Investigación integral en cáncer*. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Salud, el IETS, las entidades territoriales, las instituciones de educación superior, los centros de investigación y las IPS, promoverá y fortalecerá la investigación en cáncer en todos sus niveles, desde la investigación básica y trasnacional hasta la investigación clínica, epidemiológica, de servicios de salud y salud pública, con el fin de generar evidencia para mejorar la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y los resultados en salud.

ARTÍCULO 11°. *Reglamentación.* La reglamentación de lo dispuesto en la presente ley se llevará a cabo por el Gobierno Nacional dentro del plazo de doce (12) meses siguientes a la fecha de su publicación.

ARTÍCULO 12°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.1.3. Ley 2603 de 2026

Por el cual se crea la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear ANSN y se establece el marco legislativo que regula las actividades que involucran el uso de las radiaciones ionizantes, los materiales nucleares y los materiales radiactivos en el Territorio Nacional

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º. Objeto. La presente Ley tiene por objeto:

1. Crear y establecer la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear (ANSN) con las funciones y responsabilidades enunciadas en la presente Ley, para que ejerza el control regulatorio de los usos seguros y pacíficos de las tecnologías nucleares y de las radiaciones ionizantes.

2. Determinar la estructura institucional del sector, facilitando con ello el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los instrumentos internacionales pertinentes que ha suscrito el Estado Colombiano.

3. Regular las instalaciones, actividades y prácticas relacionadas con los usos seguros y pacíficos de las tecnologías nucleares, tecnologías de bajas emisiones y alta eficiencia, los servicios de dosimetría personal y de las radiaciones ionizantes, incluyendo sus aplicaciones en los campos de la salud, la industria, la agricultura, la investigación, el ambiente, la docencia, y aquellos otros en los que pudiera haber exposición a las radiaciones ionizantes.

4. Velar por la protección adecuada, presente y futura, de las personas y el ambiente contra los efectos nocivos de la radiación ionizante.

5. Promover la seguridad tecnológica y seguridad física de las instalaciones, actividades y prácticas relacionadas con la aplicación de tecnología nuclear y de las radiaciones ionizantes.

6. Fomentar la investigación y el desarrollo tecnológico, científico. económico, ambiental y social, y la innovación en el campo del uso seguro y pacífico de las tecnologías nucleares y de las radiaciones ionizantes en beneficio de todos los colombianos

ARTÍCULO 2º. Fines Pacíficos. Todos los materiales nucleares existentes en Colombia se utilizarán exclusivamente para fines pacíficos. En consecuencia, todas las instalaciones, actividades y prácticas relacionadas con la aplicación de tecnología nuclear, los materiales nucleares y las radiaciones ionizantes, serán realizadas e implementadas exclusivamente con fines pacíficos.

Los fines pacíficos promovidos en esta Ley, guardarán relación con el cumplimiento de las obligaciones internacionales pertinentes asumidas por el Estado Colombiano en esta materia, incluyendo entre otras, aquellas establecidas en el Tratado sobre la no Proliferación de las Armas Nucleares (TNP), el Tratado sobre la Proscripción de las Armas Nucleares en América Latina y el Caribe (Tratado de Tlatelolco), el Acuerdo de Salvaguardias Amplias (ASA) y su Protocolo Adicional (PA), el Tratado sobre la Prohibición de las Armas Nucleares (TPAN); así como la Resolución 1540 de 2004 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, incluyendo los Tratados de Derechos Humanos vigentes suscritos de Colombia.

Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que puedan derivar de futuros instrumentos internacionales en materia nuclear a los que se adhiera el Estado Colombiano.

Parágrafo. Prohibición de armas nucleares. Se prohíben en Colombia las armas nucleares y demás dispositivos explosivos nucleares, tal como lo indica el artículo 81 de la Constitución, así como su control directo o indirecto, su fabricación o adquisición por otros medios y la búsqueda u obtención de asistencia para su fabricación.

ARTÍCULO 3º. Ámbito de Aplicación. La presente Ley se aplicará a todas las actividades, instalaciones y prácticas relacionadas con los usos pacíficos de la energía nuclear y las radiaciones ionizantes, incluyendo actividades de dosimetría y calibración dosimétrica, en todo el territorio de la República de Colombia que, a los fines de la presente Ley, incluirá el espacio aéreo, el mar territorial, la plataforma continental y todo lugar donde el Estado soberano de Colombia ejerza jurisdicción y se aplican a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, así como las instituciones estatales y entidades descentralizadas.

La presente Ley no será aplicable a las actividades o prácticas relacionadas con las exposiciones que estén excluidas del control reglamentario en virtud de los reglamentos establecidos por la ANSN. Tampoco se aplicará a la reglamentación de fuentes de radiación no ionizante.

ARTÍCULO 4°. Principios Generales. Los principios generales que rigen el desarrollo y aplicaciones pacíficas de la ciencia y la tecnología nuclear en Colombia son los siguientes:

1. **Protección a la Población y el Ambiente**: Garantizar la protección de las personas, la población y del ambiente contra los efectos nocivos de la radiación ionizante, tanto en el presente como en el futuro

2. **Beneficios Sociales y Económicos**: Contribuir al desarrollo social y económico del país.

3. **Desarrollo Científico y Tecnológico**: Promover el desarrollo del conocimiento de las ciencias y tecnologías nucleares para contribuir a la soberanía científica y tecnológica, impulsar el desarrollo y crecimiento del país y anticiparse a los retos tecnológicos futuros, así como promover la formación investigativa, la generación de nuevo conocimiento, la investigación, el desarrollo tecnológico, y la apropiación social del conocimiento, para contribuir a la soberanía científica, tecnológica y la Innovación.

4. **Cooperación Internacional**: Mantener relaciones estrechas con contrapartes en otros Estados y con Organismos Internacionales pertinentes, debido a que el uso de materiales nucleares y otros materiales radiactivos implica riesgos que requieren un alto nivel de colaboración y apoyo internacional.

5. **Comunicación:** Implementar las acciones necesarias para una oportuna y efectiva comunicación a la población sobre los diversos aspectos de la tecnología nuclear y sus aplicaciones.

6. **Cultura de la Seguridad**: Promover la cultura de la seguridad tecnológica y de la seguridad física nuclear.

7. **Independencia efectiva**: Las decisiones en materia de seguridad tecnológica estarán libres de interferencias de entidades dedicadas al desarrollo, operación o ejecución de proyectos nucleares o que empleen fuentes radiactivas o equipos generadores de radiaciones ionizantes; por ende, la Agencia no podrá estar subordinada a dichas entidades con el fin de prevenir la existencia de conflictos de intereses. No se podrán destituir a los oficiales o agentes reglamentarios por motivos políticos, ni las decisiones regulatorias podrán ser modificadas ni interferidas por actores externos a su mandato

técnico. La agencia debe disponer de los recursos financieros, humanos y técnicos suficientes, separando las competencias de presupuesto de las de personal, y sin interferencia política, comercial o de cualquier otro tipo que interfiera con sus funciones.

8. **Transparencia:** Los organismos involucrados en el desarrollo, el uso y la regulación de la tecnología nuclear tiene que facilitar toda la información pertinente sobre su uso, en particular sobre incidentes y sucesos anormales que podrían afectar a la salud pública, la seguridad y el medio ambiente.

9. **Control continuo**: La Agencia debe mantener la capacidad de supervisar todas las actividades relacionadas con la tecnología nuclear para garantizar que se lleven a cabo de forma segura y conforme a los términos de la autorización, por tanto, se debe garantizar el libre acceso de la Agencia a todas las instalaciones donde se utilice y almacene material nuclear.

Parágrafo. También harán parte los principios establecidos en los instrumentos internacionales suscritos por Colombia.

ARTÍCULO 5°. Definiciones. Para los efectos de la presente Ley, se entenderá por.

1. **Accidente**: Todo suceso involuntario, incluidos los errores de operación, fallos del equipo u otros contratiempos, cuyas consecuencias reales o potenciales no sean despreciables desde el punto de vista de la seguridad tecnológica.
2. **Actividades**: Toda acción relacionada con la posesión, la producción. el uso, disposición, la importación, la exportación y el transporte de fuentes de radiación, incluyendo los rayos X. los rayos gamma y las partículas beta, alfa, neutrones, protones, y los iones más pesados. usados en la salud, la industria, la agricultura, la investigación, el ambiente, la docencia, la generación de energía eléctrica y otras actividades que pudieran producir exposición a las radiaciones ionizantes, así como cualquier otra acción que especifique la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear - ANSN.
3. **Acto Doloso**: Acto intencional, no autorizado, de intento de retirada. uso, o amenaza de uso de materiales nucleares o radiactivos, que pueda causar o cause, un perjuicio o interferencia en la explotación de una instalación, actividad o práctica.
4. **Acuerdo de Salvaguardias**: Acuerdo suscrito entre Colombia y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) con entrada en vigor el 22 de diciembre de 1982 y su protocolo adicional aprobado mediante Ley 1156 de 2007.
5. **ANSN**: Corresponde a la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear, la cual es la autoridad competente para ejercer las funciones descritas en la presente Ley, relacionadas con los

usos seguros y pacíficos de las tecnologías nucleares y de las radiaciones ionizantes en todo el territorio del Estado Colombiano.

6. **Autorización**: Permiso escrito otorgado por parte de la ANSN. para realizar las actividades, prácticas, o para el funcionamiento de instalaciones reguladas por esta Ley.
7. **Ciberseguridad:** Corresponde a las medidas implementadas para minimizar el nivel de riesgo al que están expuestas las instalaciones, ante amenazas o incidentes de naturaleza cibernética, buscando la disponibilidad, integridad, autenticación, confidencialidad y no repudio de las interacciones digitales. La ciberseguridad comprende el conjunto de recursos, políticas, conceptos de seguridad, salvaguardas de seguridad, directrices, métodos de gestión del riesgo, acciones, investigación y desarrollo, formación, prácticas idóneas, seguros y tecnologías que pueden utilizarse para dicho fin.
8. **Clausura**: Medida administrativa y técnica que se adopta para poder suprimir parcial o totalmente los controles reglamentarios aplicados a una actividad, práctica a instalación.
9. **Combustible Gastado**: Es el combustible nuclear irradiado en el núcleo de un reactor nuclear y extraído permanentemente del mismo.
10. **Combustible Nuclear**: Material nuclear fisionable consistente en elementos fabricados para cargarlos dentro del núcleo de un reactor nuclear, incluyendo aquellos elementos fabricados con más de un óxido de elementos fisibles.
11. **Cultura de la seguridad tecnológica y de la seguridad física nuclear**: Conjunto de características, actitudes y comportamientos de personas, organizaciones e instituciones que contribuye a apoyar, reforzar y mantener la seguridad tecnológica y la seguridad física.
12. **Desechos Radiactivos**: Material radiactivo que no se prevé seguir utilizando de ningún modo y que contiene, o está contaminado por. radio nucieidos con una concentración de la actividad mayor que los niveles de dispensa establecidos por la ANSN.
13. **Dispensa**: Se entiende cuando la ANSN elimina de todo control reglamentario materiales u objetos radiactivos utilizados en las instalaciones, actividades y prácticas autorizadas.
14. **Disposición final**: Se entiende la colocación de combustible gastado o desechos radiactivos en una instalación apropiada sin intención de recuperarlos.
15. **Emergencia Nuclear o Radiológica**: Es la emergencia en la que existe, o se considera que existe, un peligro para las personas o el ambiente debido a la energía derivada de una reacción nuclear en cadena o de la desintegración de los productos de una reacción en cadena; o debido a la exposición a la radiación ionizante.
16. **Enfoque graduado**: Aplicación de medidas de Seguridad Tecnológica y Seguridad Física en un grado proporcional a la magnitud de los posibles riesgos radiológicos derivados de la explotación de una instalación, de una actividad o práctica, y a las posibles consecuencias de actos delictivos o actos intencionales no autorizados que estén relacionados con materiales o instalaciones nucleares, otros materiales radiactivos, instalaciones o actividades conexas, respectivamente.

17. **Entidad o Persona Explotadora**: Es toda entidad o persona que esté autorizada o sea responsable de la seguridad tecnológica y seguridad física nuclear, protección radiológica, de los desechos radiactivos o del transporte cuando se llevan a cabo por instalaciones, o en actividades o prácticas que involucre el uso o explotación de materiales nucleares y/o fuentes radiactivas.
18. **Exención**: Se entiende como la determinación por parte de la ANSN de que una fuente adscrita a una práctica, o una práctica no necesita estar sometida a algunos a todos los requisitos establecidos por la presente Ley o sus reglamentos sobre la base de que la exposición (incluida la exposición potencial), la fuente o la práctica es demasiado pequeña para justificar la aplicación de aquellos requisitos, o de que ésta es la mejor opción de protección independientemente del nivel real de las dosis o los riesgos radiológicos.
19. **Exportación**: Se entiende la transferencia física, desde Colombia a un Estado importador de materiales nucleares u otros materiales radiactivos, incluidas las fuentes, así como equipos y materiales no nucleares especificados para notificar las exportaciones importaciones de acuerdo al anexo II del protocolo adicional del Acuerdo de Salvaguardias.
20. **Exposición ocupacional**: Exposición de los trabajadores, personas en formación y estudiantes con contacto directo o indirecto a la radiación ionizante, durante el desempeño de su actividad en el ámbito laboral o académico que implique la exposición a la radiación artificial o al material radiactivo de origen natural.
21. **Exposición**: Estado o situación de estar sometido a irradiación. La exposición a la radiación ionizante puede dividirse en (i) categoría de exposición según la persona expuesta, y (ii) en situaciones de exposición, según las circunstancias de la exposición, y también en función de la fuente de exposición. El término no debe utilizarse como sinónimo de dosis, la cual es una medida de los efectos de la exposición.
22. **Fuente de radiación**: Todo aquello que emita radiaciones ionizantes tales como generadores de radiación ionizante o fuente que contiene material radiactivo.
23. **Fuente en desuso**: Fuente sellada que ya no se utiliza, ni se tiene la intención de utilizar, en la Actividad. Práctica a instalación para la cual se otorgó la autorización.
24. **Fuente huérfana**: Fuente radiactiva que no está sometida a control reglamentario, sea porque nunca lo ha estado, sea porque ha sido abandonada, perdida, extraviada o transferida sin la debida autorización.
25. **Fuente radiactiva**: Fuente que contiene material radiactivo y que se utiliza como fuente de radiación.
26. **Fuente sellada**: Fuente radiactiva en la que el material radiactivo está encerrado de forma hermética y permanente en una cápsula.

27. **Fuente**: Se entiende cualquier elemento que pueda causar exposición a las radiaciones, por ejemplo, por emisión de radiación ionizante o de sustancias o materiales radiactivos, y que pueda tratarse como un todo a los efectos de la Seguridad Tecnológica.
28. **Generador de Radiación Ionizante**: Es el dispositivo funcional que reúne sistemas y subsisternas eléctricos, electrónicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, el cual es capaz de generar radiación ionizante, como rayos X, neutrones, electrones u otras partículas cargadas, que puede utilizarse con fines científicos, industriales, médicos, investigativos u otros.
29. **Gestión de los Desechos Radiactivos**: Conjunto de actividades administrativas y operacionales relacionadas con la manipulación. preparación. tratamiento, acondicionamiento, transporte, almacenamiento y disposición final de los desechos radiactivos.
30. **Incidente**: Todo suceso no intencionado, incluidos los errores de funcionamiento, los fallos del equipo, los sucesos iniciadores, los precursores de accidentes, los cuasi accidentes y otros contratiempos o actos no autorizados, dolosos o no, cuyas consecuencias reales o potenciales no son despreciables desde el punto de vista de la seguridad física y la seguridad tecnológica.
31. **Inspección**: Examen, observación, evaluación, labor de vigilancia, medición o ensayo que se realiza para evaluar estructuras, sistemas, componentes y materiales, así como actividades operacionales. procesos técnicos, procesos de organización, procedimientos, competencias profesionales y técnicas de las personas y organizaciones, que permitan la verificación efectiva del cumplimiento de la presente Ley como de su reglamentación.
32. **Instalación de gestión de desechos radiactivos:** Instalación específicamente diseñada para la manipulación, el tratamiento, el acondicionamiento, el almacenamiento o la disposición final de desechos radiactivos.
33. **Instalaciones Nucleares**: Comprende a las centrales nucleares; otros reactores nucleares (tales como reactores de investigación y conjuntos subcríticos y críticos); pequeños reactores nucleares y micro reactores: instalaciones de enriquecimiento e instalaciones de fabricación de combustible nuclear; instalaciones de conversión utilizadas para generar hexafluoruro de uranio; instalaciones de almacenamiento y plantas de reprocesamiento de combustible irradiado; instalaciones de gestión de desechos radiactivos en las que estos se tratan. acondicionan, almacenan o someten a disposición final dichos combustibles; así como cualquier otra instalación nuclear que especifique la ANSN.
34. **Instalaciones**: Incluye las instalaciones nucleares, los establecimientos de irradiación utilizados con fines médicos, industriales, de investigación y de otra índole, las instalaciones de extracción y de tratamiento de materias primas que entrañen exposición debida a materiales radiactivos, las instalaciones dedicadas a actividades de dosimetría y calibración dosimétrica, las instalaciones de gestión de desechos radiactivos, o donde

haya instalados generadores de radiación ionizante, y cualquier otro lugar donde se produzcan, traten, procesen, utilicen, manipulen, almacenen o envíen a su disposición final materiales radiactivos, así como cualquier otra instalación que especifique la ANSN.

35. **Material Nuclear**: Se entiende el plutonio, excepto aquel cuyo contenido en el isótopo plutonio 238 exceda del 80%; uranio 233; uranio enriquecido en los isotopos 235 0 233; uranio que contenga la mezcla de isótopos presentes en su estado natural, pero no en forma de mineral o de residuos de mineral; uranio empobrecido y torio y cualquier material que contenga uno o varios de los materiales citados. Para los efectos de la aplicación de las salvaguardias del OIEA, se entiende por materiales nucleares la definición que se encuentra en el Acuerdo de Salvaguardias.
36. **Material Radiactivo**: Material que según lo establecido por esta Ley y por la regulación emitida por la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear está sometido a control reglamentario debido a su radiactividad.
37. **Materiales Radiactivos de Ocurrencia Natural (NORM):** Radionucleidos de origen natural contenidos o liberados a partir de diversos tipos de materiales pueden representar un riesgo para los trabajadores, el público o el medio ambiente. Estos elementos radiactivos que se encuentran en minerales y menas que se encuentran originalmente en el medio ambiente.
38. **Notificación**: Es el documento por medio del cual una persona natural o jurídica presenta a la ANSN su intención de llevar a cabo la explotación de una Instalación, Actividad, o Práctica.
39. **OIEA**: Organismo Internacional de Energía Atómica que hace parte del sistema de las Naciones Unidas cuyo énfasis es promover los usos pacíficos de las tecnologías nucleares en condiciones de seguridad física y tecnológica.
40. **Persona con Titularidad de la Autorización**: Persona natural o jurídica a cuyo nombre la ANSN otorga autorización para desarrollar cualquiera de las prácticas, actividades, y/o explotación de cualquier instalación reguladas por la presente Ley.
41. **Personal Autorizado**: Toda persona que cuenta con una autorización otorgada por la ANSN para participar en el desempeño de las actividades relacionadas con la seguridad tecnológica y seguridad física, así como de las salvaguardias.
42. **Protección Radiológica**: Medidas destinadas a la protección de las personas y el ambiente contra los efectos nocivos, presentes y futuros. de la exposición a la radiación ionizante.
43. **Radiación Ionizante**: A efectos de protección radiológica, es la radiación capaz de producir pares de iones en material biológico.
44. **Radiofármaco**. Forma farmacéutica terminada que contiene una sustancia radioactiva en conjunto con uno o más ingredientes y que está destinada a diagnosticar, clasificar una enfermedad, monitorear un tratamiento o proveer terapia. Un radiofármaco incluye

cualquier kit de reactivo no radioactivo o generador de radionucleidos que esté destinado al uso en la preparación de dicho tipo de sustancias.

45. **Radiofarmacia.** Establecimiento ubicado dentro o fuera de las instalaciones de una Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS o de un profesional independiente, donde se realiza cualquier actividad o procedimiento relacionado con la obtención de material radioactivo, síntesis en sitio, recepción, elaboración, transformación, adecuación, análisis de control de calidad, dispensación, elución, mezcla, ajuste de dosis, reenvase y/o reempaque, embalaje, almacenamiento, conservación, custodia, distribución, radiomarcación, disposición final, y/o cualquier otra actividad que incluya algún tipo de manipulación de radiofármacos y radionuclidos, kits, radio marcación de muestras autólogas, generadores, precursores, elaboración de radiofármacos con radioisotopos provenientes de reactor o acelerador (como ciclotrón, entre otras), síntesis de radiofármacos para Tomografía por Emisión cie Positrones (PET) y radio marcación o síntesis de radiofármacos para terapia, de uso humano con fines médicos, para ser administrados a pacientes de un servicio de medicina nuclear habilitado, asegurando su calidad, seguridad y eficacia.
46. **Reactor nuclear**: Conjunto de dispositivos y estructuras destinados a Iniciar, controlar y mantener un proceso de fisión o de fusión nuclear y las instalaciones auxiliares asociadas.
47. **Riesgo Radiológico**; Probabilidad de causar efectos en la salud por la exposición a la radiación, incluido cualquier otro riesgo relacionado con la seguridad, y el ambiente que puedo surgir como consecuencia directa de: (i) la exposición a la radiación; (ii) la presencia de material radiactivo (incluidos desechos radiactivos) o su emisión al ambiente o (iii) la pérdida de control del núcleo de un reactor nuclear, de una reacción nuclear en cadena, de una fuente radiactiva o de cualquier otra fuente de radiación.
48. **Seguridad Física**: Medidas destinadas a la Prevención y la detección de actos delictivos o actos intencionales no autorizados, hurto, sabotaje. acceso no autorizado, transferencia ilegal u otros actos dolosos que están relacionados con materiales nucleares, otros materiales radiactivos, instalaciones o actividades conexas, o que vayan dirigidos contra ellos, así como la respuesta a esos actos. La seguridad física, incluye las medidas que se contemplan en la Convención sobre la Protección Física de los Materiales Nucleares y su enmienda.
49. **Seguridad Tecnológica**: Conjunto de normas, condiciones y actividades. que tienen por objeto la protección de las personas, los bienes y el ambiente, contra los riesgos radiológicos derivados de la utilización de las radiaciones ionizantes (i.e. protección radiológica), así como la seguridad de las instalaciones y actividades que dan lugar a esos riesgos.

50. **Situaciones de exposición**: La situación de exposición está referida a las circunstancias de exposición de la persona expuesta, incluyendo situaciones de exposición de emergencia, de exposición existente y de exposición planificada.
51. **Trabajador Ocupacionalmente Expuesto (TOE):** Toda persona que trabaja y sea sometido en el curso de su trabajo a exposición ocupacional, ya sea en jornada completa, jornada parcial o temporalmente, por cuenta de un empleador y que tiene derechos y deberes reconocidos en lo que atañe a la protección radiológica ocupacional y que Se considera que una persona empleada por cuenta propia tiene a la vez los deberes de un empleador y un trabajador.
52. **Transporte:** Todas las operaciones y condiciones asociadas con el traslado físico deliberado de materiales nucleares y materiales radiactivos (distinto del que forma parte del sistema de propulsión del vehículo). Incluye todas las operaciones y condiciones relacionadas con dicho traslado, tales como el diseño, fabricación, mantenimiento, reparación de embalajes, la preparación, expedición, carga, acarreo. incluido el almacenamiento en tránsito, expedición después del almacenamiento descarga y recepción en el destino final de cargas de dichos materiales y bultos.

CAPÍTULO II
AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR-ANSN

ARTÍCULO 6°. Naturaleza jurídica y denominación. Autorícese la creación de la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear (ANSN), como una agencia estatal del sector descentralizado de la rama ejecutiva del orden nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, y autonomía administrativa, técnica, financiera y presupuestal, adscrita al Departamento Nacional de Planeación.

ARTÍCULO 7°. Objeto de la Agencia. La ANSN es un organismo de carácter técnico, especializado, responsable de la regulación, autorización, inspección, vigilancia, control y fiscalización de las instalaciones, actividades y prácticas relacionadas con la aplicación de la posesión, la producción, el uso, la importación, la exportación y el transporte seguro y pacífico de las tecnologías nucleares y de las radiaciones ionizantes. incluyendo en los campos de la salud, industria, agricultura, investigación, ambiente y cualquier otro en el que se pudiera producir exposición a las radiaciones ionizantes, incluyendo todas las situaciones de exposición.

ARTÍCULO 8°. Domicilio. La ANSN tendrá como domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C.

ARTÍCULO 9°. Régimen jurídico. Los actos administrativos unilaterales que realice la ANSN para el desarrollo de sus funciones estarán sujetos a las disposiciones del derecho público.

Los contratos que deba celebrar la ANSN se regirán, por las normas de contratación pública. La ANSN expedirá un Manual de Buenas Prácticas de Contratación definido con base en la Ley 80 de 1993 o la que haga sus veces, en la cual se reglamente lo previsto en este articulo

ARTÍCULO 10°. Funciones de la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear. Las funciones y responsabilidades de la ANSN serán las siguientes:

1. Formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y articular las políticas, planes, programas, estrategias, proyectos y medidas relacionadas con la seguridad tecnológica, la seguridad física y salvaguardias de las tecnologías nucleares y/o de las radiaciones ionizantes.
2. Velar por el cumplimiento en todo el territorio nacional de las disposiciones que se establezcan en la presente ley o cualquiera que la complemente o sustituya, de las normas y reglamentos que de ella se deriven, y del cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos por el Estado Colombiano.
3. Expedir reglamentos y guías que se requieran para la aplicación de la presente ley, así como velar por el cumplimiento de sus disposiciones legales y regulatorias.
4. Otorgar, modificar, renovar, suspender, cancelar, evaluar o revocar autorizaciones para las instalaciones, actividades o prácticas reguladas por la presente Ley.
5. Reglamentar aspectos tales como (i) la producción, uso, manipulación. fabricación, compra, venta, conversión, concentración, dilución actividades de dosimetría personal, gestión de la exposición ocupacional, almacenamiento. trasporte. comercialización. importación, exportación y gestión de materiales nucleares o radiactivos y sus desechos: así como y (ii) el emplazamiento, diseño. construcción, puesta en marcha, operación, cese temporal, cierre y clausura de instalaciones.
6. Definir los criterios para la exención del control regulatorio, establecer los niveles autorizados para descarga, la clasificación y la categorización de materiales nucleares y otros materiales radiactivos, así como las fuentes de radiación, y aprobar los limites operativos y condiciones relacionadas con las exposiciones al público, incluidos los límites autorizados para descarga.
7. Inspeccionar, supervisar y evaluar la explotación de instalaciones, actividades y prácticas para verificar el cumplimiento de la presente ley, los reglamentos aplicables y las condiciones de las autorizaciones aplicando un enfoque graduado de control.
8. Establecer y mantener contacto para el intercambio de información y cooperación con otras autoridades nacionales y con órganos reguladores de otros países y organizaciones internacionales relevantes, en las áreas relacionadas con sus funciones.
9. Promover y suscribir convenios de cooperación interinstitucionales en los ámbitos de su competencia.

10. Establecer mecanismos y procedimientos transparentes de fácil acceso y apropiados para informar y consultar al público y a sociedades o asociaciones profesionales relacionadas con este ámbito, así como a otras partes interesadas acerca del proceso de reglamentación y los aspectos de las instalaciones, actividades o prácticas reguladas y relacionadas con la seguridad, la salud y el ambiente, así como en caso de emergencias nucleares y radiológicas resultantes de incidentes, accidentes y otros sucesos anormales.
11. Contar con el asesoramiento o las opiniones de expertos que se requerirán para el desempeño de sus funciones, entre otras cosas, mediante la contratación de consultores, la contratación de proyectos específicos, o el establecimiento de órganos asesores permanentes o ad hoc, de acuerdo con los procedimientos establecidos en las leyes de contratación estatal vigentes, asegurando que dichos expertos no estén relacionados o tengan intereses en el desarrollo o promoción de las tecnologías nucleares. Dichas asesorías no eximirán a la ANSN de las responsabilidades que le son asignadas por la presente Ley.
12. Establecer y mantener un registro nacional de fuentes de radiación, así como un registro nacional de personas autorizadas para realizar actividades prácticas y/o explotación de una instalación en virtud de la presente ley, así como, establecer los requisitos necesarios en materia de presentación de informes y mantenimiento de inventarios o registros con respecto a fuentes de radiación, equipos generadores de radiación ionizante y otros materiales radiactivos.
13. Establecer y mantener un registro nacional de trabajadores ocupacionalmente expuestos.
14. Proteger la información física y digital que reciba en cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con los procedimientos establecidos en las leyes del Estado Colombiano en la materia.
15. Establecer y mantener un sistema nacional de contabilidad y control de materiales nucleares y de registro de autorizaciones para esos materiales, así como establecer los requisitos necesarios en materia de presentación de informes y mantenimiento de inventarios o registros de conformidad con el Acuerdo de Salvaguardias y cualquier protocolo concertado entre Estado Colombiano y el OIEA.
16. Recopilar de entidades o personas públicas o privadas información, documentos y dictámenes que puedan ser necesarios y apropiados para el desempeño de sus funciones.
17. Establecer los requisitos para el reconocimiento de la competencia del personal que tenga responsabilidades en las áreas de la seguridad tecnológica y seguridad física de una instalación, actividad o práctica.
18. Colaborar y asistir a otras autoridades competentes en la planificación y respuesta a emergencias nucleares o radiológicas;
19. Fijar las tarifas y tasas de todos los servicios de autorización, control e inspección de conformidad con las normas y los procedimientos financieros del Estado Colombiano.

20. Aplicar medidas sancionatorias en caso de incumplimiento o violación de la presente ley, los reglamentos aplicables a las condiciones de las autorizaciones, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades,
21. Asegurar que se adopten medidas correctivas si se detectan situaciones de inseguridad reales o potenciales en cualquier emplazamiento o lugar donde se realicen actividades, prácticas y/o instalaciones autorizadas.
22. Establecer y aplicar en cooperación con el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y demás entidades competentes o las que hagan sus veces, el sistema de control para la exportación e importación de materiales nucleares y radiactivos, fuentes, equipos, información y tecnología que se considere necesario para cumplir los compromisos internacionales pertinentes del Estado Colombiano, Incluyendo los equipos y materiales no nucleares especificados en el anexo II del protocolo adicional del acuerdo de Salvaguardias, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades..
23. Establecer reglamentos relativos a la Seguridad Tecnológica, Seguridad Física y a las Salvaguardias relativos a los materiales e instalaciones nucleares y otros materiales radiactivos, y sus instalaciones conexas, con inclusión de medidas encaminadas a detectar y prevenir los actos no autorizados o dolosos relacionados con dichos materiales o instalaciones, medidas de respuesta a dichos actos, y, las relativas a las salvaguardias.
24. Colaborar y asistir a las autoridades competentes en la elaboración y mantenimiento de la amenaza nacional base de riesgo y/o evaluación nacional de amenaza en coordinación del Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y del Ministerio de Justicia o las entidades que hagan sus veces, para definir, con base en ella, los requisitos en materia de seguridad física.
25. Ejercer como Oficial Nacional de Enlace de la República de Colombia ante el OIEA para la implementación de los acuerdos de salvaguardias suscritos entre el Estado Colombiano y el OIEA, así como los demás acuerdos internacionales ratificados por el Estado Colombiano en materia nuclear, bajo los auspicios del OIEA, y, realizar los aportes financieros al fondo de cooperación técnica de este organismo, los cuales se incluirán como parte del presupuesto de anual de la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear - ANSN.
26. Cooperar con el OIEA en la aplicación de salvaguardias de conformidad con el Acuerdo de Salvaguardias y cualquiera de sus protocolos siempre que este concertado entre el Estado Colombiano y el OIEA; en particular facilitar la ejecución por parte del OIEA de inspecciones y visitas, la realización de actividades de acceso complementario, así como proporcionar cualquier asistencia o información a los inspectores designados por el OIEA que realicen labores de inspección en el marco de sus funciones.

27. Crear e implementar programas en torno a una cultura de seguridad física y seguridad tecnológica robusta en todas las instalaciones. actividades y prácticas en donde se manejen materiales nucleares y otros materiales radiactivos.
28. Establecer los requerimientos técnicos en la reglamentación sobre la prevención y respuesta ante incidentes y accidentes nucleares, en las instalaciones, actividades y prácticas autorizadas. Dicha función se realizará con base en las normas establecidas por el OIEA y la Escala Internacional de Sucesos Nucleares y Radiológicos (INES) o aquella que le sustituya.
29. Establecer los requisitos, a través de reglamentos en materia de seguridad tecnológica y seguridad física para la protección de las personas y del ambiente frente a los riesgos radiológicos de las actividades de gestión de desechos radiactivos. y del combustible gastado. Dichos requisitos deberán incluir asuntos relacionados con la dosimetría personal y la trazabilidad de los equipos detectores de radiación.
30. Llevar a cabo las demás funciones que considere necesarias para la protección de las personas, el público y el ambiente en contra de los riesgos radiológicos de las radiaciones ionizantes en donde Colombia ejerza jurisdicción.
31. Promover el desarrollo de una cultura de prevención de incidentes y accidentes nucleares, la elaboración de planes de emergencias nucleares o radiológicas y actividades de entretenimiento y capacitación en materia de atención de este tipo de situaciones, sin perjuicio de la responsabilidad de la entidad o persona explotadora.

ARTÍCULO 11°. La vigilancia y control de la producción local de radiofármacos será ejercida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -Invima.

ARTÍCULO 12. Órganos de Dirección y Administración. Las funciones para ejercer la dirección y administración de la ANSN, estarán a cargo de un Consejo Directivo y de un Director General, quien tendrá la representación legal de la misma y contará con una dirección técnica y una dirección administrativa. El Consejo Directivo actuará como instancia máxima para orientar las acciones de la ANSN y hacer seguimiento al cumplimiento de sus fines.

ARTÍCULO 13°. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de la Agencia Nacional de Seguridad Nuclear estará integrado por siete (7) miembros de los cuales cinco (5) participarán con voz y voto.

1. El Director de la ANSN, con voz y sin derecho al voto.
2. Ministro de relaciones exteriores o su delegado, con voz y sin derecho al voto.
3. Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado, con plenos derechos de voz y voto.

4. Cuatro (4) Consejeros Expertos designados por el Presidente de la República con plenos derechos de voz y voto.

Para los cuatro consejeros de los que trata el numeral 4, el Presidente de la República seleccionará a expertos de una lista conformada por los ocho (8) aspirantes con los puntajes más altos de la respectiva prueba de conocimientos académicos y competencias laborales que deberá llevar a cabo el DNP mediante convocatoria pública y con el apoyo de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Parágrafo Primero. Los consejeros expertos deberán acreditar formación profesional de pregrado y posgrado en áreas relacionadas con la seguridad nuclear, radiológica, energética, física, química, ingeniería, derecho u otras disciplinas afines, así como experiencia profesional destacada en la materia objeto de regulación. Adicionalmente, deberán acreditar como mínimo diez (10) años de experiencia profesional en las mismas áreas.

Parágrafo Segundo. Los consejeros expertos de los que trata el numeral 4 del presente artículo tendrán un periodo fijo de cuatro (4) años. Con el fin de garantizar la renovación periódica del Consejo Directivo, cada dos (2) años se realizará una convocatoria para reemplazar a dos (2) de los consejeros expertos que hayan culminado su periodo.

Parágrafo Tercero. El Consejo Directivo podrá crear grupos de trabajo para asuntos en específico que aborden asuntos científicos y técnicos integrados por representantes de otras entidades públicas o privadas, representantes de organismos y gremios del sector privado nacional o internacional, asesores y expertos de la industria y de la academia, que podrá emitir recomendaciones no vinculantes y participar con derecho a voz, pero sin voto en las reuniones del Consejo Directivo.

Parágrafo Transitorio. De los cuatro primeros Consejeros Expertos que formarán parte del Consejo Directivo dos (2) serán seleccionados para cumplir con su cargo durante el periodo ordinario de cuatro (4) años. Los dos (2) miembros restantes serán designados por una única vez para un periodo excepcional de transición de 6 años.

ARTÍCULO 14°. Inhabilidad, incompatibilidades y conflicto de interés. No podrán ser designados como miembros del Consejo Directivo, Director, Jefe de Oficina o Secretario General, quienes estén en proceso a sean titulares. en nombre propio o en calidad de accionistas, socios o directivos de personas jurídicas, de licencias, permisos o autorizaciones regulados por la presente Ley.

Tampoco podrán ser designadas aquellas personas que tengan intereses directos o indirectos con personas naturales o jurídicas sujetas a la regulación o supervisión de la Agencia. Se considerarán incluidos en esta prohibición los vínculos con el cónyuge, compañero o compañera permanente, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, así como con socios de hecho o de derecho. Lo anterior, en concordancia con los parámetros establecidos en las Leyes 1437 de 2011, 1952 de 2019 y 2013 de 2019 o las que hagan sus veces.

ARTÍCULO 15°. Funciones del Consejo Directivo. Son funciones del Consejo Directivo:

1. Formular la política general de la ANSN, su estructura, los planes y programas que deben proponerse para su incorporación a los planes sectoriales y a través de estos al Plan Nacional de Desarrollo, incluyendo la política en equidad de género en el funcionamiento interno de la entidad.
2. Aprobar los manuales de contratación misional de la ANSN.
3. Someter a consideración del Gobierno Nacional las modificaciones a la estructura orgánica y a la planta de personal de la ANSN que consideren pertinentes.
4. Aprobar el anteproyecto de presupuesto anual y las modificaciones al presupuesto de la ANSN.
5. Adoptar el reglamento de funcionamiento del Consejo Directivo. incluyendo la creación de los grupos de trabajo ad oc.
6. Promulgar un procedimiento interno de evaluación del desempeño del Director General en materia de cumplimiento de los planes, programas y proyectos, ejecución presupuestal y funciones de la Agencia.
7. Ejercer las demás funciones que se le asignen.

ARTÍCULO 16°. Dirección. La administración de la ANSN está a cargo de un Director General, que ejercerá sus funciones por un periodo de seis (6) años desde la fecha de su designación con posibilidad de renovación y cuya remoción únicamente podrá ser causada por la comisión de faltas graves o gravísimas.

Parágrafo Primero. El Director deberá acreditar formación profesional de pregrado y posgrado en áreas relacionadas con la seguridad nuclear, radiológica, energética, física, química, ingeniería, derecho con postgrado en derecho nuclear u otras disciplinas afines, así como experiencia profesional destacada en la materia objeto de regulación. Adicionalmente. deberá acreditar como mínimo quince (15) años de experiencia profesional en las mismas áreas.

Parágrafo Segundo. El Presidente de la República seleccionará al Director General de una lista conformada por los ocho (8) aspirantes con los puntajes más altos de la respectiva prueba de

conocimientos académicos y competencias laborales que deberá llevar a cabo el DNP mediante convocatoria pública y con el apoyo de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

ARTÍCULO 17°. Funciones del Director General. Son funciones del Director General de la ANSN las siguientes:

1. Dirigir, orientar, coordinar, evaluar, vigilar y supervisar el desarrollo de la ANSN, así como ejercer sus funciones e implementar sus responsabilidades, incluyendo la de otorgar, modificar, renovar, suspender, cancelar, evaluar o revocar autorizaciones para las Instalaciones, Actividades o Prácticas reguladas por esta Ley.
2. Dirigir las actividades administrativas, financieras y presupuestales requeridas para el funcionamiento de la ANSN.
3. Ejercer la representación legal de la ANSN.
4. Ejercer la facultad nominadora del personal de la ANSN, con excepción de lo que corresponda a otra autoridad.
5. Dirigir y promover la formulación de los planes, programas y proyectos relacionados con el cumplimiento de las funciones de la ANSN.
6. Adoptar las reglas y directrices internas necesarias para el funcionamiento y prestación de los servicios de la ANSN, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes.
7. Preparar y presentar para aprobación al Consejo Directivo el anteproyecto de presupuesto de la ANSN y las modificaciones al presupuesto aprobado, con sujeción a las normas sobre la materia.
8. Distribuir los empleos de la planta de personal de la ANSN de acuerdo con la organización interna y las necesidades del servicio.
9. Asignar entre las diferentes dependencias de la ANSN las funciones y competencias que la Ley le otorgue a la entidad, cuando las mismas no estén asignadas expresamente a una de ellas,
10. Crear y organizar con carácter permanente o transitorio comités y grupos internos de trabajo con el fin de dar cumplimiento a las funciones y responsabilidades asignadas a la ANSN en la presente Ley.
11. Ordenar los gastos y celebrar los contratos de la ANSN que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.
12. Presentar al Consejo Directivo, con la periodicidad que éste determine los informes sobre el cumplimiento de las funciones a cargo de la ANSN y las propuestas para el mejor desempeño de estas.
13. Convocar al Consejo Directivo y asistir a sus reuniones ordinarias y extraordinarias.
14. Implementar, mantener y mejorar el sistema integrada de gestión. institucional de la ANSN.

15. Ejercer como enlace oficial de la República de Colombia ante el OIEA en las áreas de su competencia, incluyendo la implementación de los acuerdos de salvaguardias suscritos entre el Estado Colombiano y el OIEA.
16. Actuar como punto de contacto en relación con los acuerdos internacionales ratificados por el Estado Colombiana en materia nuclear. Para el ejercicio de esta función el Director deberá contar con el apoyo de profesionales de la ANSN especializados en materia seguridad radiológica y la aplicación de acuerdos de salvaguardias.
17. Las demás que se le asignen de conformidad con lo establecido en la Ley.

ARTÍCULO 18°. Recursos y patrimonio. Se proporcionarán a la ANSN los recursos financieros y humanos, para cumplir las funciones y responsabilidades que le incumben en virtud de la presente Ley y de los reglamentos aplicables.

Los recursos y el patrimonio de la ANSN estarán constituidos por:

1. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se le asignen.
2. Los recursos de crédito que contrate el Gobierno Nacional para financiar el cumplimiento del objetivo de la ANSN, aprobados por el Congreso de la República.
3. Los aportes de cualquier clase provenientes de recursos de Cooperación Internacional, en relación con organismos pares o multilaterales relacionadas con el objeto de la ANSN, para el cumplimiento del objetivo de la ANSN, sin comprometer su independencia.
4. Los bienes, derechos y recursos que la Nación y las entidades descentralizados territorialmente o por servicios, de cualquier orden, que le transfieran a la ANSN a cualquier título.
5. Los bienes muebles e inmuebles, así como acciones o títulos representativos de capital de sociedades o activos de la Nación, que le transfieran las entidades del sector y demás instituciones públicas.
6. Las propiedades y demás activos que adquiera con recursos propios a cualquier título.
7. Los ingresos propios y los rendimientos producto de la administración de los mismos.
8. Los ingresos que obtenga por concepto de desarrollo de la prestación de servicios técnicos y científicos.
9. Los ingresos que obtenga por concepto las tarifas de todos los servicios de autorización y control para la gestión de las instalaciones nucleares y radiactivas en el país.
10. Los demás que reciba en desarrollo de su objeto.

ARTÍCULO 19°. Adopción de la Estructura y de la Planta de Personal de la ANSN. Para el ejercicio de sus funciones la ANSN contará con la siguiente estructura organizacional:

1. Consejo Directivo

2. Dirección General
   2.1. Oficina de Control Interno
   2.2. Oficina Asesora de Planeación
   2.3. Oficina Asesora Jurídica
   2.4 Oficina Asesora de Comunicaciones
   2.5 Oficina Asesora de Control Disciplinario Interno
   2.6. Oficina de Tecnologías y Sistemas
3. Secretaría General
4. Unidad de Regulación
5. Unidad de Licenciamiento y Autorizaciones
6. Unidad de Inspección, Vigilancia y Control
7. Unidad de Seguridad Física

Parágrafo. El Gobierno Nacional, procederá a adoptar la estructura organizacional interna y la planta de personal de la ANSN, dentro de los seis (6) meses siguientes a partir de la entrada en vigencia conforme a lo establecido en el artículo 78 de la presente Ley.

ARTÍCULO 20°. Evaluación y Rendición de cuentas. La Agencia Nacional de Seguridad Nuclear deberá presentar anualmente ante el Congreso de la República y la ciudadanía un informe de gestión que incluya:

1. Indicadores de cumplimiento de sus funciones de vigilancia, inspección y sanción.
2. Avances en el fortalecimiento de capacidades técnicas nacionales.
3. Resultados de auditorías internas y externas.
4. Recomendaciones de mejora institucional y regulatoria
5. Ejecución presupuestal.

Este informe será publicado en su sitio web, y estará sujeto a control político por parte del Congreso.

CAPÍTULO III
AUTORIZACIONES

ARTÍCULO 21°. Instalaciones, actividades y prácticas sujetas a autorización. Ninguna persona natural o jurídica, nacional o extranjera, podrá realizar una actividad, práctica o explotar una instalación, sin una autorización previa otorgada por la ANSN, salvo que dicha actividad, práctica y/o instalación haya quedado exenta de control regulatorio, conforme lo determine la ANSN en la reglamentación correspondiente. Obtenida la autorización, la persona con titularidad

de la autorización es el responsable primordial por la Seguridad Tecnológica, la Seguridad Física y las Salvaguardias, así como de garantizar el cumplimiento de esta ley y de todos los requisitos reglamentarios y condiciones aplicables previstos en la autorización relacionados con esa Instalación, Actividad o Práctica.

La explotación de una Instalación, o el llevar a cabo una Actividad, o Práctica sin la correspondiente autorización otorgada por la ANSN conllevará la suspensión inmediata de las actividades por parte de la ANSN y la adopción de medidas preventivas de seguridad, sin perjuicio de las sanciones administrativas o penales correspondientes.

Parágrafo Primero. La ANSN se encargará de determinar si el desarrollo de una actividad, práctica o la explotación de una instalación queda exenta o no del control regulatorio conforme a los estándares internacionales. Lo anterior, mediante resolución motivada, técnico y públicamente accesible. basándose en el riesgo radiológico, el tipo de tecnología, la cantidad y naturaleza del material nuclear o radioactivo involucrado.

Como criterios para la determinación sobre si una fuente debe quedar exenta de control reglamentario se adoptan:

a. Que el riesgo de radiación para las personas sea suficientemente bajo para no plantear problemas relacionados con la reglamentación:
b. Que el impacto radiológico colectiva sea suficientemente bajo para no requerir control reglamentario;
c. Que las fuentes a la práctica se consideren intrínsecamente seguras y sea improbable que se planteen situaciones que puedan impedir el cumplimiento de los criterios a) o b).

Parágrafo Segundo. La Agencia Nacional de Seguridad Nuclear-ANSN, en el marco de su facultad reglamentaria, deberá establecer criterios diferenciados para la evaluación y otorgamiento de autorizaciones, distinguiendo entre actividades de usa industrial complejo y aquellas que tengan fines sociales esenciales, tales como servicios de salud, educación, investigación científica y docencia. Para éstas últimas, se implementará un régimen regulatorio proporcional al nivel de riesgo, que facilite su funcionamiento continuo.

ARTÍCULO 22. Notificación. Toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera con intención de explotar una Instalación o llevar a cabo una Actividad o Práctica sujeta al ámbito de aplicación de la presente Ley. deberá presentar una notificación a la ANSN. conforme al procedimiento y los requisitos establecidos en reglamentación expedida por la ANSN.

ARTÍCULO 23°. De la Autorización. La ANSN de acuerdo a la reglamentación que expida, podrá conceder, prorrogar o renovar, una autorización de acuerdo a un enfoque graduado de control, previo cumplimiento de las condiciones para su obtención, y de haber adelantado las evaluaciones, e inspecciones correspondientes cuando así lo considere necesario.

Asimismo, la ANSN podrá, mediante decisión fundada, en cualquier momento, revocar, suspender, cancelar o modificar una autorización otorgada, si se infringen las disposiciones de esta Ley, o de sus reglamentos o de las condiciones de la autorización, si ya no se cumplen las condiciones que justificaron su otorgamiento, o en cualquier circunstancia donde se determine que la continuación de las actividades objeto de la autorización supondría un riesgo radiológico inaceptable para las personas o el ambiente.

La ANSN establecerá los procedimientos y requisitos para la concesión, suspensión, modificación, renovación, prórroga, revocación y cancelación de las autorizaciones, a través de los reglamentos correspondientes. Para la reglamentación de dichos procedimientos la ANSN deberá clasificar los tipos de autorizaciones y sus modalidades considerando el riesgo con un enfoque graduado de control y siguiendo el sistema de categorización de fuentes radiactivas vigente; así como deberá establecer los requisitos y los términos específicos para adelantar cada tipo trámite. Los procedimientos y requisitos incluirán aquellos correspondientes a las áreas de la Seguridad, la Seguridad Física y las Salvaguardias.

Parágrafo Primero. En el caso de las instalaciones nucleares, la reglamentación de la autorización deberá tener en cuenta que no podrá concederse por la totalidad del ciclo de vida de está, sino de acuerdo a su estado de estructuración.

Parágrafo Segundo. La ANSN en virtud de una participación transparente y pública deberá establecer un portal web en donde la ciudadanía, la academia, entre otros, puedan allegar observaciones sobre el proceso de autorización. Los cuales deberán ser respondidos por la ANSN de manera pública a través del mismo medio.

ARTÍCULO 24°. Planes sobre seguridad física y tecnológica. La ANSN no concederá ninguna autorización salvo, y hasta que, el solicitante haya elaborado y presentado ante la ANSN, como parte de su solicitud, un plan adecuado para la Seguridad Tecnológica Seguridad, incluyendo de preparación y respuesta en casos de Emergencia Nuclear o Radiológica, así como un plan adecuado para la Seguridad Física.

Parágrafo. Los planes de Seguridad Tecnológica y Seguridad Física y de Emergencia, deberán ser revisados, actualizados y ensayados periódicamente.

ARTÍCULO 25°. Validez de las autorizaciones. Las autorizaciones otorgadas por la ANSN para el desarrollo de cualquier Instalación, Actividad, o Práctica, tendrán el carácter de intransferibles. Una autorización dejará de ser válida cuando:

A. Haya expirado cualquier plazo establecido por reglamento o condición de la autorización a la cual fue concedida.
B. Se incumpla alguna de las condiciones específicas previstas en el contenido de la autorización.
C. Se realicen modificaciones sustanciales en la titularidad, infraestructura, personal clave o naturaleza del material utilizado, sin la previa aprobación de la ANSN.
D. Se presente riesgo grave o inminente para la seguridad tecnológica. física, radiológica o para le salud pública:
E. Cualquier otra señalada por la ANSN,

Parágrafo. La autorización otorgada por la ANSN será personal e intransferible. En consecuencia, ninguna persona natural a jurídica distinta del titular podrá cederla, traspasarla, subrogarla, arrendarla, usufructuaria ni permitir su uso o aprovechamiento por terceros, salvo autorización expresa y previa de la ANSN y las excepciones de validez dispuestas en este articulo

El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la revocatoria inmediata de la autorización, sin perjuicio de las acciones y sanciones administrativas. civiles o penales a que haya lugar.

ARTÍCULO 26°. Modificación de las autorizaciones. A solicitud del autorizado y antes del vencimiento de la autorización, la ANSN podrá modificar la autorización otorgada, siempre y cuando dicha solicitud de modificación no recaiga en un cambio en el personal, el material, o el lugar autorizado. En estos tres casos, se requerirá la expedición de una nueva autorización.

ARTÍCULO 27°. Personal Autorizado. Las Actividades, Prácticas e Instalaciones deberán contar con la cantidad requerida de personal autorizado por la ANSN debidamente capacitado para trabajar en ellas, que conforme al reglamento respectivo y a las condiciones de emisión de la autorización se hayan determinado como necesarias para que desempeñen sus responsabilidades en el área correspondiente. La ANSN llevará registro de las autorizaciones que otorgue, a personal expuesto o no. sin perjuicio del registro de los Trabajadores Ocupacionalmente Expuestos de los que trata la presente Ley.

CAPÍTULO IV
INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

ARTÍCULO 28°. Inspección y Vigilancia. La ANSN podrá solicitar, confirmar y analizar, en la forma, detalle y términos que ella determine, la información que requiera sobre la situación jurídica, económica, administrativa. operativa y técnica de toda persona natural a jurídica, nacional o extranjera, que realice una actividad, práctica y/o explotación de una Instalación; así como deberá velar de forma permanente para que dichas personas en su formación, funcionamiento y desarrollo de su objeto social se ajusten a la ley y a la reglamentación.

Parágrafo. Las inspecciones podrán ordenarse de oficio o ante la solicitud, denuncia o queja que presenten otras entidades, cualquier persona u organizaciones ciudadanas.

ARTÍCULO 29°. Inspectores/Inspectoras. La ANSN, en coordinación con del Departamento Administrativo de la Función Pública y la Comisión Nacional del Servicio Civil, designará a los inspectores quienes llevarán a cabo las inspecciones, los cuales deberán contar con la debida cualificación y capacitación, de conformidad con la reglamentación expedida por la ANSN, y les extenderá las credenciales pertinentes en las que conste su calidad. Le ANSN deberá garantizar que quienes ejecuten las inspecciones cuenten con los recursos humanos, técnicos y financieros suficientes para estar debidamente capacitados y actualizados, y poder adelantar sus funciones y desplazamientos, de acuerdo con los reglamentos expedidos por la ANSN.

Parágrafo Primero. La ANSN establecerá un programa de inspección para evaluar y corroborar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley. o de cualquier reglamento aplicable y de las condiciones de las autorizaciones que conceda en ejercicio de sus facultades en lo referente a las obligaciones de los autorizados. La forma, extensión y frecuencia de las inspecciones deberán estar de acuerdo con un enfoque graduado de control.

Parágrafo Segundo. La ANSN creará un Plan de formación y evaluación periódica para los inspectores, así como establecerá políticas y programas para la permanencia y retención del personal capacitado.

ARTÍCULO 30°. Ejecución de las inspecciones. La ANSN estará facultada para realizar inspecciones, supervisar y evaluar las instalaciones, actividades y prácticas, así como llevar a cabo otros exámenes que puedan considerar necesarios para verificar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley. los reglamentos y todas las condiciones aplicables de las autorizaciones. Estas inspecciones, podrán ser anunciadas o no anunciadas de acuerdo con el reglamento que la ANSN expida para tal fin.

Las inspecciones serán atendidas directamente por la persona responsable dentro de la instalación, y en caso de ser designada debe contar con la capacidad de toma de decisiones inmediatas respecto a su operación.

Los inspectores de la ANSN tendrán acceso en cualquier momento a cualquier instalación o lugar en donde se realicen actividades o prácticas, sin necesidad de preaviso, con el fin de:

1. Obtener y recolectar información sobre el estado de la seguridad radiológica tecnológica y seguridad física y las salvaguardias.
2. Verificar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, los reglamentos aplicables y las condiciones de las autorizaciones.
3. Investigar todo incidente o accidente relacionado con instalaciones, actividades y prácticas, así como con cualquier otro material nuclear, radiactivo y/o fuentes.
4. Interrogar a toda persona cuyas funciones, guarden relación directa con la inspección que se lleve a cabo, además del Titular de la autorización.
5. Adelantar cualquier otra diligencia que consideren pertinente, según lo establecido en normas, fichas o anexos técnicos vigentes y escritos.

ARTÍCULO 31°. Resultados de la Inspección. Los inspectores e inspectoras de la ANSN deberán documentar y registrar los resultados de las inspecciones, los cuales se pondrán a disposición de quienes tengan la titularidad de la autorización, así como de otras entidades con derecho a tener acceso a dicha información, como base para aplicar medidas correctivas o acciones coercitivas en los casos donde sea pertinente.

Parágrafo. La ANSN deberá remitir en caso de un incumplimiento flagrante que pueda ser considerado un delito a la Fiscalía General de la Nación, la cual realizará las investigaciones penales pertinentes, a partir de los hechos derivados de las inspecciones que esta entidad ejecute a cualquier persona natural a jurídica.

ARTÍCULO 32°. Asistencia, Es obligación de toda persona con titularidad de una autorización, el proporcionar a la ANSN, y a sus inspectores, todo el apoyo necesario para que los inspectores lleven a cabo sus labores de inspección, sin dilaciones, así como toda la asistencia que la ANSN o sus inspectores en el desempeño de sus funciones les soliciten y en cumplimiento de la Ley, así como de la regulación aplicable, o las condiciones de la autorización y otros términos que defina la ANSN.

El incumplimiento de dicha asistencia, conforme los criterios que la presente Ley y la reglamentación establecen, podrá ser objeto de sanción por parte de la ANSN. Lo anterior no obsta para que, la ANSN de forma previa a un proceso sancionatorio, y exclusivamente con el fin de prevenir la ocurrencia de las conductas sancionables que conlleven al mismo, eleve advertencias oportunas para que el titular de la autorización realice las adecuaciones correspondientes.

Parágrafo. Evaluación. Cada Titular de una autorización deberá realizar evaluaciones periódicas de confiabilidad de la Seguridad Tecnológica y Seguridad Física de las Instalaciones, Actividades o Prácticas a su cargo, utilizando un enfoque graduado y, según corresponda, en línea con la categorización de los materiales nucleares y las fuentes radiactivas, establecida por la ANSN. Dichas evaluaciones periódicas deberán incluir las Salvaguardias, de así determinarlo la ANSN.

CAPÍTULO V
DEL CONTROL

ARTÍCULO 33. Del control reglamentario como potestad administrativa sancionatoria. Cuando se determine por la ANSN, que una persona con titularidad de la autorización, o sin ella, incumpla o viole la presente Ley, los reglamentos aplicables o las condiciones de la autorización, según corresponda, la ANSN adoptará las medidas preventivas, cautelares, correctivas y sancionatorias que considere pertinentes y necesarias en los términos definidos en esta Ley y reglamentados por la ANSN en los reglamentos correspondientes.

ARTÍCULO 34°. Régimen sancionatorio y competencia técnica de la ANSN. La ANSN definirá y actualizará el listado de infracciones y su correspondiente régimen sancionatorio en el ámbito de su competencia, conforme a los principios de legalidad, tipicidad, proporcionalidad, razonabilidad, debido proceso y gradualidad, establecidos en la Constitución Política, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y demás normas que regulen el ejercicio de la potestad sancionatoria del Estado.

Para tal efecto, la ANSN expedirá, mediante acto administrativo de carácter general, la tipificación de las conductas que constituyan infracción a las disposiciones en materia de seguridad nuclear, protección radiológica, licenciamiento, control e inspección de materiales nucleares y radiactivos, así como los criterios técnicos y jurídicos que orientarán la imposición de sanciones.

El procedimiento sancionatorio adoptado por la ANSN será autónomo, sin perjuicio de las competencias legales asignadas a otras autoridades administrativas, como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Minas y Energia, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, o cualquier otra autoridad sectorial, las cuales mantendrán su facultad sancionatoria respecto de las materias de su competencia.

Parágrafo. La existencia de una infracción sancionable por la ANSN no excluye la posibilidad de que, por los mismos hechos, una autoridad sectorial ejerza su potestad sancionatoria si concurren

infracciones a normas de su competencia, en los términos establecidos por el principio de coordinación interinstitucional y sin que se configure doble sanción por los mismos hechos y fundamentos.

ARTÍCULO 35°. Proceso administrativo sancionatorio. La ANSN en ejercicio de su función de control podrá adelantar un proceso administrativo sancionatorio en los casos que evidencie una presunta infracción o violación al régimen legal y regulatorio nuclear, constituido por la presente Ley, sus reglamentos, así como las decisiones emitidas por la ANSN en el ámbito de su competencia. La apertura del proceso se hará cuando exista cualquier indicio o evidencia de una presunta infracción. Para ello se seguirán las siguientes reglas:

1. Las actuaciones administrativas bajo el régimen legal y regulatorio nuclear podrán iniciarse de oficio o por solicitud de un tercero.
2. Si, como resultado de la información obtenida a través de las funciones de inspección y vigilancia, o de la información allegada por un tercero, la ANSN establece que existen méritos para adelantar un procedimiento administrativo sancionatorio, formulará pliego de cargos mediante acto administrativo en el que señalará, con precisión y claridad, los hechos que lo originan, las personas naturales o jurídicas objeto de la investigación, las disposiciones presuntamente vulneradas y las sanciones o medidas que serían procedentes. Este acto administrativo deberá ser notificado personalmente a los investigados. Contra esta decisión no procede recurso.
3. Los investigados podrán, dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la formulación de cargos, presentar los descargos y solicitar o aportar las pruebas que pretendan hacer valer ante la ANSN.
4. Dentro de los cinco (5) días siguientes a la presentación de descargos, la ANSN deberá, mediante acto administrativo, dar apertura a un único periodo probatorio, no prorrogable, de máximo 60 días calendario.
5. Durante dicho período la ANSN deberá pronunciarse sobre la solicitud de pruebas realizada por el investigado, decretar su incorporación o practicarías según corresponda, y rechazar de manera motivada, las inconducentes, impertinentes o superfluas y aquellas practicadas ilegalmente. Así mismo, deberá decretar, incorporar y practicar las pruebas que considere conducentes, pertinentes y útiles para esclarecer los hechos objeto de investigación.
6. Dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento de los 60 días calendario del periodo probatorio, o antes, si así lo determina la ANSN, mediante acto administrativo se dará cierre a la etapa probatoria, se hará una relación de todas las pruebas que hacen parte del expediente, y se dará traslado al investigado por diez (10) días para que presente los alegatos respectivos.

7. El funcionario competente de la ANSN proferirá el acto administrativo definitivo dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de los alegatos.
8. El acto administrativo que ponga fin al procedimiento administrativo de carácter sancionatorio deberá contener:
    a. La individualización de la persona natural o jurídica a sancionar.
    b. El análisis de hechos y pruebas con base en los cuales se impone la sanción.
    c. Las normas infringidas con los hechos probados.
    d. La decisión final de archivo o sanción y la correspondiente fundamentación
9. Contra los actos definitivos procederán los siguientes recursos, en el efecto devolutivo:
    a. El de reposición, ante quien expidió la decisión para que la aclare. modifique, adicione o revoque.
    b. El de apelación, ante el inmediato superior administrativo o funcional con el mismo propósito.
    c. El de queja cuando se rechace el de apelación.
10. Los recursos de reposición y apelación deberán interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal, o dentro de los diez (10) días siguientes a ella, o a la notificación por aviso, o al vencimiento del término de publicación, según el caso.
11. Los recursos se presentarán ante el funcionario o funcionaria que dictó la decisión,
12. El recurso de apelación podrá interponerse directamente, o como subsidiario del de reposición y cuando proceda será obligatorio para acceder a la jurisdicción.
13. Los recursos de reposición y queja no son obligatorios.
14. En lo no previsto en esta Ley se seguirá lo dispuesto en las Leyes 1437 de 2011 y 1564 de 2012 o aquellas que las modifiquen o sustituyan en lo que corresponda.

ARTÍCULO 36°. Medidas sancionatorias. La ANSN podrá imponer, mediante acto administrativo, alguna o algunas de las siguientes sanciones, según la gravedad del hecho y la potencialidad de riesgo al que se sometió la fuente o material nuclear o radiactivo generado por la Actividad, Práctica o Instalación:

1. Amonestación.
2. Multas hasta por una suma equivalente a 50.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Suspensión, modificación o cancelación de la autorización.
4. Cierre temporal o definitivo del emplazamiento, establecimiento, edificación o sitio respectivo de la instalación, o donde se adelanta la actividad o práctica.
5. Incautación o decomiso de fuentes, materiales radiactivos, nucleares y equipos generadores de radiación ionizante.

6. Suspensión de la venta o utilización de fuentes radiactivas, material nuclear o radiactivo o equipos generadores de radiación ionizante.
7. Orden de cese inmediato del desarrollo de una instalación, actividad o práctica.
8. Orden de que los materiales nucleares o radiactivos procedentes de una instalación, actividad o práctica que haya sido suspendida se almacenen en condiciones de seguridad tecnológica y seguridad física.

ARTÍCULO 37°. Aspectos relacionados con las medidas sancionatorias. A efectos de la imposición y ejecución de las medidas sancionatorias, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Cuando un infractor no proporcione información completa y oportuna para que la ANSN ejerza sus funciones, su comportamiento se considerará como un indicio en contra y un agravante de la conducta que se investiga.
2. La reincidencia en la imposición de una medida sancionatoria. cualquiera que ella sea, al sujeto investigado en la comisión de cualquier infracción, será considerada como un agravante de la conducta que se investiga.
3. Si la infracción se cometió durante varios años, el monto máximo de las multas que se indica en el artículo 36 se podrá multiplicar por el número de años durante los cuales ocurrió la infracción.
4. El pago de la multa no exime al infractor de la corrección de las acciones que llevaron a la toma de las medidas que hayan sido ordenadas por la ANSN, ni de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sancionatorio que hayan sido ordenadas por la misma agencia.
5. Las multas ingresarán al patrimonio de la Nación, para la atención de programas de educación a la población civil en materia nuclear.
6. Las empresas a las que se multe podrán repetir contra aquellas personas que hubieran realizado los actos u omisiones que dieron lugar a la sanción. La repetición será obligatoria cuando se trate de servidores públicos, de conformidad con el artículo 90 de la Constitución.
7. En caso de que la ANSN disponga la incautación o cierre de conformidad a los numerales 4) y 5) del artículo 36, la persona con titularidad de la autorización deberá cubrir los costos correspondientes al mantenimiento, almacenamiento, gestión segura u otras medidas necesarias para mantener la Seguridad Tecnológica y la Seguridad Física de estos materiales o instalaciones. En los casos de suspensión o incautación, la ANSN deberá cortar con un Protocolo de responsabilidad sobre el almacenamiento de fuentes radiactivas fuera de las instalaciones, el mismo debe incluir materia pertinentes a los espacios de almacenamiento seguro supervisados por la ANSN.
8. La persona con titularidad de la autorización será responsable del material nuclear o radiactivo, aún y cuando la autorización haya sido suspendida, revocada, cancelada o

modificada o estuviese vencida, mientras que dicha responsabilidad no haya sido delegada expresamente a otro a asumida expresamente por otro titular debidamente autorizado por la ANSN.

ARTÍCULO 38°. Medidas preventivas, cautelares o correctivas. Las medidas a que se refieren los numerales 3 a 8 del artículo 32 podrán aplicarse como medidas preventivas, cautelares o correctivas, de inmediata ejecución y hasta por 3 meses, prorrogables por otros 3 meses, cuando se advierta un potencial riesgo a las personas o el ambiente, y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar y que se definan una vez surtido el correspondiente proceso administrativo sancionatorio.

Parágrafo. Contra dichas medidas no procede ningún recurso. Será obligación de la ANSN iniciar la actuación administrativa correspondiente, dentro de los 10 días calendaría siguientes al día en que se tomó la medida preventiva, cautelar o correctiva, así como poner en conocimiento de dicha situación a la Fiscalía General de la Nación, para que esta adelante las actuaciones penales que correspondan, sin perjuicio de la competencia de otras autoridades.

CAPÍTULO VI
PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

ARTÍCULO 39°. Principios Fundamentales de la Protección Radiológica. Los siguientes principios fundamentales de protección radiológica se aplicarán a todas las instalaciones, Actividades y Prácticas, reguladas por la presente Ley que se realicen en Colombia:

1. **Justificación de las instalaciones, actividades y prácticas**. La ANSN autorizará las instalaciones, actividades y prácticas siempre que estás garanticen a las personas expuestas a la sociedad un beneficio suficiente para compensar el daño que puedan causar con el uso de tecnologías nucleares y/o radiaciones ionizantes, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos, ambientales y de otra índole pertinentes;
2. Optimización de la protección. La ANSN, otras autoridades competentes y otras partes responsables de las medidas de protección radiológica garantizaran la optimización de la forma, el alcance y la duración de esas medidas, de manera tal que la exposición a la radiación ionizante y el número de personas expuestas sean tan bajos como sea razonablemente alcanzables, teniendo en cuenta los factores económicos, ambientales, sociales y de otra índole pertinentes:
3. Limitación de los riesgos para las personas. Las instalaciones, actividades y prácticas deberán llevarse a cabo de forma que se garantice que la dosis total que una persona pueda recibir no supere el límite de dosis establecido por la ANSN, conforme a la

dosimetría personal y los lineamientos actualizados del OIEA, de modo que ninguna persona se vea expuesta a un riesgo inaceptable debido a la radiación.

Parágrafo. Con el fin de garantizar el cumplimiento respecto a los límites de exposición se autoriza a la ANSN de crear un Registro Nacional de Dosis. El mismo incluirá:

1. Datos de la dosimetría personal de los trabajadores en todas las instituciones en las que realicen actividades con radiaciones ionizantes.
2. La trazabilidad de equipos de medición para garantizar la precisión de las dosis registradas.
3. Acceso exclusivo para los funcionarios competentes de la ANSN a los registros de dosis acumuladas, de manera que se pueda identificar cualquier riesgo de sobrepasar los límites de exposición.

ARTÍCULO 40°. Requisitos y responsabilidades en materia de protección radiológica. La ANSN reglamentará los requisitos y responsabilidades qué en materia de protección radiológica para las exposiciones ocupacionales, médicas y públicas, que deban cumplir las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras titulares de autorización a aquellas interesadas en obtener una autorización para la explotación de una instalación, Actividad, o Práctica.

Parágrafo Primero. La reglamentación abarcará los requisitos relativos a las categorías de exposición ocupacional, exposición médica y exposición al público, así como las Situaciones de Exposición.

Parágrafo Segundo. La ANSN, reglamentará las responsabilidades que, en materia de protección radiológica para las exposiciones ocupacionales, médicas y públicas deban cumplir las personas titulares de una autorización, así como otras partes responsables en esta materia.

ARTÍCULO 41°. Protección Radiológica en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. La ANSN en conjunto con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el Ministerio de Salud y Protección Social, y las autoridades competentes o quien haga sus veces, reglamentará las medidas necesarias de protección radiológica a incluir en el sistema de seguridad y salud en el trabajo que sean aplicables a los trabajadores ocupacionalmente expuestos.

Dicha reglamentación deberá contemplar estándares de monitoreo dosimétrico Individual, evaluación médica periódica, capacitación continua y acciones correctivas en caso de sobreexposición, conforme o las recomendaciones internacionales vigentes.

Parágrafo Primero. Los estudiantes, aprendices o practicantes que estén expuestos a radiaciones lonizantes serán sujetos del sistema general de riesgos laborales que le sea aplicable conforme a la reglamentación que se expida en materia de protección radiológica en el marco del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

Parágrafo Segundo. Los empleadores o titulares de autorización cuyos trabajadores estén expuestos a radiaciones ionizantes, deben implementar acciones de promoción de la política de seguridad y salud en el trabajo SST y la prevención de los riesgos laborales, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales por dicha exposición. Así como reporte obligatorio de incidentes relacionados con exposición a radiaciones ionizantes.

ARTÍCULO 42°. Protección radiológica en mujeres. La trabajadora que sospecha que está en estado de embarazo, que está embarazada, o que está en periodo de lactancia, y que se encuentre realizando labores con radiaciones ionizantes, debe notificar al empleador de su situación, de manera oportuna. Esta notificación no se considerará razón para excluirla de su vínculo laboral.

El empleador que haya sido notificado de las situaciones mencionadas en el inciso anterior, deberá adaptar las condiciones de trabajo de la trabajadora con relación a la exposición ocupacional a fin de asegurar que se da al embrión, o al feto, o al lactante, el mismo grado amplio de protección que se requiere para los miembros del público, conforme a los límites de dosis establecidos por la ANSN.

Parágrafo. La reubicación a adaptación de funciones de la trabajadora en estado de embarazo o en periodo de lactancia no podrá implicar una desmejora en SU salario, en SUS condiciones laborales. independientemente del tipo de contrato.

ARTÍCULO 43°. Protección del Paciente. El titular autorizado por la ANSN para llevar a cabo prácticas médicas, será responsable de asegurar que a ningún paciente se le administre una exposición de diagnóstico o terapéutica a menos que la misma esté prescrita por un médico capacitado en protección radiológica que sea responsable de la tarea y tenga la obligación primordial de garantizar la protección radiológica y la seguridad del paciente en la prescripción de la exposición médica y durante su ejecución.

Los médicos con responsabilidades en materia de exposición médica tendrán la obligación de informar a los pacientes sobre los riesgos y beneficios de la radiación, en particular para pacientes embarazadas o en periodo de lactancia o pacientes pediátricos.

Parágrafo Primero. Los límites de dosis establecidos por la ANSN no se aplican a las exposiciones médicas. La ANSN publicará niveles de orientación para la exposición médica en conjunto con el INVIMA y el Ministerio de Salud.

Parágrafo Segundo. En los casos de exposiciones médicas relacionadas con radiofármacos se requiere que estos provengan exclusivamente de proveedores autorizados por el INVIMA como las radiofarmacias registradas. De igual forma, el titular autorizado y los médicos mencionados en el presente artículo deben ejercer procesos de control de calidad sobre los radiofármacos que usan.

ARTÍCULO 44°. Protección del Público. La ANSN establecerá los límites operativos y condiciones relacionadas con la exposición del público, incluidos los límites autorizados para las descargas.

Los titulares autorizados tendrán la obligación de aplicar los limites operativos y condiciones relacionadas con la exposición del público, establecidas por la ANSN, incluyendo los límites autorizados para las descargas.

La ANSN establecerá las responsabilidades correspondientes a los titulares de licencias, proveedores y proveedores de productos de consumo en relación con la aplicación de requisitos para la exposición pública en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Territorial.

CAPÍTULO VII
DISPOSICIONES RELATIVAS A LAS FUENTES DE RADIACIÓN

ARTÍCULO 45°. Control Regulatorio de las Fuentes de Radiación. La ANSN establecerá un sistema de control de las fuentes de radiación para garantizar que se utilicen, gestionen y protejan en condiciones de seguridad tecnológica y seguridad física durante toda su vida útil y al final de ésta.

Sobre la base de directrices reconocidas internacionalmente, la ANSN establecerá y mantendrá una clasificación de las fuentes de radiación en función de los riesgos a las personas y al ambiente en caso de que esas fuentes no se utilicen, gestionen y protejan en condiciones de seguridad tecnológica y seguridad física.

ARTÍCULO 46°. Registro Nacional de Fuentes de Radiación. La ANSN establecerá y mantendrá un registro nacional de fuentes de radiación, determinará las categorías de estas que

deben figurar en el mismo, y adoptará medidas para proteger la información contenida en el registro nacional a fin de garantizar la seguridad tecnológica y seguridad física de esas fuentes.

El titular autorizado mantendrá un inventario que incluya registros como mínimo de:

1. El lugar y la descripción de cada fuente de radiación de los que sea responsable.
2. La actividad y forma de cada Fuente de Radiación de la que sea responsable.
3. El personal con responsabilidades en los ámbitos de la seguridad tecnológica y seguridad física, según corresponda, de las fuentes de radiación.
4. Incidentes o accidentes con el uso de las fuentes de radiación.
5. Cualquier otra información que requiera la ANSN.

ARTÍCULO 47°. Exportación e Importación de Fuentes de Radiación. La ANSN, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales o las entidades que hagan sus veces, establecerán los requisitos y procedimientos relativos a la autorización para la exportación, la importación y el tránsito de fuentes de radiación, que se efectúen desde a hacia Colombia a través de este.

Los procedimientos establecidos abarcarán el requisito de que previa a una exportación, se lleve a cabo una evaluación de la información necesaria para cerciorarse de que, en el caso de fuentes radiactivas, el destinatario de la fuente radiactiva cuente con autorización de la autoridad competente en el Estado correspondiente a recibir la fuente solicitada y tenga capacidad para garantizar su seguridad tecnológica y seguridad física.

En cuanto a las solicitudes de exportación de fuentes selladas categoría Iy II, conforme a la clasificación del OIEA, la ANSN y el Ministerio de Comercio Industria y Turismo se cerciorarán, en la medida de lo posible, de que el Estado importador posea la capacidad técnica y administrativa, los recursos y la estructura reglamentaria que se requieran para la gestión de las fuentes objeto de la solicitud en condiciones de seguridad tecnológica y seguridad física.

ARTÍCULO 48°. Recuperación de Fuentes Huérfanas. La persona con titularidad de la autorización deberá comunicar a la ANSN, máximo en 24 horas la pérdida de control de cualquier fuente radiactiva, así como cualquier situación o incidente de otro tipo relacionados con una fuente radiactiva que pueda suponer un riesgo importante de lesiones radiológicas para las personas o daños sustanciales para los bienes o el ambiente.

La ANSN, coordinará la participación de las entidades pertinentes para la formulación de una estrategia nacional para recuperar el control de las fuentes huérfanas. La estrategia nacional será aprobada por la ANSN.

CAPÍTULO VIII
SEGURIDAD TECNOLÓGICA DE LAS INSTALACIONES NUCLEARES Y DE SU CLAUSURA

ARTÍCULO 49. Regulación de los Reactores Nucleares y otras instalaciones nucleares. La ANSN establecerá los requisitos necesarios para el control reglamentario en materia de Seguridad Tecnológica y de la autorización de los reactores nucleares, de otras instalaciones nucleares y actividades conexas, para las diferentes etapas de las instalaciones nucleares que incluyen: la selección, diseño, construcción, operación, mantenimiento. cierre y clausura. Dichos requisitos incluirán la evaluación de la Seguridad Tecnológica (incluyendo planes de preparación y respuesta para emergencias nucleares y radiológicas) y de la Seguridad Física; disponer de recursos financieros y humanos necesarios para la explotación de la instalación nuclear; planes para la gestión, calificación y cualificación de personal, demostrar conocimiento de los Principios de Protección Radiológica, planes para la conservación y mantenimiento técnico de equipo esencial de la Instalación Nuclear, así como planes iniciales para la clausura de la Instalación Nuclear, y su financiamiento, y para la gestión segura del combustible gastado y los desechos radiactivos.

ARTÍCULO 50°. Información al Público. La ANSN establecerá procedimientos para la información, consulta y socialización del público, incluidas las personas que residan cerca del emplazamiento donde se prevea construir una instalación nuclear, en las etapas adecuadas durante los procesos de examen, evaluación y de autorización.
Dichos mecanismos incluirán, como mínimo:

1. Acceso público a los estudios técnicos, evaluaciones de impacto y documentos regulatorios no clasificados.
2. Espacios formales de recepción, análisis y respuesta a observaciones ciudadanas.
3. Estrategias de comunicación accesibles, claras y culturalmente apropiadas para todos los grupos involucrados, incluyendo comunidades étnicas o en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, la ANSN establecerá estrategias de comunicación, educación y sensibilidad para la ciudadanía acerca de las aplicaciones y riesgos sobre actividades nucleares y radiactivas. Para ellos, la ANSN se coordinará con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y con las demás entidades correspondientes a nivel nacional y territorial.

Parágrafo. Las decisiones de autorización o licencia que omitan los mecanismos de información aquí previstos podrán ser objeto de revisión, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria, administrativa o penal que se derive de dicha omisión.

ARTÍCULO 51°. Parada prolongada de instalaciones nucleares. En su carácter de solicitante la entidad o persona explotadora, elaborará un programa basado en los criterios establecidos por la ANSN para la conservación técnica de la instalación nuclear, que se someta a un régimen de parada prolongada o permanezcan en ese estado.

ARTÍCULO 52. Clausura de instalaciones nucleares. La ANSN establecerá, en la reglamentación correspondiente, los requisitos relativas a la clausura de instalaciones nucleares, incluyendo los criterios relacionados con la seguridad, el ambiente y las condiciones sobre el estado final de la clausura.

La instalación nuclear no será liberada del control reglamentario por la ANSN hasta que la persona titular de autorización haya demostrado que se ha alcanzada el estado final establecido en el plan de clausura, preparado por la entidad o persona explotadora de la instalación, en su carácter de solicitante de una autorización, y aprobado por la ANSN, conforme a los reglamentos emitidos por la misma, y se han satisfecho los demás requisitos reglamentarios establecidos por otras autoridades competentes.

ARTÍCULO 53°. Financiación de la clausura. El solicitante de una autorización para la explotación de una instalación nuclear deberá garantizar, a satisfacción de la ANSN, que los recursos financieros adecuados estén disponibles cuando sea necesario para sufragar los gastos relacionados con la clausura en condiciones de seguridad, incluida la gestión de todos los desechos resultantes, entre ellos los desechos radioactivos. La persona con titularidad de la autorización aportará recursos financieros para sufragar los gastos relacionados con la clausura en condiciones de seguridad tecnológica y seguridad física.

Parágrafo. La ANSN deberá reglamentar lo dispuesto en este artículo y podrá contar con el apoyo y asesoramiento técnico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público,

CAPÍTULO IX
SEGURIDAD FÍSICA

ARTÍCULO 54°. Régimen de Seguridad Física. El Estado Colombiano deberá establecer, aplicar, mantener y actualizar un régimen de Seguridad Física que comprenda al el ordenamiento legislativo, reglamentario, las medidas y sistemas administrativos que rigen la seguridad física del material nuclear, otro material radiactivo, las instalaciones conexas y los actividades conexas: b) las instituciones y organizaciones del Estado Colombiano encargadas de garantizar la aplicación de los sistemas administrativos y el ordenamiento legislativo y reglamentario de seguridad física nuclear, y c) los sistemas de seguridad física nuclear, las medidas de seguridad física nuclear

que tienen por objeto la prevención y detección de sucesos relacionados con la seguridad física, y la respuesta a esos sucesos.

ARTÍCULO 55°. Obligaciones y responsabilidades del Estado. El Estado Colombiano tendrá la responsabilidad de proporcionar los recursos humanos, financieros y técnicos necesarios para el establecimiento y sostenimiento del régimen de seguridad física utilizando un enfoque basado en el conocimiento de los riesgos. La ANSN, con el apoyo del Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia será la encargada de verificar el cumplimiento de esta obligación.

ARTÍCULO 56°. Obligaciones de la ANSN con respecto a la Seguridad Física. Con el objetivo de mantener un régimen de seguridad física, la ANSN generará, mantendrá y actualizará la normativa con respecto a la seguridad física, así como, coordinará las acciones necesarias para la recuperación de material nuclear y otros materiales radiactivos fuera del control regulatorio, la comunicación internacional en materia de Seguridad Física, la conclusión de acuerdos de cooperación en la materia, y el establecimiento de requisitos para la seguridad física durante el transporte nacional e internacional de materiales nucleares y otros materiales radiactivos.

ARTÍCULO 57°. Seguridad física de materiales nucleares y otros materiales radiactivos. La ANSN establecerá y mantendrá una clasificación en categorías de los materiales nucleares y otros materiales radiactivos, basada en una evaluación de los daños que podrían derivarse de su retirada no autorizada. Así mismo, establecerá y vigilará el cumplimiento de los requisitos y medidas para la seguridad física de las instalaciones y para las diferentes categorías de los materiales nucleares y otros materiales radiactivos teniendo en cuenta la implementación de un enfoque graduado.

ARTÍCULO 58°. Protección de la Información Sensible. La ANSN y los titulares de autorización deberán implementar medidas para garantizar la confidencialidad y la protección y ciberseguridad de la información relacionada con la seguridad física, designada como sensible por la autoridad/las autoridades competentes, evitando que se divulgue de forma no autorizada.

CAPÍTULO X
EMERGENCIAS RADIOLÓGICAS Y NUCLEARES

ARTÍCULO 59°. Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. Dentro del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares, la ANSN actuará como Agencia Técnica Principal en el área de Emergencias Radiológicas y Nucleares. La Agencia Técnica Principal tendrá las funciones de coordinación y apoyo técnico, desde el instante en que se notifica una emergencia radiológica hasta que la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres-

UNGRD y las autoridades competentes de la respuesta hayan concluido sus actividades, independientemente de si las emergencias radiológicas y/o nucleares son el resultado de accidentes. negligencias o actos deliberados.

Parágrafo Primero. En casos de emergencia, es deber de todas las entidades públicas y privadas, apoyar de manera inmediata proporcionando información oportuna, confiable, y efectuando cuanta diligencia sea solicitada por la ANSN y las demás autoridades competentes para la contención de la misma.

Parágrafo Segundo. En ningún momento el Plan reemplaza la responsabilidad que tiene el titular autorizado o explotador de una instalación nuclear, en el caso de una emergencia, siendo el responsable principal por la Seguridad Tecnológica, la Seguridad Física y las Salvaguardias, el cual deberá contar con un plan de emergencias radiológicas y nucleares propio para atender dichas situaciones, acorde con las funciones autorizadas por la ANSN.

ARTÍCULO 60°. Emergencias transfronterizas. Dentro del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas se establecerá la coordinación de respuesta de las emergencias radiológicas transfronterizas.

En caso de que se produzca una Emergencia Nuclear o Radiológica que. según lo determinado por el Estado Colombiano, entrañe riesgo de difusión de contaminación radiactiva más allá de las fronteras de Colombia, el Estado Colombiano notificará, a través de la ANSN y el Ministerio de Relaciones Exteriores, inmediatamente al OIEA. y a las autoridades pertinentes del Estado o los Estados que resulten o puedan resultar afectados físicamente por una emisión que pueda tener importancia radiológica para ese o esos Estados. Conforme a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes, entre ellos la Convención sobre la pronta notificación de accidentes nucleares y la Convención sobre asistencia en caso de accidente nuclear o emergencia radiológica suscritos por el Estado colombiano.

CAPÍTULO XI
TRANSPORTE DE MATERIALES RADIACTIVOS

ARTÍCULO 61°. Regulación del transporte de materiales radiactivos. La ANSN, el Ministerio de Transporte o quien haga sus veces y el Ministerio de Salud y Protección Social exclusivamente en materia del transporte de radiofármacos, establecerán de acuerdo a sus funciones los requisitos relativos al transporte de materiales radiactivos en el ámbito nacional, así como internacional, hacia y desde Colombia, o a bordo de un buque o de una aeronave bajo su jurisdicción. Los requisitos adoptados en aplicación del presente artículo comprenderán la clasificación de los materiales radiactivos en categorías, establecidas por la ANSN en la

reglamentación correspondiente, teniendo en cuenta el posible riesgo que entrañen los tipos, las cantidades y los niveles de actividad de esos materiales.

En los reglamentos adoptados por la ANSN, en aplicación del presente artículo, se tendrán en cuenta los requisitos técnicos de la edición más reciente del Reglamento para el transporte seguro de materiales radiactivos publicado por el OIEA, se comprenderán medidas relativas a la Seguridad física y Seguridad Tecnológica de los materiales radiactivos, durante su transporte nacional o internacional, que estén en consonancia con las convenciones en la materia de las que el Estado Colombiano es Parte, así como de los documentos de orientación más recientes publicados por el OIEA.

ARTÍCULO 62°. Necesidad de Autorización para Transportar Materiales Radiactivos. Ninguna persona o entidad llevará a cabo el transporte de materiales radiactivos sin antes obtener una autorización de la ANSN Y cumplir los requisitos establecidos por la reglamentación establecida por la ANSN, incluyendo aquellos sobre la integridad físico-química y su calidad microbiológica, en concordancia con la señalado en la presente Ley, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades. El titular de autorización para dedicarse al transporte de materiales radiactivos tendrá la responsabilidad primordial de velar por la Seguridad Tecnológica y Seguridad Física de dichos materiales durante su transporte

ARTÍCULO 63°. Transporte internacional de materiales radiactivos. Es responsabilidad del Estado Colombiano asegurar que los materiales radiactivos, incluyendo los materiales nucleares, estén adecuadamente protegidos durante el transporte internacional de esos materiales, desde o hacia Colombia, o en tránsito a través de su territorio y hasta que esa responsabilidad sea transferida adecuadamente a otro Estado, según corresponda.

CAPÍTULO XII
DESECHOS RADIACTIVOS Y COMBUSTIBLE GASTADO

ARTÍCULO 64°. Ámbito de aplicación de los desechos radiactivos y combustible gastado. La presente Ley se aplicará a la gestión de los desechos radiactivos resultantes de todas las Instalaciones, Actividades, y Prácticas en Colombia, pero no se aplicará a los que solo contengan materiales radiactivos de origen natural, salvo que la ANSN determine lo contrario. La presente Ley también se aplicará a la gestión del combustible gastado resultante de la explotación de reactores nucleares en Colombia.

ARTÍCULO 65°. Política y estrategia nacional de desechos radiactivos y del combustible gastado. La ANSN propondrá, para su aprobación, al sector central la definición de una política y una estrategia nacional en materia de desechos radiactivos y combustible gastado para su

ejecución a nivel nacional en coordinación de las demás autoridades competentes, incluyendo aquellas del sector ambiente.

ARTÍCULO 66°. Principios generales de los desechos radiactivos y del combustible gastado. La definición de la política y estrategia nacional en materia de gestión de desechos radiactivos y la gestión del combustible gastado tendrá en cuenta los siguientes principios generales:

1. Se debe prever una protección eficaz de las personas y el ambiente contra los peligros radiológicos y de otra índole.
2. Se debe asegurar que la generación de desechos radiactivos se mantenga al nivel más bajo posible.
3. Se debe tener en cuenta la interdependencia de las distintas fases de la gestión de los desechos radiactivos y del combustible gastado.
4. Se debe prever la aplicación en Colombia de métodos adecuados de protección a nivel nacional, aprobados por las autoridades competentes, incluyendo la ANSN, en la gestión de los desechos radiactivos y del combustible gastado, que tengan debidamente en cuenta normas. orientaciones criterios reconocidas internacionalmente, en particular a los adoptados por el OIEA.
5. Se deben abordar adecuadamente los riesgos biológicos, químicos y de otra índole que pueda conllevar la gestión de los desechos radiactivos y del combustible gastado.
6. Se debe prestar debida atención a la criticidad y a la eliminación del calor residual producido durante la gestión de los desechos radiactivos y del combustible gastado.
7. Se deben evitar las acciones cuyas repercusiones razonablemente predecibles para las generaciones futuras sean mayores que las permitidos para la generación actual.
8. Se debe evitar la imposición de cargas indebidas a las generaciones del presente y del futuro.
9. Se deben establecer mecanismos de financiación apropiados.

ARTÍCULO 67°. Responsabilidad con respecto a la seguridad tecnológica y seguridad física de los desechos radiactivos y del combustible gastado. La persona con titularidad de la autorización tendrá la responsabilidad primordial de velar por la seguridad tecnológica y seguridad física de los desechos radiactivos y del combustible gastado, durante toda su vida útil, hasta que la titularidad sea transferida, previa aprobación de la ANSN. De no haber un titular de la licencia u otra parte responsable, la responsabilidad sobre el combustible gastado o sobre los desechos radiactivos recaerá en las entidades autorizadas o designadas para tal fin en Colombia.

ARTÍCULO 68°. Plan de disposición final. La persona con titularidad de la autorización con el fin de explotar una instalación de disposición final de desechos radiactivos preparará un plan de

cierre preliminar de la instalación en el que se prevea la aplicación de controles institucionales activos y pasivos, de conformidad con la reglamentación expedida por la ANSN, El plan de cierre deberá actualizarse, conforme a la reglamentación establecida por la ANSN. Antes de autorizar la explotación de la instalación, la ANSN deberá aprobar dicho plan.

ARTÍCULO 69°. Prohibición de Importación de desechos radiactivos. Se prohíbe la importación a Colombia de desechos radiactivos para ninguna finalidad que hayan sido generados fuera de Colombia.

ARTÍCULO 70°. Exportación de desechos radiactivos. Sólo se podrá exportar desechos radiactivos o combustible gastado de Colombia cuando la ANSN haya concedido la correspondiente autorización.

Para decidir si se aprueba una autorización de exportación, se aplicarán los siguientes criterios:

1. Que antes de la recepción de los desechos radiactivos o del combustible gastado el Estado importador sea notificado de su transferencia y ésta se realice con su consentimiento.
2. Que el traslado del material exportado se lleve a cabo de conformidad con las obligaciones internacionales pertinentes en todos los Estados por los que transiten.
3. Que el Estado importador posea la capacidad administrativa y técnica, así como la estructura reguladora, necesarias para la gestión de los desechos radiactivos o el combustible gastado exportados, de manera tal que se garantice su Seguridad Tecnológica y Seguridad Física, en consonancia con esta, sus reglamentos, así como con las normas pertinentes reconocidas internacionalmente, en particular las promulgadas por el OIEA.

Parágrafo. En caso de que una exportación autorizada de desechos radiactivos o de combustible gastado no pueda completarse de conformidad con el presente artículo, dichos desechos se mantendrán en Colombia, salvo que sea posible adoptar otras disposiciones que ofrezcan condiciones de Seguridad Tecnológica y Seguridad Física.

CAPÍTULO XIII
RESPONSABILIDAD NUCLEAR Y PROTECCIÓN FRENTE A DAÑOS NUCLEARES

ARTÍCULO 71°. Responsabilidad del Explotador. En concordancia a lo dispuesto en la presente Ley, el explotador a persona con titularidad de autorización de una instalación nuclear será exclusivamente responsable de los daños nucleares que se produzcan, previa prueba de

que esos daños han sido causados por un incidente nuclear en la instalación nuclear de la entidad o persona explotadora.

La responsabilidad por los daños nucleares ocasionados por materiales nucleares sustraídos extraviados o abandonados incumbe a la entidad o persona explotadora con titularidad de la autorización más reciente para poseer esos materiales. La responsabilidad por daños nucleares se aplicará a dichos daños dondequiera que se produzcan.

Parágrafo. Lo dispuesto en el presente artículo aplica sin perjuicio de las disposiciones del artículo 90 de la Constitución Política en los casos exclusivos en que proceda responsabilidad patrimonial del Estado, por parte de la ANSN o cualquier otra autoridad que resulte involucrada, cuando existan daños que por su acción u omisión les sean imputables.

ARTÍCULO 72°. Responsabilidad civil durante el transporte. En caso de transporte de materiales nucleares, la entidad o persona explotadora remitente será responsable de los daños nucleares hasta que la entidad o persona explotadora receptor se haya hecho cargo de los materiales de que se trate, a menos que la entidad o persona explotadora remitente y el receptor hayan convenido por escrito trasladar la responsabilidad a otra fase del transporte o al transportista de los materiales a solicitud de éste, En este último caso, el transportista será considerado la entidad o persona explotadora responsable de conformidad con la Ley.

ARTÍCULO 73°. Garantía financiera. La entidad o persona explotadora de una instalación nuclear deberá suscribir y mantener un seguro u otra garantía financiera que cubra su responsabilidad por daños nucleares. La Entidad o Persona Explotadora de una instalación nuclear presentará para la aprobación de la ANSN las condiciones de la garantía financiera exigida.

El Gobierno Nacional asegurará el pago de las reclamaciones de indemnización por daños nucleares que se haya entablado contra la Entidad o Persona Explotadora, en la medida, en que el producto del seguro o de la garantía financiera del Entidad o Persona Explotadora establecida en virtud de inciso anterior no baste para satisfacer esas reclamaciones. El pago de esas reclamaciones no podrá sobrepasar en ningún caso la cuantía establecida en las convenciones sobre responsabilidad civil por daños nucleares suscritas par el Estado colombiano.

CAPÍTULO XIV
SALVAGUARDIAS

ARTÍCULO 74°. Cooperación en la aplicación de salvaguardias. Todas las autoridades y entidades de la Rama Ejecutiva del nivel Nacional y Territorial como todas las personas naturales

o jurídicas, y la persona con titularidad de la autorización cooperarán plenamente con el OIEA, a través de la ANSN, en la aplicación de las medidas de salvaguardias y de la reglamentación expedida por la ANSN, entre otros medios, así:

1. Facilitando prontamente toda la información necesaria en aplicación del Acuerdo de Salvaguardias y su Protocolo Adicionales concertados entre el Estado Colombiano y el OIEA.
2. Dando acceso a los lugares conforme exijan el Acuerdo de Salvaguardias y su Protocolo Adicional.
3. Prestando apoyo a quienes realicen una inspección por parte la ANSN y del CIEA en el desempeño de sus funciones.
4. Prestando a quienes realicen una inspección por parte de la ANSN y del OIEA todos los servicios necesarios en relación con sus inspecciones.

CAPÍTULO XV
CONTROLES DE EXPORTACIÓN E IMPORTACIÓN

ARTÍCULO 75°. Controles de exportaciones e importaciones de los materiales y equipos nucleares. La ANSN emitirá reglamentos, incluyendo un sistema de autorizaciones, para controlar la exportación e importación a Colombia de materiales nucleares, otros materiales radiactivos e Instalaciones, incluyendo fuentes de radiación, así como equipo y materiales no nucleares especificados, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades.

ARTÍCULO 76°. Prohibición de transferencias no autorizadas. Quedan prohibidas la exportación a la importación de materiales nucleares, otros materiales radiactivos e instalaciones, incluyendo Fuentes de Radiación, así como equipo y materiales no nucleares especificados, sin previa autorización de la ANSN, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, el Ministerio de Salud y Protección Social en los asuntos de su competencia y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN o las entidades que hagan sus veces, de acuerdo con la normativa.

Parágrafo. La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN deberá crear en un plazo no mayor a seis (6) meses un procedimiento expedito y prioritario para el trámite de las autorizaciones de importación y exportación de materiales nucleares, otros materiales radiactivos e instalaciones, incluyendo equipos generadores de radiación ionizante. El inicio del procedimiento en mención no podrá superar el 1º de octubre del 2026.

ARTÍCULO 77°. Autorizaciones de exportación e importación. Para el proceso de autorizaciones de exportación e importación se incorporarán. entre otros, los siguientes: los procedimientos que habrán de seguirse para solicitar una autorización, comprendidos los plazos

de examen de las solicitudes y de adopción de decisiones al respecto; una lista de los materiales y equipos nucleares para los cuales se precise autorización para la exportación e importación; requisitos de notificación previa al envío de las exportaciones, cuando se haya establecido la necesidad de esa notificación; una tabla de tasas o derechos por concesión de autorizaciones: y la obligación de llevar registros de las actividades autorizadas,

Parágrafo. La importación y exportación de cualquier equipo generador de radiación ionizante de uso humano debe ser autorizada previamente por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima, de acuerdo con la normativa que éste expida de dispositivos médicos. Por consiguiente, deberá en un plazo no mayor a seis (6) meses, a partir de la expedición de esta ley, crear un procedimiento expedito y prioritario para el trámite de las autorizaciones de dichos dispositivos médicos.

CAPÍTULO XVI
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

ARTÍCULO 78°. Desarrollo de la investigación científica. El Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación promoverá el desarrollo de la investigación, las ciencias y tecnologías nucleares, así como promoverá los usos pacíficos de las aplicaciones nucleares y difundirán los avances alcanzados para vincularlos al desarrollo económico, social, científico y tecnológicos de Colombia y aplicación de la tecnología nuclear con fines pacíficos en todos los sectores que requieran su utilización.

Así mismo deberán:

1. Realizar e impulsar las actividades que conduzcan a la innovación y el desarrollo científico y tecnológico en el campo de las ciencias y tecnologías nucleares, así como promover la transferencia, adaptación y asimilación de tecnología en esta materia;
2. Promover el desarrollo nacional de la tecnología en la industria nuclear fomentando la innovación, transferencia y adaptación de tecnologías para el diseño, la fabricación y la construcción de componentes y equipos:
3. Promover la realización de actividades de investigación y desarrollo relativas a las aplicaciones y aprovechamiento de sistemas nucleares y materiales radiactivos para usos no energéticos requeridos por el desarrollo nacional. Además, promoverá las aplicaciones de las radiaciones ionizantes y los radioisótopos en sus diversos campos.
4. Liderar los programas y estrategias para fomentar la participación de mujeres y personas con identidades de género diversas en el sector nuclear, desde diversos disciplinas, que permitan generar un clima de apertura, ampliar la visibilidad de los apartes y generar comunidades de práctica para fomentar el conocimiento para las mujeres y personas con

diversas identidades de género, así como fomentar el aprendizaje colaborativo y el cambio institucional para la igualdad de género en el ámbito de la investigación, entre otros.

ARTÍCULO 79. Formación de talento humano especializado. La ANSN, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y con apoyo del SENA, promoverá la creación de programas académicos y técnicos especializados en todas las áreas del conocimiento que involucren protección radiológica; seguridad nuclear; el uso, aprovechamiento y disposición de las radiaciones ionizantes; radiofarmacia, física médica. materiales nucleares y los materiales radiactivos. Lo anterior, con el fin de fortalecer el talento humano nacional y garantizar la sostenibilidad técnica del sistema.

CAPÍTULO XVII
MEDICINA NUCLEAR

ARTÍCULO 80°. Regulación de la Medicina Nuclear. Conforme a lo dispuesto en el capítulo VI de esta Ley, la práctica de medicina nuclear, se regulará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en lo concerniente a sus competencias, así como las que le corresponden al INVIMA sobre el control sanitario de los radiofármacos. En materias de seguridad radiológica y control de tecnologías nucleares en el sector se encargará la ANSN.

Las entidades ejercerán su reglamentación asegurando el uso seguro y efectivo de las tecnologías nucleares y radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protegiendo así la salud de los pacientes y del personal médico. Las limitaciones de dosis establecidas por la ANSN no aplican a las aplicaciones médicas.

CAPÍTULO XVIII
DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

ARTÍCULO 81°. Régimen de transición. La ANSN asumirá las competencias del Ministerio de Minas y Energía, del Ministerio de Salud y Protección Social, de las Secretarias de Salud, del Servicio Geológico Colombiano y demás instituciones que a su cargo tengan responsabilidades en materia de control regulatorio de tecnologías nucleares y radiaciones ionizantes incluyendo las de autorización, vigilancia, control e inspección de materiales radiactivos. materiales nucleares, fuentes radiactivas y equipos generadores de radiación ionizante, instalaciones nucleares y en general las aplicaciones de tecnologías nucleares y/o radiaciones ionizantes en Colombia. conforme a lo establecido en esta Ley.

Se realizarán los ajustes institucionales y administrativos por parte de la función pública que integren en la ANSN las funciones correspondientes, así como a los presupuestos asociados, el

personal, transferencia de archivos y documentación relevante o cualquier tipo de propiedad de las entidades que cumplen responsabilidades en materia de control regulatorio y/o delegatario asignadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley.

ARTÍCULO 82°. Entrada en vigencia. Dentro de los doce (12) meses siguientes a la publicación de la presente Ley el Gobierno Nacional emitirá la normatividad requerida para su reglamentación. Expedida la misma, sus disposiciones se aplicarán a todas las solicitudes de autorización, mientras tanto se continuará aplicando la reglamentación emitida con base al marco normativo previo.

ARTÍCULO 83°. Vigencia del marco normativo previo. El marco normativo previo a la publicación de la presente Ley y su reglamentación, que regule las actividades relacionadas con los usos seguros y pacíficos de las tecnologías nucleares y de las radiaciones ionizantes, en sus aplicaciones en los distintos sectores, y otras actividades que pudieran producir exposición a las radiaciones ionizantes, conservarán su vigencia hasta que se expida la nueva normativa por parte de la ANSN de acuerdo a lo señalado en la presente Ley.

Parágrafo. La ANSN tendrá la obligación, en conjunto con las entidades que emitieron las normas, de realizar una revisión expost de la normativa emitida en la materia, analizando la pertinencia de su actualización o derogación.

ARTÍCULO 84°. Vigencia de autorizaciones. Las autorizaciones concedidas en aplicación de las funciones regulatorias del Ministerio de Minas y Energia y del Ministerio de Salud como de sus entidades delegadas, seguirán teniendo plena vigencia y se considerarán autorizadas con arreglo a la presente Ley, hasta su fecha de vencimiento.

Parágrafo. La ANSN podrá revocar, de conformidad con el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, cualquier condición de una autorización concedida en virtud del inciso anterior del presente artículo, siempre y cuando ésta no se encuentre en consonancia con los términos de la presente Ley.

No obstante, lo anterior, las medidas financieras aplicadas de conformidad con las condiciones de la autorización, seguirán en vigor durante un plazo máximo de 1 año contado desde la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley.

ARTÍCULO 85°. Traslado de funcionarios. La ANSN se coordinará con las demás entidades correspondientes con el fin de trasladar a los trabajadores de las dependencias cuyas funciones se transfieran a la entidad conforme a lo establecido en el artículo 2.2.5.4.2 del Decreto 1083 de

2015 o la norma que haga sus veces, respetando los criterios de experiencia y teniendo en cuenta el estándar salarial de los trabajadores.

En caso de que no sea viable el traslado a la ANSN de algún trabajador de las entidades referidas en el primer inciso, por la transferencia de funciones a la Agencia, el mismo tendrá derecho a:

1. Ser informado del proceso, con una antelación no inferior a seis (6) meses previos a la fecha en que se prevé la salida del cargo por el traslado de funciones.
2. Ser integrados de manera prioritaria en una ruta de capacitación y reubicación laboral al interior de la entidad en los puestos de trabajo habilitados, siempre y cuando sea posible o exista la necesidad de personal o de servicio.
3. El reconocimiento de la indemnización de ley por despido sin justa causa, en el caso que no sea posible llevar a cabo el proceso previsto en el numeral 2.
4. La persona que sea retirada de su empleo con ocasión del traslado de funciones ingresará a la ruta de empleabilidad de la Unidad del Servicio Público de Empleo.

El Ministerio de Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública reglamentarán el procedimiento.

ARTÍCULO 86°. Dentro de los dos años siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Departamento Nacional de Planeación mediante la Comisión Nacional del Servicio Civil deberá organizar el concurso de méritos para proveer las vacantes definitivas en carrera administrativa de la ANSN, garantizando mecanismos de participación al cual puedan acceder nacionales residentes en el exterior.

Hasta tanto se realice el concurso público de méritos, la ANSN deberá priorizar la contratación de personal nacional con formación profesional de pregrado y posgrado en áreas relacionadas con la seguridad nuclear, radiológica, energética, física, química, ingeniería, derecho con postgrado en derecho nuclear u otras disciplinas afines y con experiencia profesional destacada en la materia objeto de regulación.

Para ello, deberá proveer una plataforma de ofertas laborales para que los colombianos puedan aplicar y así propender por prever un mecanismo de participación al cual puedan participar colombianos residentes y no residentes en Colombia, con el fin de promover el retorno de profesionales colombianos especializados en esta materia que residen en el exterior.

ARTÍCULO 87°. Modifíquese el Artículo 5 del Decreto 381 de 2012, el cual quedará así:

"*Artículo 5°. Despacho del Ministro* *. Son funciones del Despacho del Ministro de Minas y Energía, además de las previstas en la Constitución*

Política, en el artículo 61 de la Ley 489 de 1998 y en las demás disposiciones legales, las siguientes:

1. Adoptar la política en materia de minas, energía eléctrica, fuentes alternas de energía, hidrocarburos y biocombustibles.

2. Coordinar la ejecución de la política sectorial por parte de las entidades adscritas y vinculadas al sector minero-energético.

3. Aprobar los planes, programas y proyectos de desarrollo del sector minero energético del país, en concordancia con los planes nacionales de desarrollo y con la política del Gobierno Nacional.

4. Expedir los reglamentos del sector para la exploración, explotación, transporte, refinación, distribución, procesamiento, beneficio, comercialización y exportación de recursos naturales no renovables y biocombustibles.

5. Definir precios y tarifas de la gasolina, diésel (ACPM), biocombustibles y mezclas de los anteriores.

6. Dirigir el proceso de expedición de la regulación energética.

7. Expedir los reglamentos técnicos sobre producción, transporte, distribución y comercialización de energía eléctrica y gas combustible, sus usos y aplicaciones.

8. Adoptar los planes generales de expansión de generación de energía y de la red de interconexión y establecer los criterios para el planeamiento de la transmisión y distribución.

9. Adoptar los planes de expansión de la cobertura de los servicios públicos de energía eléctrica.

10. Establecer áreas de servicio exclusivo para la prestación de los servicios públicos de distribución domiciliaria de energía eléctrica y de gas combustible por red y celebrar los contratos con los proponentes que seleccione para prestar los servicios en tales áreas.

11. Adoptar las políticas del Fondo de Solidaridad y Subsidios para la Redistribución del Ingreso (FSSRI), de conformidad con las disposiciones vigentes.

12. Reconocer y ordenar el pago de las compensaciones por el transporte de derivados líquidos del petróleo a los distribuidores mayoristas de combustibles y gas licuado del petróleo, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 1º del artículo 9° de la Ley 1118 de 2006.

13. Participar en los comités de administración que asignan los recursos de los Fondos a cargo del Ministerio.

14. Dirigir las funciones de fiscalización de la exploración y explotación de los yacimientos o delegarlas a una entidad del sector.

15. Dirigir las actividades relacionadas con el conocimiento y la cartografía del subsuelo o delegarlas a una entidad del sector.

16. Garantizar el ejercicio del control inferno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones.

17. Distribuir los cargos de la planta global de personal del Ministerio de acuerdo con la estructura, las necesidades de organización y sus planes y programas.

18. Fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten en contra de los servidores y ex servidores del Ministerio de Minas y Energía.

19. Las demás funciones que se le asignen".

ARTÍCULO 88°. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga el artículo 151 de la Ley 9 de 1979, modificado por el artículo 91 del Decreto Ley 2106 de 2019: el numeral 12 del artículo 2º, y el numeral 10 del artículo 14 del Decreto 381 de 2012: los numerales 22 y 23 de artículo 6 del Decreto 1617 de 2013 numeral 11 del artículo 11 del Decreto 2703 de 2013, así como todas las disposiciones legales o reglamentarias que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

2.1.4. Ley 2612 de 2026

Por medio del cual se reglamenta la profesión de gerontología en Colombia y se dictan otras disposiciones

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I
DE LA PROFESiÓN DE GERONTOLOGíA

Artículo 1°. Objeto. La presente ley reglamenta el ejercicio de la profesión de gerontología en Colombia y dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica.

Artículo 2°. Definición. La Gerontología se define como la ciencia que estudia el envejecimiento humano, poblacional e individual, en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, ambientales y espirituales, teniendo en cuenta, además, su evolución en el contexto histórico, cultural y geopolítico; los factores referidos a la vejez, entendida ésta como la construcción social del último momento del curso de vida; contribuyendo al envejecimiento saludable y al bienestar, considerado en el sentido más amplio, como la felicidad, la satisfacción y la plena realización en condiciones de autonomía e independencia.

En el ejercicio del trabajo interdisciplinar y desde una visión integral, el gerontólogo propende por el cuidado de la salud desde un enfoque de fortalecimiento de la capacidad funcional, multidimensional, orientadas a fortalecer el Envejecimiento Saludable que permita óptimos niveles de autonomía e independencia en el individuo a lo largo del curso de vida.

Se amplía la definición contenida en la Ley 1655 de 15 de julio de 2013, la cual define al Gerontólogo como el Profesional de la Salud, titulado de instituciones de Educación Superior debidamente acreditadas para esta área específica del conocimiento, que interviene en el proceso de envejecimiento y vejez del ser humano como individuo y como colectividad, desde una perspectiva integral, con el objetivo de humanizar y dignificar la calidad de vida de la población adulta mayor".

Artículo 3°, Campo de acción. El profesional en gerontología, se podrá desempeñar desde los siguientes campos de acción:

A. Desempeño de empleos para los cuales se requiera título profesional de gerontólogo, de acuerdo a todo lo dispuesto en la presente ley.

B. En instituciones prestadoras de servicios de salud, Empresas. Prestadores de Planes de Beneficios, en Cajas de Compensación Familiar y en equipos básicos y complementarios de salud en los diferentes entornos, enfocados a promover el envejecimiento saludable a lo largo de la vida y en el marco del modelo de salud preventivo y predictivo; articulado a las Rutas integrales e integradas territoriales de salud y en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cursos de vida.

C. En Secretarías Departamentales y Municipales de salud para la inspección Y vigilancia de los Centros de Bienestar del Anciano, Centros e protección, centros de larga estancia; centros vida y centros día deberán contar con a acompañamiento técnico de gerontólogos, presencial o median telegerontologia.

D. Prestación de asistencia técnica y asesoría a las entidades. territoriales e instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

E. Formulación de planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

F. En cargos públicos para la Formulación, dirección, implementación, evaluación y actualización de las políticas públicas; planes, programas, proyectos y servicios en materia de envejecimiento y vejez a nivel nacional y territorial.

G. La realización de asesoría y consultoría para el sector público y privado en materia de envejecimiento y vejez.

H. En el campo de .la docencia, la investigación, científica en asuntos relacionados con el envejecimiento y la vejez, la educación gerontológica y la gerontología educativa.

I. En la dirección y administración de instituciones de atención gerontogeriátricas de cuidados diurnos, nocturnos y de larga estancia, con atención centrada en la persona.

J. En servicios de atención individual y familiar para el acompañamiento al final de la vida.

K. En políticas, planes programas y proyectos tendientes a la promoción del goce efectivo de los derechos humanos de las personas mayores.

L. En servicios de consulta gerontológica individual o familiar.

M. Diseño, dirección e implementación de Programas de preparación para el retiro laboral, para jubilados y sus redes sociales y familiares.

N. Coordinación de equipos interdisciplinarios e interprofesionales, para generar desarrollos e innovación en los servicios gerontológicos.

O. Gestión y Administración de recursos ·para la prestación de servicios integrales de salud, en materia de envejeciente y vejez.

P. Gestión y planeación de programación y proyectos para la promoción de la salud integral, la prevención de la discapacidad y la promulgación de entornos seguros y saludables desde los riesgos y determinantes económicos y sociales, procurando un envejecimiento saludable y una vejez inclusiva, autónoma y competente;

Q. Asesoría y consultoría en procesos interdisciplinarios enfocados a promover la organización, el empoderamiento, el ejercicio de los mecanismos de participación ciudadana de las personas mayores, y su inclusión social equitativa.

R. Las demás relacionadas con el desarrollo científico, social, bioético, económico y político, que sean inherentes al ejercido de la profesión de gerontólogo.

S. Los gerontólogos podrán diseñar e implementar modelos comunitarios e interculturales de envejecimiento saludable, con enfoque diferencial étnico, cultural y territorial.

Parágrafo: En territorios insulares, rurales dispersos o de difícil acceso, las entidades territoriales deberán priorizar la vinculación de gerontólogos en programas de atención primaria, centros vida, centros día y programas domiciliarios.

Artículo 4º. De los profesionales en gerontología: Para todos los efectos legales se considerarán Gerontólogos:

A. Quienes hayan obtenido u obtengan el Título de gerontólogo expedido por una universidad de Colombia, cuyo programa de gerontología esté debidamente aprobado mediante el otorgamiento del respectivo registro calificado, o en universidades que funcionen en países con los cuales Colombia haya celebrado tratados o convenios sobre homologación de títulos.

B. Además del título al que se refiere el literal a, deberán poseer el registro profesional expedido por las Secretarías Departamentales de Salud.

C. Los extranjeros con título convalidado por el Ministerio de Educación Nacional, mediante acto administrativo de homologación emitido por dicho Ministerio.

D. Los extranjeros en tránsito por el país y que fueran oficialmente requeridos en consulta para asuntos de su especialidad o contratados por instituciones públicas o privadas con fines de gestión gerontológica, salud integral, investigación, docencia y asesoramiento en temas de envejecimiento y vejez, en ningún caso podrán ejercer como profesionales independientes O para fines diferentes a los específicamente contratados, atendiendo a la normatividad vigente.

Parágrafo 1º. No se consideran válidos para efectos del ejercicio profesional de la gerontología, los obtenidos a título honorífico, ni mediante cursos para el trabajo y desarrollo humano

Parágrafo 2°. La persona que habiendo aprobado válidamente los estudios reglamentarios del pregrado de gerontología y está desempeñando con reconocida competencia la profesión de gerontología; sin cumplir con los requisitos contemplados en el Artículo 4 de esta Ley, tendrán un plazo máximo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente ley, para cumplirlos.

Si transcurrido este plazo no los cumple, su ejercicio se considerará ilegal y estará sometido a las sanciones pertinentes.

Artículo 5°. Del ejercicio ilegal de la profesión de gerontología. Incurrirá en ejercicio ilegal de la profesión de gerontología y estará sometido a las sanciones establecidas, quienes:

A. No siendo profesional en Gerontología, se anuncie como tal, se haga pasar como tal u ofrezca servicios profesionales que requieren de dicha calidad.

B. El profesional en Gerontología que actúe como tal estando suspendido o excluido de la profesión.

C. El profesional en Gerontología que intervenga ejerza, existiendo sentencia de inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de intereses

Parágrafo. Cualquier persona podrá denunciar ante las autoridades competentes la infracción por ejercicio ilegal de la profesión de gerontología, de que tenga conocimiento.

Artículo 6°. Para el ejercicio de empleos relacionados con los campos de acción, citados en el

artículo 3 de la presente Ley, en las entidades del Estado en cualquiera de los niveles territoriales, se incluirá la profesión de gerontología en los manuales de funciones de dichas · entidades como una de las profesiones requeridas para el ejercicio del cargo.

CAPÍTULO II
DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DEL GERONTÓLOGO

Artículo 7°. Para el ejercicio profesional del gerontólogo se consideran indispensables, como principios generales y valores fundamentales los que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema general de seguridad social para los colombianos. Así mismo, los siguientes valores específicos que propugnan por un ético ejercicio profesional:

A. Respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos. sin distingos de edad, credo, género, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política. El respeto: se enmarca en el reconocimiento del ser humano como un ser holístico, promoviendo la desmitificación de prejuicios y estereotipos negativos y la discriminación hacia el envejecimiento, la vejez y las personas mayores.

B. Responsabilidad. Al prestar sus servicios, los gerontólogos mantendrán los más altos niveles de calidad en el desempeño de su profesión. Aceptarán la responsabilidad por las consecuencias de sus actos. El gerontólogo no debe utilizar técnicas, ni procedimientos que no tengan la suficiente validez y confiabilidad y que no estén justificados con bases científicas.

C. Competencia. Fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. Los gerontólogos reconocerán los alcances de su competencia en los campos de acción citados en el artículb3 de la presente Ley. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los gerontólogos tomarán las precauciones que sean pertinentes y necesarias para proteger el bienestar integral de la población. Los gerontólogos se mantendrán actualizados respecto a los avances científicos y profesionales relacionados con las áreas donde se desempeñan profesionalmente.

D. Integralidad. Orienta el proceso del ejercicio profesional a la persona como ser ecológico, espiritual, biológico, psicológico y social, a la familia y a la comunidad con una visión integral para atender todas sus dimensiones; reconoce y respeta la autonomía de las personas usuarias de sus servicios.

E. Beneficencia. El ejercicio de la gerontología exige el cumplimiento del principio de la buena fe y de la beneficencia enmarcados en un amplio conocimiento, en las habilidades específicas y en la conducta diligente, encaminados a hacer siempre el bien al usuario de los servicios, a

la familia, a la sociedad en general y al medio ambiente. El gerontólogo en su ejercicio profesional, debe evitar a toda costa, generar daño en la persona sujeto de su labor.

F. Equidad. Buscando siempre proteger a la persona envejeciente, a las personas de 60 y más años, considerando criterios de vulnerabilidad y riesgos integrales y los potenciales de desarrollo.

G. Confidencialidad. Los gerontólogos tienen una estricta obligación respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su labor profesional; revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o de su representante legal, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo lleve a un evidente daño o a la persona o a otros. Los gerontólogos informarán a las personas acerca de las limitaciones legales de la confidencialidad. Así mismo garantizar la confidencialidad de los documentos incluyendo informes de trabajos de grado, evaluaciones, investigaciones y fichas gerontológicas. Estos documentos deben conservarse en las condiciones adecuadas de seguridad y confidencialidad que exige la normatividad.

H. Autonomía profesional y juicio crítico. En todo caso, cualquiera que sea el campo de desempeño profesional, el gerontólogo llevará a cabo el cumplimiento de su función con plena autonomía. Al margen del estatuto jurídico al que particularmente pueda estar sujeto o sometido, asumirá siempre la entera responsabilidad de los actos que ejecute en el ejercicio de su profesión y de las consecuencias de estos.

I. Transparencia. El gerontólogo no prestará su nombre, ni su firma a personas que ilegítimamente, sin la titulación y preparación necesarias, realizan actos propios del ejercicio de la Gerontología, y denunciará los casos de intrusión que sean de su conocimiento. Tampoco cubrirá con su titulación actividades vanas o engañosas. Debe negarse a llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando tenga certeza de que pueden ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones o las comunidades; bajo ninguna forma debe propiciar la obtención de beneficios personales o a favor de tercero salvo los honorarios previamente pactados.

J. Imparcialidad. Cuando el gerontólogo se halle ante intereses personales o institucionales contrapuestos, realizará su actividad profesional en términos de máxima imparcialidad. La prestación de los servicios gerontológicos en una institución no exime de la consideración, respeto y atención a las personas que pueden entrar en conflicto con la misma. En aquellas ocasiones en que legítimamente proceda, debe hacerse vocero ante las autoridades institucionales.

Parágrafo. Sin perjuicio de los principios éticos establecidos en la presente Ley, los gerontólogos estarán obligados al más estricto cumplimiento de todas aquellas normas referentes a la profesión, contenidas tanto en el ordenamiento jurídico general como en el específico de las distintas organizaciones y/o asociaciones de gerontología y de las organizaciones de profesionales debidamente constituidas en Colombia. Así mismo se deben acoger a los reglamentos internos de trabajo de cada empresa donde se encuentren empleados. El incumplimiento de dichas normas lleva implícitas las sanciones previstas en los reglamentos o estatutos de las distintas Asociaciones, organizaciones de gerontología debidamente constituidas en Colombia, de las organizaciones de representación profesional, reconocidas legalmente y de las diferentes empresas del sector público o privado.

CAPÍTULO III
DEL COLEGIO GERONTOLÓGICO DE COLOMBIA Y SUS FUNCIONES PÚBLICAS Y; DE LAS ASOCIACIONES DE GERONTOLOGÍA

Artículo 8º. Se reconocerá al Colegio Gerontológico de Colombia (COLGERCOL), la Asociación Nacional de Gerontología (ANG); la Asociación Colombiana de Gerontólogos Profesionales del Sur (ACOGER PS), así como aquellas otras asociaciones u organizaciones de profesionales en gerontología que surjan y sean y legalmente constituidas, como entidades asociativas que representan los intereses profesionales de esta área del conocimiento humano, cuya finalidad es la defensa, fortalecimiento y apoyo en el ejercicio profesional de la gerontología.

El Colegio Gerontológico de Colombia deberá estar conformado por el mayor número de gerontólogos afiliados activos, con estructura interna y funcionamiento democrático y participativo, con un soporte científico, técnico y administrativo que le permita desarrollar las funciones correspondientes como tal.

Parágrafo. El Colegio Gerontológico de Colombia, La Asociación Nacional de Gerontología y La Asociación Colombiana de Gerontólogos Profesionales del Sur, no son incompatibles con la existencia de otras asociaciones u organizaciones de profesionales en gerontología que se creen legalmente en el territorio nacional.

Artículo 9º. Las funciones públicas del Colegio Gerontológico de Colombia se orientan a lo establecido en la Ley 1164 de 2007 artículo 10 y el Decreto número 4192 de 2010 artículos 3° al 7 resaltando las siguientes:

A. Mantener actualizado el registro de los profesionales en gerontología.

B. Expedir la tarjeta profesional a los gerontólogos que cumplan los requisitos para ello, en el

marco de la normatividad vigente.

C. Expedir las certificaciones y constancias a los profesionales inscritos en el Registro de los profesionales en gerontología.

D. Hacer parte y participar en la reglamentación del Tribunal Nacional Deontológico O Comité de Ética, para vigilar el cumplimiento de lo estipulado en la presente ley, respecto al Código Deontológico para el ejercicio profesional del gerontólogo.

E. Estimular la investigación, la generación y aplicación del conocimiento científico en gerontología en forma directa o en colaboración con Instituciones de educación superior, entidades públicas o privadas o con Asociaciones y organizaciones de profesionales en el ramo, legalmente constituidas.

F. Contribuir al fortalecimiento de las Asociaciones y organizaciones de Gerontólogos en el país y velar por su correcto funcionamiento.

G. Establecer un órgano informativo periódico en el cual se brinde educación sobre los avances científicos de la profesión y se entregue información actualizada sobre eventos y otros hechos de interés para los gerontólogos.

H. Plantear ante el Ministerio de Educación las recomendaciones sobre la aprobación de nuevos programas de estudio y creación de centros educativos relacionados con esta profesión.

Parágrafo 1º. La Asociación Nacional de Gerontología (ANG) es una organización eminentemente científica, académica y cultural sin ánimo de lucro, que funciona de acuerdo con las disposiciones legales vigentes y con las que se dicten sobre la materia. Promueve el desarrollo y el empoderamiento de los profesionales en gerontología para atender los desafíos del envejecimiento poblacional y las demandas de las personas mayores; desde un enfoque bioético, científico y académico.

La Asociación Colombiana de Gerontólogos Profesionales del Sur (ACOGER- PS) Es una Asociación que impulsa y lidera el trabajo gerontológico desde la investigación, los estándares científicos, técnicos y de gestión; además, promueve y destaca el quehacer gerontológico, frente al proceso de envejecimiento y vejez, asume al gerontólogo como un profesional interdisciplinario preparado para aplicar desde el campo de la salud, la educación, la cultura y el deporte, sus conocimientos en aras de alcanzar la calidad de vida de las personas mayores.

Parágrafo 2º. El Gobierno nacional con la participación obligatoria de las universidades que

forman gerontólogos, el Colegio Gerontológico de Colombia (COLGERCOL), la Asociación Nacional de Gerontología (ANG) y la Asociación Colombiana de Gerontólogos Profesionales del Sur (ACOGER PS), diseñarán los criterios, mecanismos, procesos y procedimientos necesarios para garantizar la idoneidad del profesional de Gerontología e implementará el proceso de recertificación cuando lo considere pertinente.

Artículo 10. El Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética está conformado por:

A. Un representante de las Universidades que tengan vigente la formación de profesionales en gerontología.

B. Dos representantes del Colegio Gerontológico de Colombia.

C. Dos representantes de las organizaciones o asociaciones de profesionales en gerontología, legalmente constituidas.

Artículo 11. Los requisitos para integrar el Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética son:

A. Gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional.

B. No haber sido sancionado disciplinaria, ni penalmente.

C. Tener credibilidad dentro de la comunidad profesional e idoneidad.

D. Haberse desempeñado profesionalmente como gerontólogo.

E. No presentar ninguna de las siguientes inhabilidades o incompatibilidades. Tener parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o con quien estén ligados por matrimonio o unión permanente con él o la profesional implicados en el caso objeto de análisis del Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética.

F. No tener conflicto de intereses.

Parágrafo 1º. Este tribunal puede tener carácter permanente o ser nombrado para el análisis de un caso particular. Además, pueden establecerse capítulos regionales.

Parágrafo 2º. La elección de los miembros del Tribunal Nacional Deontológico y el reglamento interno del mismo, serán definidos una vez aprobada la presente; ley, por delegados de las

Universidades que tienen el programa de Gerontología, el Colegio Gerontológico de Colombia (Colgercol), la Asociación Nacional de Gerontología (ANG), L a Asociación Colombiana de Gerontólogos Profesionales del Sur (Acoger- PS) y otras asociaciones de profesionales, legalmente constituidas, existentes al momento de su elección.

CAPÍTULO IV
DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE GERONTÓLOGOS

Artículo 12. Todas las Instituciones Educación Superior debidamente reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional formadoras de profesionales en gerontología deberán enviar oficio de las actas de grado de gerontólogo que expidan, al Colegio gerontológico de Colombia, para que sea inscrito en el Registro Único de Gerontólogos.

Parágrafo 1º. Mientras se reglamenta la presente ley, esta función del Registro profesional de los gerontólogos continuará bajo la responsabilidad de las Secretarías Seccionales de Salud en todo el territorio nacional.

Parágrafo 2º. Cuando se trate de gerontólogos extranjeros, la inclusión en el Registro Único Nacional de Gerontólogos, será a petición del interesado ante el Colegio Gerontológico de Colombia, con el lleno de los requisitos establecidos en la norma colombiana.

CAPÍTULO V
DE LAS SANCIONES Y EL PROCESO DISCIPLINARIO DE LOS PROFESIONALES EN GERONTOLOGÍA

Artículo 13. Sin perjuicio de lo establecido en el régimen disciplinario nacional para los funcionarios públicos, se aplicarán las siguientes sanciones para los gerontólogos que incurran en faltas a lo establecido en la presente ley.

El gerontólogo será sancionado cuando por acción u omisión, en su ejercicio profesional, incurra en faltas a la reglamentación y a la deontología contempladas en la presente ley. El gerontólogo que cometa faltas contra las normas deontológicas universales y las normas específicas del presente código, además de las sanciones establecidas por las leyes de País, estará sujeto a las siguientes sanciones, dependiendo de la gravedad de la falta disciplinaria.

A. Amonestación en privado.

B. Suspensión temporal de .su registro profesional.

C. Cancelación definitiva de su registro.

Parágrafo. Sumado a las anteriores sanciones, el gerontólogo que haya incurrido en una falta a la deontología; deberá realizar y presentar trabajos de beneficio social y académico en el área de gerontología.

Artículo 14. La amonestación verbal o escrita de carácter privado es el llamado de atención directa que se hace al gerontólogo por la falta cometida contra la deontología y la bioética, en este caso no se informará sobre la decisión sancionatoria a ninguna institución o persona.

Artículo 15. La suspensión temporal consiste en la prohibición del ejercicio de la gerontología por un término hasta por tres (3) años. La providencia sancionatoria se dará a conocer a los entes competentes de emitir sanción, a las asociaciones de gerontología del país y a los programas de gerontología. Copia de esta suspensión pasará a la hoja de vida del profesional.

Artículo 16. La cancelación definitiva de su registro profesional consiste en la prohibición del ejercicio de la gerontología por término indefinido. La providencia sancionatoria se dará a conocer a los entes competentes de emitir sanción, a las asociaciones de gerontología del país y a los programas de gerontología. Copia de esta suspensión pasará a la hoja de vida del profesional.

Artículo 17. En cada caso la sanción será aplicada teniendo en cuenta, la naturaleza de la falta, las consecuencias de ésta, el carácter de reincidencia y los antecedentes disciplinarios del profesional, las características de vulnerabilidad de la población implicada y las obligaciones especiales de su cargo.

Artículo 18. Circunstancias de atenuación. La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta las siguientes circunstancias de atenuación de la responsabilidad del gerontólogo:

A. Ausencia de antecedentes disciplinarios en el campo deontológico y profesional durante los cuatro (4) años antes de cometer la falta.

B. Demostración previa de buena conducta y debida diligencia en la prestación de los servicios gerontológicos.

C. Cuya conducta no genere daño a terceros.

Artículo 19. Circunstancias de agravación.

A. Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo deontológico y del ejercicio profesional

gerontológico, durante los cuatro (4) años antes de cometer falta.

B. Reincidencia en la comisión de la falta investigada dentro de los cuatro (4) años siguientes a su sanción.

C. Aprovecharse de la posición de autoridad que ocupa, para afectar el desempeño de los integrantes del equipo de trabajo, o aprovecharse de las condiciones de vulnerabilidad de los usuarios de sus servicios profesionales.

D. La presencia de daños a terceros como consecuencia de sus actuaciones.

Artículo 20. Cualquier ciudadano puede establecer por escrito, la denuncia de la falta disciplinaria, fundamentado en hechos debidamente sustentados y probados, ante el Tribunal Nacional Deontológico establecido para tal fin.

Artículo 21. El gerontólogo que sea investigado por presuntas faltas al código deontológico tendrá derecho al debido proceso, de conformidad con la Constitución Nacional Colombiana, de acuerdo con las normas establecidas en las leyes preexistentes al acto que se le impute, con observancia del proceso disciplinario previsto en la presente ley y las siguientes normas rectoras:

A. El gerontólogo sólo será sancionado cuando por acción u omisión, en la práctica de su profesión, incurra: en faltas contempladas en la presente ley.

B. El gerontólogo tiene derecho a ser asistido por un abogado durante todo el proceso, y a que se le presuma inocente mientras no se le declare responsable en fallo ejecutoriado.

C. El superior no podrá agravar la sanción impuesta cuando el sancionado sea apelante único.

D. Toda providencia interlocutoria podrá ser apelada por el gerontólogo salvo las excepciones previstas por la ley.

Artículo 22. El proceso disciplinario del gerontólogo se iniciará:

A. De oficio.

B. Por queja escrita presentada personalmente ante el Tribunal Nacional Deontológico o sus capítulos regionales.

C. Por solicitud escrita dirigida al respectivo Tribunal por cualquier entidad pública o privada o

cualquier ciudadano.

Artículo 23. La indagación preliminar se realizará en el término máximo de dos (2) meses, vencidos dentro de los cuales se dictará resolución de apertura de investigación formal o resolución inhibitoria.

Artículo 24. El Tribunal Nacional Deontológico de Gerontología se abstendrá de abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión durante el curso de la investigación, cuando aparezca demostrado que la conducta no ha existido, que no es constitutiva de falta, que el gerontólogo investigado no la ha cometido, que el procesó no puede iniciarse por haber muerto el profesional investigado, o por existir cosa juzgada de acuerdo a la ley vigente. Tal decisión se tomará mediante resolución motivada contra la cual proceden los recursos ordinarios que podrán ser interpuestos por el Ministerio Público, el quejoso o su apoderado.

Artículo 25. De la investigación formal o instructiva. La investigación formal o etapa instructiva, que será adelantada por un Magistrado Instructor, comienza con la resolución de apertura de la investigación en la que además de ordenar la iniciación del proceso, se dispondrá a comprobar sus credenciales como gerontólogo recibir declaración libre y espontánea, practicar todas las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos y la demostración de la responsabilidad o la inocencia del o de los gerontólogos.

Artículo 26. El término de la indagación no podrá exceder de dos (2) meses, contados desde la fecha de su iniciación. No obstante, si se tratare de tres (3) o más faltas, o tres (3) o más gerontólogos investigados, el término podrá extenderse hasta por cuatro (4) meses.

Los términos anteriores podrán ser ampliados por la Sala, a petición del Magistrado Instructor, por causa justificada hasta por otro tanto.

Artículo 27. Descargos. La etapa de descargos se inicia con la notificación de la resolución de cargos al investigado o a su apoderado. A partir de este momento, el expediente quedará en la Secretaria del Tribunal Nacional Deontológico o Comité ético de Gerontología, o sus capítulos regionales, a disposición del profesional de Gerontología acusado, por un término no superior a quince (15) días hábiles, quien podrá solicitar las copias deseadas.

Artículo 28. El gerontólogo acusado rendirá descargos ante el Tribunal Nacional deontológico o Comité de Ética de Gerontología y el Magistrado Instructor, en la fecha y hora señaladas por éste para los efectos y deberá entregar al término de la diligencia un escrito que resuma los descargos.

Artículo 29. Al rendir descargos el gerontólogo implicado, por sí mismo o a través de su representante legal o abogado, podrá aportar y solicitar al Tribunal Nacional deontológico o Comité de Ética en Gerontología y al magistrado instructor, las pruebas que considere convenientes para su defensa, las que se decretarán siempre y cuando fueren conducentes, pertinentes y necesarias.
De oficio, el Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología podrá decretar y practicar las pruebas que considere necesarias y las demás que estime conducentes, las cuales se deberán practicar dentro del término de veinte (20) días hábiles siguientes.

Artículo 30. Rendidos los descargos y practicadas las pruebas, según el caso, el Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética dispondrá del término de quince (15) días hábiles para presentar el proyecto de fallo, y de otros quince (15) días hábiles para su estudio y aprobación. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

Artículo 31. No se podrá dictar fallo sancionatorio sino cuando exista certeza fundamentada en plena prueba sobre el hecho violatorio de los principios y disposiciones deontológicas contempladas en la presente ley y sobre la responsabilidad disciplinaria del profesional de Gerontología.

Artículo 32. Contra las decisiones disciplinarias impartidas por el Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología, procederán los recursos de reposición y apelación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación. En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal vigentes. Si como consecuencia de la apelación de la resolución de preclusión el Tribunal Nacional Deontológico la revoca y decide formular cargos, los Magistrados intervinientes quedarán impedidos para conocer la apelación del fallo de primera instancia.

Artículo 33. La acción disciplinaria. por faltas al Código Deontológico y reglamentación profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil o contencioso-administrativa a que hubiere lugar o de las acciones adelantadas por la Procuraduría General de la Nación o por otras entidades, por infracción a otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 34. En los procesos disciplinarios e investigaciones relacionadas con la responsabilidad del ejercicio profesional de Gerontología, que se adelanten dentro de otros regímenes disciplinarios o por leyes ordinarias, el gerontólogo o su representante legal podrá solicitar el concepto del Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología.

En los procesos que investiguen la idoneidad profesional para realizar el acto de servicio profesional de Gerontología, se deberá contar con la debida asesoría técnica o pericial.

La elección de peritos se hará de la lista de peritos del Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología.

Artículo 35. Cuando el fallo sancionatorio amerite la suspensión temporal en el ejercicio profesional; y no se interponga recurso de apelación, él expediente se enviará a consulta al Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología.

Artículo 36. De la segunda instancia. Recibido el proceso en el Tribunal Nacional Deontológico o Comité de Ética de Gerontología, que actúa como segunda instancia, será repartido y el Magistrado Ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha, cuando entre a su despacho, para presentar proyecto, y la sala probatoria, de otros treinta (30) días hábiles para decidir.

Artículo 37. De los recursos. Al Gerontólogo o a su apoderado se le notificará personalmente la resolución inhibitoria, la de apertura de investigación, el dictamen de peritos, la resolución de cargos y el fallo, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Artículo 38. Son causales de nulidad en el proceso deontológico disciplinario las siguientes:

A. La incompetencia del Tribunal Nacional Deontológico O Comité de Ética de Gerontología o del Tribunal Regional, para adelantar la etapa de descargos y para resolver durante la instrucción.

B. La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas deontológicas en que se fundamenten.

C. La existencia. de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso.

D. La violación del derecho de defensa.

Artículo 39. La acción deontológica y disciplinaria profesional prescribe a los cinco (5) años, contados desde el día siguiente en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta contra la deontología y la reglamentación• profesional. La formulación del pliego de cargos a un gerontólogo suspende la prescripción, y la misma se reanudará por el término faltante para los cinco años, a partir de las resueltas del pliego respectivo. La sanción prescribe a los tres (3) años contados desde la fecha de la ejecutoria de la providencia que la imponga.

Artículo 40. El proceso deontológico y disciplinario está sometido a reserva hasta que se dicte

auto inhibitorio o fallo debidamente ejecutoriado.

CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 41. Se establece el día 15 de septiembre de cada año como Día Nacional del gerontólogo en Colombia, con el propósito de reconocer la labor de estos profesionales en la promoción del bienestar de las personas mayores. En esta fecha, se incentivarán actividades educativas, encuentros académicos y campañas de sensibilización sobre el envejecimiento saludable, destacando el impacto de la gerontología en la sociedad.

Artículo 42. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y será de estricta aplicación en todo el territorio.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2. DECRETOS

2.2.1. Decreto 930 de 2026

Por el cual se modifican los artículos 2.3.2.2.10, 2.6.4.3.1.3.5. Y 2.6.4.3.5.1.9. del Título 2, Capítulo 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, relacionado con los porcentajes del giro directo de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado y a los presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado

EL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, DELEGATARIO DE FUNCIONES PRESIDENCIALES MEDIANTE EL DECRETO 0879 DE 2026,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011 y 150 de la Ley 2294 de 2023 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 29 estableció para el régimen subsidiado el giro directo, a nombre de las entidades territoriales, de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por parte del Ministerio de la Protección Social, hoy de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social-ADRES, y en el artículo 31 ibidem ordenó que el giro directo se efectuará con fundamento en el instrumento jurídico que para el efecto definiera el Gobierno Nacional.

Que a través de la Ley 1608 de 2013 se adoptaron medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud y en su artículo 10 dispuso que las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. "Colombia Potencia Mundial de la Vida", preceptúa que "La Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades por Pago Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a instituciones y entidades que presten dichos

servicios y provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores. Así mismo girará directamente los recursos de presupuestos máximos por los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC (…)" y establece en su parágrafo 1 o que no estarán sujetas a esta medida, las entidades adaptadas al sistema y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con patrimonio adecuado.

Que adicionalmente, el citado artículo señala que los porcentajes y condiciones de giro directo, aplicables a las EPS que operen en los regímenes contributivo y subsidiado, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para lo cual se tendrán en cuenta, entre otras, la normativa en el cumplimiento del flujo de recursos.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional reglamentó el giro directo de los recursos por concepto de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado a través de los Decretos 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011, 1713 de 2012 y 1095 de 2013, incorporados en el Capítulo 2, del Título 2 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Los porcentajes del giro directo en el régimen subsidiado, según la modalidad de los acuerdos de voluntades, se encuentran definidos en el artículo 5° de la Resolución 1587 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que a través del Decreto 489 de 2024 se sustituyó la subsección 3, de la sección 1, se adicionaron unos artículos a la Subsección 1, de la Sección 5, del capítulo 3 del título 4, Libro 2, parte 6 del Decreto 780 de 2016, y se definieron los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen contributivo y de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.

Que, de acuerdo con lo señalado en el precitado Decreto, los porcentajes del giro directo de los recursos del régimen contributivo correspondientes a las UPC de las EPS que no cumplan las metas del régimen de solvencia y de las entidades que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, y de aquellas entidades que realicen una manifestación voluntaria , no podrán ser Inferiores al ochenta por ciento (80%) de la UPC, y el porcentaje del giro directo de los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo y subsidiado, se define como mínimo, el ochenta por ciento (80%) de los recursos reconocidos por presupuestos máximos

Que la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte

Constitucional, mediante el Auto 2882 de 2023 afirmó la necesidad de fortalecer y reajustar el mecanismo de giro directo para mejorar el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual , en su sentir, como está diseñado no ha tenido avances significativos y no ha aportado en la solución de una de las ya identificadas fallas estructurales del sistema que, de persistir, pone en riesgo el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que de la motivación expuesta por la Corte Constitucional se concluye que, entre otras acciones, es necesario dotar de mayor obligatoriedad el mecanismo de giro directo, así como realizar el seguimiento permanente a la oportunidad del giro, con el fin de evitar la corrupción y malversación de los recursos del sistema de salud y con ello, otorgarle mayor transparencia.

Que, pese a que los recursos por concepto de UPC se reconocen y giran de manera oportuna a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, se están presentando cierres de servicios por parte de los prestadores a usuarios de las E PS sujetas a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y, quejas de los usuarios por la no entrega completa y oportuna de medicamentos, derivada de la incertidumbre en el pago oportuno.

Que, por lo tanto, y con fin de fortalecer el pago, garantizando el flujo de los recursos del sistema y seguimiento permanente y oportuno del mismo, los porcentajes establecidos como mínimos deben ser incrementados por las Entidades Promotoras de Salud con el objeto de objeto velar por la garantía del acceso a los servicios de salud y de otorgar mayor transparencia a las medidas que dan lugar a su aplicación, el cumplimiento de las normas legales y el cumplimiento de lo ordenado por la Sala Espacial de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 y el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo" y el artículo 2,1,2 5 14 del Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República" el proyecto de decreto fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, durante el periodo comprendido entre el 27 de abril al 12 de mayo de 2025 y del 20 al 27 de mayo de 2026 para opiniones sugerencias o propuestas de los ciudadanos y grupos de interés

Que la Contraloría General de la República, a través de la reiteración de advertencia a la Superintendencia Nacional de Salud relacionada con el flujo de recursos hacia la red pública hospitalaria del país efectuada en el mes de enero de 2026, hace extensivo el llamado el Ministerio de Salud y Protección Social y lo insta a *"adoptar medidas inmediatas y coordinadas, con el fin de garantizar el flujo oportuno de recursos hacia la red hospitalaria, evitando una agudización de la difícil situación financiera del sistema, que pondría en riesgo el derecho fundamental a la salud de millones de colombianos."* , lo cual puede cumplirse a través del

incremento del porcentaje de giro directo vigente

Que, con fundamento en lo antes expuesto, se hace necesario modificar parcialmente los artículos 2,3,2,2,10, 2,64 3 1,3.5, y 2.6.4.3.5,1,9, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. en relación con el porcentaje del giro directo de recursos por concepto de unidades de pago por capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado y por concepto de presupuestos máximos,

En mérito de lo expuesto,

DECRETO

Artículo 1°. Modificación del artículo 2.3.2.2.10 del Decreto 780 de 2016. Modifíquese el artículo 2,3.2.2.10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

> *"Artículo 2.3.2.2.10 Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud. La Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) determinará las condiciones técnicas y operativas para la implementación, aplicación control y seguimiento del giro directo de los recursos que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado por concepto de las Unidad de Pago por Capitación (UPC), En todo caso, el giro directo a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud no podrá ser inferior al noventa por ciento (90%) del valor de la UPC correspondientes a la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) respectiva.*
>
> *La ADRES no realizará verificaciones de los valores a girar salvo lo relativo a la consistencia entre el valor total de los giros a las IPS y el valor total a girar a la respectiva EPS por reconocimiento de UPC.*
>
> *Los giros que realiza la ADRES, en virtud del presente Capítulo, no modifican las obligaciones contractuales entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, y por ello no exoneran a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a su red de prestadores por los montos no cubiertos mediante el giro directo. Tampoco exime a las instituciones prestadoras de servicios de salud de sus obligaciones contractuales, en particular, en lo relacionado con la facturación. Las posibles inconsistencias o errores en el reporte realizado por la Entidad Promotora de Salud de los montos a girar a los prestadores son responsabilidad exclusiva de la Entidad Promotora de Salud y para subsanarse, deberán utilizar los procedimientos acordados entre*

Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud En ningún caso, la ADRES podrá descontar a las IPS recursos para ser transferidos a otras EPS o IPS."

Artículo 2°. Modificación del artículo 2.6.4.3.1.3.5. del Decreto 780 de 2016. Modifíquese el artículo 2.6.4.3,13,5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así.

"Artículo 2.6.4.3.1.3.5. Porcentajes de los valores reconocidos por concepto de las UPC objeto del giro directo. Del monto determinado y reconocido en los procesos de compensación por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los afiliados al Régimen Contributivo, la ADRES efectuará el giro directo, en nombre de las EPS y las Entidades Obligadas a Compensar, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los proveedores de tecnologías en salud, los valores que de acuerdo con los porcentajes y las bases de cálculo, se señalan a continuación:

1. *Cuando se incumpla la normativa vigente de patrimonio adecuado, el porcentaje será como mínimo el noventa por ciento (90%) del valor de la UPC correspondientes al respectivo proceso de compensación.*

2. *Cuando la entidad se encuentre en medida de Vigilancia especial. Il7tervención administrativa o en liquidación, el porcentaje será el noventa por ciento (90%) de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, previa deducción de los valores correspondientes a los descuentos que se deban aplicar en cada proceso, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013.*

3. *En caso de giro directo por manifestación voluntaria, el porcentaje será como mínimo el noventa por ciento (90%) del valor de la UPC reconocida.*

***Parágrafo.** Las EPS que sean objeto de la medida de vigilancia especial o se encuentren en intervención para administrar o toma de posesión para liquidar podrán autorizar el giro directo por un valor superior al porcentaje definido para el resultado del proceso de compensación."*

Artículo 3°. Modificación del artículo 2.6.4.3.5.1.9. del Decreto 780 de 2016. Modifíquese el artículo 2.6.4.35.1,9. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así

"Artículo 2.6.4.3.5.1.9. Condiciones y porcentaje del giro directo de los recursos

provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el régimen contributivo y subsidiado. *Una vez expedido por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el acto administrativo de asignación de los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo y subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) postularán como mínimo el noventa por ciento (90%) de los recursos de presupuestos máximos para el giro directo a las instituciones y entidades que presten dichos servicios, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, con el objeto de que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Segundad Social en Salud ADRES, realice el giro en nombre de ellas.*

Parágrafo*. El giro podrá ser detenido por la ADRES cuando la Superintendencia Nacional de Salud le comunique la decisión de intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS, toda vez que en el proceso liquidatorio se deben calificar las acreencias que presenten los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud."*

Artículo 4°. Vigencia y efectos. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 2.3.2.2.10, 2.6.4.31.3.5. Y 2.6.4.3.5.1.9. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y surtirá efectos a partir de su publicación en el Diario Oficial, con excepción de lo dispuesto en el artículo 10 de este acto administrativo, que surtirá efectos al mes siguiente de su entrada en vigencia.

PUBLÍQUESE y CÚMPLASE

2.3. RESOLUCIONES

2.3.1. Resolución 1315 de 2026

Por la cual se adopta e implementa la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2026-2035: “Un camino para alcanzar, con calidad, una salud humanizada”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 2 y el literal b) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, establece los principios orientadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como la universalidad, solidaridad, eficiencia, equidad y calidad disponiendo que los servicios se brinden de forma integral, segura, oportuna y humanizada, con respeto por la dignidad humana y con base en la evidencia científica.

Que la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud, establece en el artículo 34 que los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano y en la promoción de su desarrollo existencial.

Que además el artículo 35 de la Ley en cita, señala que son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto, promoviendo de esta manera, una cultura ética y humanizada en la prestación de servicios.

Que el artículo 1 de la Ley 1438 de 2011 fortaleció el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad incluyente y equitativo.

Que el artículo 107 de dicha Ley, define e implementa un Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad orientado a resultados que puedan ser evaluados; en el 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016 -2021 (PNMCS), mediante documento técnico, este plan incorporó la humanización de la atención como eje estructural.

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 preciso la diferencia de "redes integrales" y "redes integradas". Según la Corte, las redes integrales son aquellas que cuentan, en su estructura, con instituciones y tecnologías en cada una de las especialidades, con el fin de garantizar una cobertura global frente a las distintas contingencias en materia de salud.

Que la Resolución 229 de 2020, de acuerdo con el numeral 4.2.3.1. del apartado 4.2.3. del artículo 4, definió los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente, incorporando el trato digno, la comunicación adecuada, la información veraz y la atención humanizada como condiciones indispensables de la relación entre usuarios y actores del sistema.

Que la Resolución 755 de 2022 adoptó la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, integrando el enfoque de humanización como principio orientador para fortalecer la formación, las competencias y las prácticas del talento humano en salud.

Que el artículo 1 de la Resolución 1035 de 2022 adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en la que se reconoce la dignidad humana como principio y como valor, además propone una visión hacia el avance de la garantía del derecho fundamental de la salud, el logro de la equidad a través de la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible en los habitantes del territorio colombiano, lo cual, se articula con la humanización en salud.

Que la Resolución 2367 de 2023 modificó 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", con el propósito de avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, a través de la gestión positiva de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población, lo cual, se relaciona con la humanización en salud.

Que, de conformidad con la Resolución 1444 de 2025, que adoptó la Política Pública del Talento Humano en Salud (PPTHS), se dispone que la formación integral del talento humano incluya

prácticas de humanización, habilidades relaciónales y un enfoque centrado en las personas, las familias y las comunidades.

Que el numeral 16.6 del artículo 16 de la Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública, define el cuidado humanizado como la práctica de brindar cuidados centrados en la persona con énfasis en el respeto, la dignidad, la empatía, la atención integral y la comprensión de sus sistemas de pensamiento y comportamiento diferencial. Su eje central es el cuidado integral de la salud, entendido como un proceso continuo que integra la promoción, ia prevención, la atención, la rehabilitación y los cuidados paliativos, articulado dentro de Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.

Que el Decreto 351 de 2025 "Por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural - PNSR", en el artículo 2.13.1.3. establece como línea estratégica la "iii) Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales", y en el artículo 2.13.3.1.2. Cuidado de las personas, familias y comunidades en el modelo especial de salud pública para la ruralidad, define que la población que habita en zonas rurales y zonas rurales dispersas, acceda al centro de atención y/o que el centro de atención disponga los servicios de salud a una distancia que garantice la atención oportuna, pertinente y resolutiva.

Que, en el ámbito internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, la Declaración de Astaná de 2018 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial los ODS 3 y 16 que aprobó la Organización de Naciones Unidas en el 2015, reconocen la dignidad humana, la equidad, la solidaridad, la atención integral y centrada en las personas como principios fundamentales para la organización de los sistemas de salud y para la garantía del bienestar y la justicia social.

Que de acuerdo con el diagnóstico situacional y sectorial elaborado de manera participativa para la formulación de la Política Nacional de Humanización en Salud, contenido en el anexo técnico del presente acto administrativo, se revela que, a pesar de los avances significativos en el acceso en salud, persiste la barrera, la cual afecta la experiencia de las personas en el sistema de salud. Entre dichos factores se identificó la fragmentación de los servicios, deficiencias en la comunicación, ausencia de integralidad, fallas en la gestión ética de situaciones, debilitamiento del vínculo terapéutico, insuficiencia en habilidades relaciónales del talento humano y limitaciones institucionales para garantizar una atención digna, empática y centrada en la persona.

Que en los espacios de apropiación social del conocimiento, en las consultas territoriales y sectoriales, y en la revisión de fuentes de información primaria y secundaria, se identificó la

necesidad urgente de fortalecer la humanización en el sistema de salud mediante un cambio cultural que comprometa a todos los actores del sector en la corresponsabilidad, la empatía, el relacionamiento constructivo, el reconocimiento de las personas en sus entornos naturales, familiares y comunitarios, y la garantía de la dignidad humana como principio orientador.

Que la Política Nacional de Humanización en Salud se fundamenta en un sistema conceptual que integra la racionalidad moral y la racionalidad instrumental mediante la disposición-acción solidaria, articulando principios, enfoques y marcos mentales (profundos, subordinados y de superficie) inspirados en la obra Puntos de reflexión: manual del progresista de George Lakoff, que permiten estructurar acciones concretas y coherentes para promover la humanización en todas las dimensiones del sistema de salud.

Que se hace necesario adoptar una política pública que oriente la toma de decisiones, las inversiones, la formación del talento humano, el diseño institucional, las dinámicas de relacionamiento, la comunicación y la gestión del cuidado integral de la salud, para avanzar hacia instituciones virtuosas que garanticen experiencias de atención dignas, respetuosas, transparentes, seguras y centradas en las personas.

Que, en virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social formula la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2026-2035: “Un camino para alcanzar, con calidad, una salud humanizada”, como instrumento orientador de carácter nacional, que articula los lineamientos estratégicos, los principios, los enfoques, los ejes estructurales y las acciones indispensables para consolidar una cultura de humanización en salud que fortalezca el acceso, la calidad, la confianza, la corresponsabilidad y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y alcance. Adoptar e implementar la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2026-2035: “Un camino para alcanzar, con calidad, una salud humanizada”, la cual se encuentra desarrollada en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo y que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo aplican a los actores que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, adicionado por el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019, en el marco de sus competencias y responsabilidades dentro del sistema.

Parágrafo. Las entidades pertenecientes a los regímenes especiales, de excepción y demás definidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, así como los actores contemplados en la Ley 647 de 2001 y en la Ley 1709 de 2014 podrán adoptar, ajustar o armonizar las disposiciones establecidas en la presente resolución, de conformidad con su autonomía administrativa, normativa y en cumplimiento de su deber constitucional en salud.

Artículo 3. Principios. La Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2026- 2035 como instrumento para la garantía del derecho fundamental a la salud, está orientada por un conjunto de principios que guían su diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Estos principios son:

3.1. Equidad en las actividades en salud.
3.2. Disposición - acción solidaria.
3.3. Relacionamiento constructivo en salud.
3.4. Responsabilidad compartida.
3.5. Transversalidad.
3.6. Calidad en salud.

Artículo 4. Enfoques. Esta política incorpora enfoques que orientan las intervenciones para el logro de sus objetivos. Los enfoques son:

4.1 Derechos humanos.
4.2 Curso de vida.
4.3 Persona, familia y comunidad.
4.4 Poblacional, territorial e intercultural.
4.5 Valores.

Artículo 5. Objetivos de la Política Nacional de Humanización en Salud. El objetivo general de la política es incorporar a los procesos del sistema de salud colombiano, el desarrollo de lineamientos estratégicos para su aplicación en la práctica de la humanización en salud, mediante un cambio cultural que comprometa a los actores en salud en la mejora del acceso, la calidad y la experiencia del cuidado integral de la salud, elevando el personal de salud a los niveles de destreza necesarios para constituir una institucionalidad virtuosa, y que con una disposición - acción solidaria, brinden los cuidados necesarios para que todas las personas, sus familias y comunidades puedan alcanzar y mantener una vida digna y saludable.

Los objetivos específicos de la política son:

5.1 Fortalecer habilidades intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales en el personal de los actores en salud orientadas a identificar las necesidades en salud de las personas, para que brinden un cuidado integral de la salud y una atención humanizada en salud centrada en las personas, sus familias y su comunidad.

5.2 Fomentar mecanismos de coordinación, de consenso solidario y de corresponsabilidad de los actores en salud en la construcción de entornos saludables y de bienestar para el personal de salud, las personas, sus familias y su comunidad, mediante prácticas colaborativas y sostenibles.

5.3 Generar la creación de espacios para el ejercicio racional de una moral solidaria y constructiva que guíe los comportamientos de los actores en salud hacia un cambio cultural con prácticas de humanización en salud.

5.4 Implementar lineamientos estratégicos que orienten el funcionamiento de instituciones de salud virtuosas y una gestión en salud con prácticas de humanización y calidad en salud.

5.5 Impulsar el mejoramiento continuado en el conocimiento y creación de avances técnico-científicos y humanísticos para lograr que todas las personas puedan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

Artículo 6. Ejes estratégicos. Los ejes estratégicos constituyen los pilares conceptuales sobre los cuales se estructura la PNHS. Surgen de la consulta de las necesidades y de las posibles soluciones identificadas en los diferentes territorios, de la robustez y análisis de las fuentes de información primaria y secundaria, de la solidez conceptual, de los principios y los enfoques que fundamentan la política pública, las cuales orientan el desarrollo de sus lineamientos estratégicos y acciones. Los ejes estratégicos de la política son:

6.1 Eje 1. Cuidado integral y atención humanizada en salud centrado en las personas, familias y comunidades: Impulsa la corresponsabilidad de los actores en salud en brindar los cuidados necesarios y de la gestión entre los prestadores de servicios de salud para garantizar experiencias de atención dignas, solidarias y centradas en las personas, familias y comunidad. Este eje contiene las siguientes 2 líneas operativas:

a) Gobernanza en el cuidado integral y humanizado de la salud.
b) Comunicación solidaria constructiva.

6.2 Eje 2. Ética comunicativa: Fomenta el diálogo bidireccional entre los actores en salud de manera clara, confiable y transparente. Busca coordinar las relaciones humanas basadas en la responsabilidad moral favoreciendo la confianza, la escucha activa, la claridad en la información y la toma de decisiones compartidas, como fundamento para alcanzar y mantener una vida digna y saludable. Este eje contiene las siguientes 2 líneas operativas:

a) Hospitalidad.
b) Profesionalismo.

6.3 Eje 3. Cultura colaborativa de humanización en salud: Plantea y promueve un cambio cultural de humanización en el sistema de salud que optimice la experiencia de interacción solidaria entre los actores en salud, centre sus esfuerzos en la promoción del desarrollo humano y contribuya en garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana hasta alcanzar y mantener para todos unas vidas saludables. Este eje contiene las siguientes 2 líneas operativas:

a) Formación de líderes para la humanización en salud.
b) Conciencia de colectividad en salud.

6.4 Eje 4. Legitimidad en salud. Orienta la acción institucional e implica un proceso de validación colectiva hacia el bien común, la transparencia, la rendición de cuentas y la construcción de confianza social. Este eje promueve la coherencia entre la misión pública del sistema de salud, la gestión ética de los recursos y la participación efectiva de la ciudadanía en la gobernanza de la salud. Este eje contiene las siguientes 2 líneas operativas:

a) Pensamiento filosófico-científico.
b) Formación en habilidades relaciónales - comunicativas.

6.5 Eje 5. Investigación e innovación en humanización de la salud. Impulsa la generación y aplicación de conocimiento para fortalecer la humanización en salud, mediante la investigación interdisciplinaria, la sistematización de experiencias exitosas y el desarrollo de innovaciones organizacionales, técnicas - científicas - humanísticas, formativas y tecnológicas que potencie el mejoramiento continuo del sistema de salud y para el cambio cultural que promueve la humanización en salud. Este eje contiene las siguientes 2 líneas operativas:

a) Mejoramiento continuo en salud.
b) Investigación e innovación colaborativa.

Parágrafo. Cada uno de los ejes estratégicos de la política contiene sus líneas operativas y acciones específicas que se describen en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 7. Implementación de la Política. La Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) contará con un Plan de Acción para su implementación, que se ejecutará a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. En este Plan de Mejoramiento se

desarrollará las acciones establecidas en la PNHS, asignando responsabilidades de acuerdo con las competencias de los diferentes actores en salud, así como las metas y los indicadores de resultado correspondientes.

Artículo 8. Mecanismo de seguimiento, monitoreo y evaluación de la Política. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Calidad, coordinará el proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS), con el propósito de medir su implementación, evaluar los avances y resultados, y promover la mejora continua.

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

La Oficina de Calidad consolidará la información reportada por los diferentes actores en salud y elaborará informes anuales sobre los avances, resultados y desafíos en la implementación de la Política Nacional de Humanización en Salud, con análisis desagregados conforme a los lineamientos que este Ministerio establezca para tal fin.

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

Los resultados del seguimiento y de las evaluaciones serán publicados y divulgados en los medios institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la transparencia, la trazabilidad y la rendición de cuentas ante la ciudadanía y los actores en salud.

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

Artículo 9. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Ver Anexos Técnicos en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201315%20de%202026.pdf

2.3.2. Resolución 1350 de 2026

Por la cual se adopta la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y se imparten instrucciones para su implementación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EL MINISTRO DEL TRABAJO, EL MINISTRO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA MINISTRA DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el artículo 59 de la Ley 489 de 1998, la Ley 397 de 1997, modificada por la Ley 1185 de 2018, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, modificado por el Decreto 2562 de 2012, los numerales 1 y 3 del artículo 3 del Decreto 2269 de 2023, artículo 2 del Decreto 4108 de 2011, modificado por los Decretos 2518 de 2013 y 223 de 2023, el Decreto 1080 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos están reconocidos en la Constitución Política de Colombia, en el marco del derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas, contenido en el artículo 12; en el artículo 15, el derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños; el derecho al libre desarrollo de la personalidad, en el artículo 16; en el artículo 18, el derecho a la libertad de conciencia; el derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, establecido en el artículo 42; y en el artículo 43, referente a la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. Además, están estrechamente relacionados con otros derechos fundamentales como la vida digna, la dignidad humana, la integridad, a no ser sometido a tortura o tratos crueles o inhumanos, la salud, entre otros.

Que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia consagra la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y, en virtud de la Ley 1751 de 2015, la salud se reconoce como derecho fundamental.

Que el artículo 113 de la Constitución Política de Colombia señala que *"Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines".*

Que los derechos sexuales y los derechos reproductivos hacen parte fundamental de los derechos humanos, están desarrollados en Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales de Derechos Humanos ratificados por el Estado colombiano y hacen parte del Bloque de Constitucionalidad, entre estos: los *"Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, Protocolo Facultativo (...), aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas - Nueva York (1966)",* adoptados por la Ley 74 de 1968; la *"Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer",* aprobada por la Ley 51 de 1981; la Convención sobre los Derechos del Niño, acogida por la Ley 12 de 1991; la Convención Internacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - Convención de Belém do Pará, adoptada por la Ley 248 de 1995; la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Protocolo adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, incorporados mediante la Ley 319 de 1996.

Que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en la Recomendación General No. 24 (1999) señala que los Estados parte deberían "*b) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer; c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal [...]; f) velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género"* y, en la Recomendación General No. 35 (2017), establece que los Estados deben adoptar leyes y políticas que aseguren servicios de salud reproductiva adecuados, accesibles y asequibles.

Que el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, asignan como funciones del Ministerio de Salud y Protección Social el formular las políticas y proyectos de interés nacional para el sector salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

El artículo 43 de la precitada ley, asigna a los departamentos la dirección del sector salud la coordinación del sistema y el apoyo al aseguramiento y a la prestación de servicios en el territorio de su jurisdicción. De manera específica el numeral 43.1.2. les indica la función de *"adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Segundad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas" y, el numeral 43.1.5., les señala el deber de "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 del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes"; los artículos 44 y 45 de la misma ley, disponen que distritos y municipios ejercen funciones equivalentes en la organización, dirección y administración de los recursos del sistema en su jurisdicción.

Que el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011 señala que la dirección, orientación y conducción del sector salud está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector.

Que la Observación General No. 22 de 2016 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), establece que los Estados parte tienen la obligación básica de guiarse *"por los instrumentos y la jurisprudencia contemporáneos en materia de derechos humanos, así como las directrices y protocolos internacionales más recientes establecidos por organismos de las Naciones Unidas, en particular la QMS y el Fondo de Población de Naciones Unidas".*

Que la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, mediante su artículo 2, establece que se debe garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, con igualdad de trato para todas las personas y que su prestación es un servicio público esencial cuya dirección y control corresponden exclusivamente al Estado. En su artículo 5, señala como funciones del Estado: *"c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"*

Que el artículo 11 de la Ley en cita indica que las niñas, niños y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Respecto de las mujeres en estado de embarazo, señala el deber de adoptar medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Que la Ley 115 de 1994, *"Por la cual se expide la ley general de educación",* en sus artículos: 13 y 14, establece que todos los niveles de formación deben promover una sana sexualidad basada en el autoconocimiento, la autoestima, el respeto, la equidad y la preparación para una vida familiar responsable. Además, dispone que la educación sexual es obligatoria en todos los establecimientos de educación formal, tanto públicos como privados, desde preescolar hasta la

media, y debe impartirse conforme a las necesidades psicológicas, físicas y afectivas de los estudiantes según su edad.

Que la Ley 823 de 2003 *"Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres",* señala en el artículo 6, que *"el Gobierno ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes".* Asimismo, dispone que el Gobierno diseñará y ejecutará programas para dar información responsable de la capacidad reproductiva de la mujer, y para preventivamente reducir las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad.

Que la Ley 1098 de 2006, "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia", señala en el numeral 26 del artículo 41 que, "*el Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes"* y en cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá, entre otras, *"prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos".*

Que la Ley 1257 de 2008, "*Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones",* dictó normas sobre sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, estableciendo en su artículo 10, que el Ministerio de Comunicaciones, hoy Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, debe elaborar programas de difusión que contribuyan a erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas, a garantizar el respeto a la dignidad de la mujer y a fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, evitando toda discriminación contra ellas.

Que la Ley 1620 de 2013, *"Por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar"*, establece disposiciones orientadas a la promoción de la educación integral para la sexualidad, la garantía de los derechos humanos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes, y la prevención de diversas formas de violencia en el entorno escolar, incluyendo las violencias basadas en género, violencia sexual y el acoso escolar.

Que la Ley 1622 de 2013, *"Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones",* señala como derecho de la juventud, en el artículo 6, el recibir

atención especial desde *"un enfoque diferencial según condiciones de vulnerabilidad, discriminación, orientación e identidad sexual, diversidad étnica, cultural, de género y territorial""*.

Así mismo, el numeral 4 del artículo 8 de la ley citada estipula como medida de prevención que el Estado Colombiano creará políticas y programas de prevención, formación e información con un enfoque diferencial y de responsabilidad a los jóvenes, quienes están en completo derecho al pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, *"Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones",* de conformidad con lo que estableció la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C- 754 de 2015, señala que *"(...) todas las entidades del sistema de salud están en la obligación de implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual que contendrá dentro de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo la objeción de los médicos y la asesoría de la mujer en continuar o interrumpir el embarazo".*

Que la Ley 2365 de 2024 por medio de la cual *"se adoptan medidas de prevención, protección y atención del acoso sexual en el ámbito laboral y en las instituciones de educación superior en Colombia y se dictan otras disposiciones'' establece en el numeral 1 de su artículo 21: "(...) Como parte de las competencias del Ministerio de Educación Nacional en su rol de rector de la política educativa deberá acompañar y hacer seguimiento a la implementación de los lineamientos y orientaciones para que las Instituciones de Educación Superior, Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - IETDH y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA construyan y desarrollen estrategias y protocolos en torno a la protección, prácticas de prevención, detección y atención a violencias de género y sexuales"*

Que la Ley 2447 de 2025, *"Por medio de la cual se eliminan todas las formas de uniones tempranas en las cuales uno o ambos contrayentes o compañeros permanentes sean menores de 18 años y se fortalece la política pública nacional de infancia y adolescencia mediante la creación del programa nacional de proyectos de vida para niños, niñas y adolescentes",* prohíbe el matrimonio infantil y las uniones tempranas en Colombia en las cuales uno o ambos de los contrayentes o compañeros permanentes sean personas menores de edad, práctica que constituye una forma de violencia de género y vulneración de derechos fundamentales, y crea el Programa Nacional de Atención Integral a Proyectos de Vida para niños, niñas y adolescentes.

Que la Ley 2294 de 2023, por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 *"Colombia, Potencia Mundial de la Vida",* establece en sus bases, la actualización de la

política de derechos sexuales y reproductivos en el marco de un modelo de salud preventivo y predictive, incorporando acciones orientadas a la promoción de relaciones sanas basadas en el respeto, el acceso universal a la consulta preconcepcional y de la gestante, la educación para la sexualidad, la prevención de violencias, matrimonios y uniones tempranas, el embarazo adolescente, la gestión menstrual, el acceso a métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo.

Que el Plan Nacional de Desarrollo, en la tercera parte de su anexo (2023) denominada "*Actores diferenciales para el cambio", numeral 3. "Garantía de los derechos en salud plena para las mujeres",* establece que *"se actualizará la política de derechos sexuales con carácter intersectorial e integral"*. La actualización de la política, de acuerdo con el Plan y sus bases, se realizará en las siguientes secciones: *i) Sección 1, se insta al abordaje de estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia, la eliminación de embarazos en la infancia, y la erradicación del matrimonio infantil y uniones tempranas, entre otras. También se señala el impulso a la educación integral para la sexualidad, la gestión menstrual, el acceso efectivo a anticonceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo -IVE, dando cumplimiento integral a la Sentencia C-055 de 2022, la prevención de violencia obstétrica y el diagnóstico temprano de las infecciones de transmisión sexual -ITS, incluida la infección por VIH, así como la implementación de servicios de salud pertinentes, con enfoque de género, diversidad sexual, étnico y territorial, que reconozcan los saberes tradicionales, particularmente la partería; (ii) en la Sección 2, se definen lineamientos para la atención integral de personas LGBTIQ+ con enfoque de género y diversidad sexual; (iii) en la Sección 4, se incorpora un enfoque de niñez que contempla el acceso gratuito a productos de gestión menstrual y la erradicación del embarazo en menores de 15 años; y (iv) en la Sección 6, se plantean estrategias dirigidas a juventudes para la prevención del embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual y las uniones tempranas.*

Que mediante Sentencias C- 355 de 2006, T-388 de 2009, T-209 de 2008, SU-096 de 2018, T-063 de 2015, T-033 de 2022, T-236 de 2023, SU-067 de 2023, SU-074 de 2020, T-576 de 2023, SU-297 de 2025 entre otras, la Corte Constitucional ha reiterado la obligación del Estado colombiano de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticoncepción, atención del embarazo, parto humanizado, interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, reproducción humana asistida y servicios para personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Igualmente, ha enfatizado en el deber de eliminar barreras legales, administrativas y culturales que impidan o dificulten el acceso a estos servicios y de adoptar políticas públicas con enfoque de género, diferencial e interseccional, que aseguren la igualdad de acceso a los servicios, reconociendo las particularidades de mujeres, adolescentes,

personas LGBTIQ+, personas en situación de discapacidad y población rural o en condiciones de vulnerabilidad.

Que conforme lo dispuesto en la parte resolutiva de la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional exhortó al Gobierno nacional, para que, formule e implemento una política pública integral -incluidas las medidas legislativas y administrativas que se requieran, según el caso-, que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes, descritos en dicha providencia y, a su vez, proteja el bien jurídico de la vida en gestación sin afectar tales garantías, mencionado que esta política debe contener, como mínimo, *"(i) la divulgación clara de las opciones disponibles para la mujer gestante durante y después del embarazo, (¡i) la eliminación de cualquier obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que se reconocen en esta sentencia, (iii) la existencia de instrumentos de prevención del embarazo y planificación, (iv) el desarrollo de programas de educación en materia de educación sexual y reproductiva para todas las personas, (v) medidas de acompañamiento a las madres gestantes que incluyan opciones de adopción, entre otras, y (vi) medidas que garanticen los derechos de los nacidos en circunstancias de gestantes que desearon abortar".*

Que de conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 y el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, el proyecto de resolución y su memoria justificativa fueron publicados entre el 11 de diciembre al 26 de diciembre de 2025, para observaciones de la ciudadanía.

Que en el marco de sus competencias constitucionales y legales, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes, adoptan de manera conjunta la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, e imparten disposiciones para su implementación, seguimiento y evaluación en atención a la responsabilidad compartida en la garantía, promoción y protección de estos derechos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I
Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto. Adoptar la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, contenida en el anexo técnico que lleva el mismo nombre y que hace parte integral de la presente Resolución.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social liderará el plan de acción para la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Resolución, según los contenidos del anexo técnico.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, se aplicará en todo el territorio nacional. La implementación en el orden territorial se realizará basada en los principios de autonomía, participación e inclusión, de manera que se promueva, proteja y garantice el ejercicio de la sexualidad plena y saludable, y de los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte integral de los derechos humanos.

Artículo 3. Objetivos de la Política. Los objetivos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, son los siguientes:

Objetivo General: Avanzar hacia el reconocimiento y la garantía efectiva, el respeto y la protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población, así como la promoción de la sexualidad plena y saludable, mediante la implementación de acciones transectoriales que reduzcan las brechas y barreras para su ejercicio.

Objetivos específicos:

1. Propiciar la transformación de normas sociales y de género para fortalecer relaciones basadas en el respeto y en el reconocimiento de la sexualidad como un aspecto central del ser humano a lo largo del curso de la vida.

2. Fortalecer la gobernanza territorial, las capacidades institucionales y la participación social y comunitaria para garantizar la protección efectiva de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

3. Garantizar la protección, integridad y una vida libre de violencias, previniendo y erradicando prácticas nocivas que vulneren los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población.

4. Asegurar el acceso universal, efectivo, equitativo y oportuno, así como la atención integral, continua y de calidad en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo la respuesta y mitigación frente a crisis y situaciones emergentes que puedan vulnerar los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

5. Garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en sujetos de especial protección constitucional, como los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el pueblo Rrom, las personas con orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género diversas, las personas con discapacidad, las víctimas de conflicto armado y las poblaciones en movilidad.

Artículo 4. Ejes estratégicos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Los ejes estratégicos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026- 2035, son los siguientes: Garantizar la protección, integridad y una vida libre de violencias, previniendo y erradicando prácticas nocivas que vulneren los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población.

1. Eje 1. Transformación de normas sociales y de género para la garantía y ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

2. Eje 2. Gobernanza, capacidades institucionales y comunitarias para la garantía y protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

3. Eje 3. Protección, integridad y vida libre de violencias de género, sexuales y reproductivas.

4. Eje 4. Acceso efectivo y atención integral y de calidad en salud sexual y salud reproductiva en todos los momentos del curso de vida.

5. Eje 5. Garantía para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos sujetos de especial protección constitucional.

Artículo 5. Enfoques de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. La Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, integra enfoques esenciales para garantizar la promoción y protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas en Colombia, así como su salud sexual y salud reproductiva. Estos enfoques aseguran una visión integral y contextualizada, permitiendo que la política aborde estos derechos de acuerdo con las realidades o particularidades de la población:

1. Enfoque de derechos humanos
2. Enfoque de transectorialidad
3. Enfoque territorial
4. Enfoque de género

5. Enfoque étnico-cultural
6. Enfoque de curso de vida
7. Enfoque de discapacidad
8. Enfoque interseccional

Artículo 6. De la promoción de acciones para la implementación de la Política Pública. En aplicación de los principios de eficacia, colaboración armónica y coordinación, las entidades firmantes podrán promover que las demás entidades del Gobierno Nacional, dentro de la órbita de sus competencias constitucionales y legales, adopten los instrumentos jurídicos y de planeación que estimen pertinentes, incluyendo los planes estratégicos, institucionales y de acción en los proyectos de inversiones, en cada sector a su cargo, para la implementación de la Política Pública de que trata esta resolución.

Capítulo II
De las obligaciones en el Sector Salud

Artículo 7. Obligaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Son obligaciones del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Desarrollar procesos de asistencia técnica para fortalecer capacidades de los actores de los diferentes sectores relacionados con la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

2. Formular lineamientos para el desarrollo y fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud para la prestación de atenciones de salud sexual y salud reproductiva de manera integral, de calidad, humanizada, con enfoque de derechos humanos, curso de vida, de género, étnico-cultural, discapacidad, interseccional, transectorialidad y territorialidad.

3. Definir orientaciones técnicas para la implementación de procesos de fortalecimiento de capacidades del talento humano de las entidades públicas del orden nacional y territorial —departamental, distrital y municipal—, de manera que en su ejercicio se incorporen la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

4. Realizar el seguimiento de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, para lo cual podrá solicitar el apoyo de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

5. Realizar una evaluación de la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a los cinco (5) años de expedida la presente resolución y al finalizar su período de vigencia, conforme al procedimiento de elaboración de estudios sectoriales y política pública del Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, podrá solicitar el acompañamiento de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y con el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, o quienes hagan sus veces.

Artículo 8. Gestión del conocimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las líneas y prioridades de investigación y propondrá, desarrollará, ejecutará, apoyará y gestionará recursos para la investigación y el desarrollo de estudios dirigidos al mejoramiento, innovación tecnológica, fundamentación científica y producción de conocimientos para la promoción de la salud sexual y salud reproductiva y la atención integral de las personas en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos; en coordinación con otras instituciones en el marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología para la Innovación.

Artículo 9. Obligaciones de las autoridades territoriales de salud del orden departamental y distrital. Las autoridades territoriales del orden departamental y distrital deberán establecer mecanismos para implementar, realizar seguimiento y evaluación a la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2026-2035, en el ámbito de su jurisdicción; para esto, sin exclusión de otras acciones que decidan definir en el marco de sus competencias, deberán:

1. Adoptar y adaptar el Plan de acción de la Política objeto del presente acto administrativo, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente resolución, a fin que se operativice en planes territoriales, con las instancias conformadas de manera intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos asegurando la inclusión de niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas LGBTIQ+, jóvenes, personas en situación de discapacidad, personas afrocolombianas, indígenas y campesinas, personas que ejercen actividades sexuales pagas y atendiendo necesidades de las personas privadas de la libertad, desde una perspectiva interseccional. Dichos planes deberán implementar acciones afirmativas orientadas a la eliminación de barreras de acceso y discriminación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

2. Promover la inclusión de acciones específicas, indicadores y recursos financieros para acciones de Educación Integral en sexualidad, promoción de la salud, atención en salud sexual y reproductiva, prevención de violencias basadas en género y garantía de acceso a servicios relacionados con el ejercicio de derechos sexuales y reproductivo en los planes

territoriales de salud.

3. Promover que la formulación y ejecución de intervenciones en salud sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos cuente con participación efectiva de jóvenes, mujeres, población LGBTIQ+, pueblos étnicos, población campesina, organizaciones sociales, personas con discapacidad, defensoras/es de derechos humanos, quienes ejercen actividades sexuales pagas y demás que considere pertinentes.

4. Formular, implementar y evaluar procesos de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los sectores y actores involucrados en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

5. Implementar procesos culturales que incorporen el reconocimiento de los saberes, prácticas, narrativas y expresiones propias sobre la sexualidad, los cuerpos y los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos y comunidades étnicas y las personas con Orientación Sexual e Identidad de Género Diversas - OSIGD. Se deberán desarrollar estrategias que promuevan el diálogo intercultural, el respeto por la diferencia y la erradicación de estereotipos y violencias basadas en género, desde el arte y la cultura.

6. Promover mecanismos y estrategias de sensibilización y transformación cultural que promuevan el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, combatiendo estigmas, mitos y prácticas discriminatorias, especialmente aquellas que afectan a mujeres, personas con orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género diversas, jóvenes rurales, indígenas, afrodescendientes, personas con discapacidad y personas que ejercen actividades sexuales pagas.

7. Concurrir y complementar a los municipios de su jurisdicción para el desarrollo e implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, así como realizar el seguimiento y la evaluación de su implementación técnica, a partir de los planes de acción que deberán formular, adoptar e implementar las entidades departamentales, distritales y municipales, orientados a la adopción, adaptación y cumplimiento de dicha política en sus respectivos territorios.

Artículo 10. Incorporación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en salud sexual y salud reproductiva en los procesos de planeación territorial. Las autoridades territoriales de salud deberán, en el marco de sus procesos de planeación y gestión del riesgo, asegurar y garantizar la disponibilidad oportuna de las tecnologías en salud dispuestas en el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS), conforme a los estándares internacionales y a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de asegurar

una respuesta inmediata, integral y continua a la población afectada y la protección efectiva de sus derechos sexuales y derechos reproductivos en situaciones de emergencia, desastre o crisis humanitaria.

Artículo 11. Formación del Talento Humano en Salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Las Entidades Territoriales, en el marco del Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud y con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, según la Política Pública de Talento Humano en Salud, deberán garantizar la incorporación de contenidos relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos en los procesos de formación del talento humano en salud, tanto en los escenarios formativos como en la formación continua.

Dicha formación deberá orientarse al fortalecimiento de las competencias técnicas, éticas y humanas necesarias para la atención integral en salud sexual y salud reproductiva, basada en la evidencia científica y articulada con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de conformidad con las necesidades territoriales y los resultados del análisis situacional de salud.

Asimismo, deberán establecerse mecanismos de seguimiento y evaluación de las competencias para la atención en salud sexual y salud reproductiva.

Artículo 12. Obligaciones de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deberán implementar y evaluar, de forma articulada y conforme a sus competencias:

1. Incorporar en su gestión institucional, operativa y financiera las acciones y metas de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en lo que corresponda. Su actuación deberá orientarse al reconocimiento, protección y garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la reducción de brechas de acceso y la eliminación de barreras administrativas, culturales y territoriales que impidan el ejercicio pleno de estos derechos.

2. Fortalecer de manera continua las competencias del talento humano en salud y administrativo en los enfoques de derechos, género, discapacidad, curso de vida, interseccionalidad e interculturalidad, para la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral, de calidad, humanizada, culturalmente adecuada para la garantía efectiva de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Este fortalecimiento deberá basarse en la mejor evidencia científica disponible, con el fin de prevenir prácticas que generen barreras de acceso o afecten la oportunidad, calidad y pertinencia de la atención.

3. Participar de manera activa y coordinada en la conformación, gobernanza, gestión y en el monitoreo de su red de prestación de servicios para la atención en salud sexual y reproductiva garantizando que su red territorial cuente con servicios accesibles, disponibles, aceptables y de calidad para anticoncepción, atención en salud materna, Interrupción Voluntaria del Embarazo, prevención de ITS/VIH, salud menstrual, violencias sexuales, entre otros; así como con mecanismos de referencia, contrarreferencia y retorno efectivos de acuerdo con los fines propuestos en la Política Pública que adopta esta Resolución.

4. Asegurar que su red de prestación de servicios de salud cuente con talento humano en salud y talento humano administrativo capacitado, así como la garantía de insumes, protocolos y rutas activas para la atención integral en salud sexual y salud reproductiva incluyendo anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, prevención y atención integral del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), salud materna, atención a víctimas de violencias sexuales y los demás aspectos definidos en la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Artículo 13. Obligaciones de los Prestadores de Servicios de Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, deberán:

1. Implementar las acciones orientadas a la ejecución de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, asegurando la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva con calidad, oportunidad e integralidad, mediante la aplicación de enfoques diferencial, de género, de discapacidad, étnico y territorial, el fortalecimiento de las rutas integrales de atención en salud, y la articulación efectiva con los sistemas de información, registro y reporte definidos por el Ministerio de Salud y Protección Socia

2. Fortalecer de manera continua las competencias del talento humano en salud y administrativo, mediante procesos de formación y actualización en los enfoques de derechos humanos, género, discapacidad, interseccionalidad e interculturalidad, asegurando la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral, humanizada, culturalmente adecuada y conforme a los estándares de calidad establecidos por la normativa vigente. Este fortalecimiento deberá basarse en la mejor evidencia científica disponible, con el fin de prevenir prácticas que generen barreras de acceso o afecten la oportunidad, calidad y pertinencia de la atención.

Artículo 14. Inducción, reinducción, seguimiento y evaluación del talento humano en salud para la atención en salud sexual y salud reproductiva. Las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud deberán establecer y ejecutar procesos continuos de inducción, reinducción, seguimiento y evaluación del talento humano en salud que intervenga en la atención en salud sexual y salud reproductiva. Estos procesos deberán orientarse al fortalecimiento de competencias técnicas, éticas y relaciónales, con enfoque diferencial, de género y de derechos sexuales y derechos reproductivos, garantizando la calidad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios, así como la mejora permanente de las prácticas asistenciales.

Artículo 15. Obligación de disponer de tecnologías para la atención inmediata de eventos de salud sexual y salud reproductiva. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán garantizar la disponibilidad permanente, el acceso oportuno y el uso adecuado de las tecnologías en salud para la atención de eventos en salud sexual y reproductiva (antes de 72 horas), los cuales serán de carácter obligatorio en todos los servicios de urgencias y hospitalización; así mismo, en los servicios de consulta externa de municipios que no cuenten con servicios de urgencias. Se deberá contar como mínimo, con los insumos, medicamentos, dispositivos y formatos requeridos para la atención inmediata y segura de los siguientes eventos:

1. Emergencia obstétrica: elementos esenciales para la estabilización y manejo inicial de hemorragias obstétricas, preeclampsia, eclampsia, sepsis puerperal y otras complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio.

2. Violencias sexuales: materiales para la atención integral inmediata, recolección y preservación de evidencia forense, profilaxis pos-exposición para VIH e infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia y acompañamiento psicosocial inicial, conforme a los protocolos vigentes.

3. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): insumos, medicamentos y equipos necesarios para garantizar el acceso oportuno, seguro y humanizado al procedimiento, en cumplimiento de los estándares técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas sobre derechos sexuales y reproductivos.

4. Profilaxis pos-exposición: conjunto de pruebas rápidas y medicamentos necesarios para la prevención pos-exposición del VIH, la hepatitis B, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no intencional.

Las IPS deberán asegurar la actualización, reposición y disponibilidad de las tecnologías para la atención de los eventos antes descritos, así como la capacitación del talento humano en salud responsable de su uso.

Parágrafo 1. En situaciones de emergencia, desastre o crisis humanitaria, los componentes de

los Kits de atención para emergencias obstétricas, violencias sexuales e interrupción voluntaria del embarazo deberán incorporarse dentro del paquete inicial mínimo de servicios esenciales en salud sexual y reproductiva, con el fin de garantizar la continuidad y la atención integral e inmediata a la población afectada.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el término de un (1) año, establecerá las directrices, contenidos y criterios para el cumplimiento de las disposiciones aquí señaladas de conformidad con las competencias del prestador y con las tecnologías financiadas o reconocidas por las fuentes previstas en la normatividad vigente.

Artículo 16. Obligación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y jóvenes. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán diseñar, implementar y mantener procesos sistemáticos de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud sexual y salud reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes, conforme a los estándares, lineamientos y protocolos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos procesos deberán garantizar que la atención sea amigable, confidencial, accesible, integral, oportuna y con enfoque diferencial, incorporando mecanismos de autoevaluación y evaluación externa que permitan medir la calidad de los servicios y promover acciones de mejora continua.

Capítulo III
De las obligaciones en el Sector Educación

Artículo 17. Obligaciones del Ministerio de Educación Nacional:

1. Desarrollar lineamientos de política educativa que permitan garantizar la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en las instituciones educativas de preescolar, básica y media y en los programas de educación básica para adultos atendiendo las particularidades de cada momento del curso de vida en los derechos sexuales y reproductivos.

2. Acompañar y ofrecer asistencia técnica a las entidades territoriales certificadas de manera permanente, oportuna y cíclica para que estas a su vez puedan acompañar, asesorar y orientar a las instituciones educativas de preescolar, básica y media del país, en la implementación de manera progresiva de la obligación constitucional de ofrecer de manera obligatoria educación sexual integral a niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

3. Desarrollar e implementar un mecanismo de monitoreo y seguimiento a la implementación de la educación sexual integral en las instituciones educativas y las entidades territoriales certificadas, que permita identificar procesos de alerta, necesidad de cualificación y acompañamiento especializado.

4. Garantizar la inclusión de contenidos sobre derechos sexuales y reproductivos en los procesos de formación inicial y continua del magisterio, así como en la evaluación de competencias docentes.

Artículo 18. Obligaciones de las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas:

1. Vigilar que los contenidos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos se incorporen progresivamente de manera transversal, participativa y con enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI), Proyectos Educativos Comunitarios, los planes de estudio y las prácticas pedagógicas de todas las instituciones educativas del territorio nacional.

2. Promover el trabajo articulado entre todos los integrantes de las comunidades educativas que permitan garantizar que entornos escolares son seguros y libres de discriminación.

3. Diseñar e implementar planes territoriales de educación sexual integral, en articulación intersectorial con las instituciones competentes en territorio. Estos planes se desarrollarán tomando como base en diagnósticos locales y nacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos de las infancias y adolescencias y se elaborarán garantizando la participación activa de estudiantes, docentes orientadores, docentes y familias.

4. Priorizar e implementar procesos permanentes de fortalecimiento de capacidades para docentes y demás profesionales de la comunidad educativa en torno a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Estos procesos deberán elevar su nivel de compromiso y fortalecer las capacidades individuales y colectivas para aportar conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan un mejor desempeño laboral y contribuyan al logro de los objetivos establecidos en la Política adoptada mediante esta resolución interministerial.

5. Realizar articulación intersectorial permanente entre el Comité territorial de Convivencia Escolar y los Comités territoriales del Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias en razón al sexo y género en las instituciones educativas, garantizando la

disminución progresiva de las violencias que afectan los derechos sexuales y reproductivos, en especial aquellas que son ejercidas por el personal adulto de la institución educativa.

Artículo 19. Obligaciones de las instituciones educativas oficiales y privadas de preescolar, básica y media. En cumplimiento de la Ley 115 de 1994, literal d) del artículo 13 y literal e) del artículo 14, las instituciones educativas oficiales y privadas deberán incorporar de manera transversal, participativa y con enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad, los contenidos de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI), planes de estudio y prácticas pedagógicas. Para esto, se priorizará la formación docente y el trabajo articulado con estudiantes, familias y comunidades, garantizando entornos escolares seguros y libres de discriminación.

Artículo 20. Obligaciones de las Instituciones Educación de Educación Superior en Colombia: Universidades, Instituciones Universitarias, Escuelas Tecnológicas, Instituciones Tecnológicas e Instituciones Técnicas Profesionales, así como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y las Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (IETDH).

1. El Ministerio de Educación Nacional promoverá espacios de construcción colectiva con las Instituciones de Educación Superior en Colombia para impulsar la transformación de normas sociales y de género que afectan la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en este nivel educativo, fortaleciendo así la implementación de la educación sexual integral.

2. Las Instituciones de Educación Superior y las Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - IETDH en Colombia, fortalecerán sus rutas de atención a las violencias basadas en género en sus entornos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Educación Nacional y en coherencia con lo dispuesto en la Ley 2365 de 2024.

3. Las Instituciones de Educación Superior y de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano que ofrezcan programas de formación en áreas de la salud promoverán la incorporación en sus planes de estudio de contenidos relacionados con la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y derechos reproductivos, la prevención de violencias basadas en género y la atención integral en salud con enfoque diferencial, incluyendo la perspectiva de género y el reconocimiento de la orientación sexual, la identidad y la expresión de género (OSIGD), en coherencia con las políticas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Capítulo IV
Del seguimiento y la evaluación

Artículo 21. Seguimiento. El seguimiento de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos será liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual podrá solicitar el apoyo técnico de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través de los mecanismos de: instrumentación técnica, seguimiento participative y diferenciado, análisis anual de indicadores clave y demás mecanismos que contemplen la implementación de esta política.

Artículo 22. Evaluación. La evaluación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos será liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social en colaboración con el Ministerio de Educación Nacional, para lo cual podrá solicitar el apoyo técnico de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Esto permitirá realizar una apreciación sistemática y objetiva de su implementación y resultados al término de su vigencia. Así mismo, se podrá llevar a cabo una evaluación en la mitad del periodo de vigencia de la misma, es decir cinco (5) años después de su adopción.

Artículo 23. 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%201350%20de%202026.pdf

2.3.3. Resolución 1563 de 2026

Por medio de la cual se establece el procedimiento para el reporte de datos e información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas, denominadas de alto costo, su validación, control de calidad y verificación de consistencia para el seguimiento oportuno por el Ministerio de Salud y Protección Social

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 480 de la Ley 9 de 1979, 173 numerales 3 y 7 de la Ley 100 de 1993, 42 numerales 42.5 y 42.6 de la Ley 715 de 2001, artículos 2.6.1.5.9 y 2.8.8.1.2.7 del Decreto 780 de 2016, 2 numeral 24 y, 6 numeral 12 del Decreto 120 de 2026, en desarrollo de los artículos 44 de la Ley 1122 de 2007, 112 de la Ley 1438 de 2011, 19 de la Ley 1751 de 2015 y

CONSIDERANDO

Que el artículo 480 de la Ley 9 de 1979 señala que la información epidemiológica es de obligatorio reporte para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamente el hoy Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual implica la obligación para cualquier agente del sector salud, incluidos los regímenes exceptuados y especiales de poner en conocimiento de este Ministerio, los datos e información que sean de naturaleza epidemiológica.

Que, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, relativo a las competencias en salud por parte de la Nación, señala que le corresponde la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual deberá, entre otros, definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vi

Que, en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional ordenó, entre otros asuntos, el fortalecimiento de los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de garantizar la disponibilidad de información completa, confiable y oportuna que permita el seguimiento efectivo al acceso, calidad y continuidad de los servicios de salud, así como la adopción de decisiones de política pública basadas en evidencia.

Que el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, establece que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las secretarias de salud, entidades

promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1o) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera, administración y flujo de recursos.

Que, el artículo 114 ibidem señala que es una obligación de las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud, las secretarias de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos laborales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que establezca el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores.

Que, el Gobierno nacional mediante el Decreto 2699 de 2007, modificado por los Decretos 4956 de 2007, 3511 de 2009 y 1370 de 2016, hoy compilados en el Capítulo 5 del Título 1 de la Parte 6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, crea la Cuenta de Alto Costo con el propósito de que las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades adaptadas administren financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud publica directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que determine esta Cartera Ministerial, estableciendo, entre otras, reglas para el funcionamiento, administración, giro, distribución y entrega de recursos y, de requerimiento, suministro y revisión de la información.

Que, en tal sentido, la Cuenta de Alto Costo constituye el instrumento de administración colectiva de recursos públicos para la cobertura de la población en función de las enfermedades determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social como de “alto costo”, para el ajuste de riesgo de la prima básica.

Que, para su funcionamiento y administración, se estableció en el artículo 2.6.1.5.3 del citado Decreto 780 de 2016, que cada entidad promotora de salud y las entidades adaptadas fijarán anualmente el monto total de los recursos necesarios para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades y que corresponde al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de los recursos que sean girados a dicha cuenta, debiendo distribuirse de acuerdo con lo que defina el organismo de administración conjunta de esta.

Que, en el artículo 2.6.1.5.9 ibidem se determinó que tanto este Ministerio como la Superintendencia Nacional de Salud podrán requerir información relativa al manejo de esta

cuenta y que esta Cartera Ministerial establecerá un sistema de información sobre la incidencia, prevalencia y costos de las enfermedades ruinosas y catastróficas — alto costo, y las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, preservando los lineamientos legales sobre el Habeas Data.

Que, este Ministerio, mediante la Resolución 4700 de 2008 modificada por las Resoluciones 2463 de 2014, 247 de 2014, 123 de 2015, 1393 de 2015, 1692 de 2017 y 273 de 2019, estableció los reportes que deben hacer las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción en salud y las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o entidades que hagan sus veces, a la Cuenta de Alto Costo de pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (ERC), hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, artritis reumatoide, hepatitis C crónica, infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), para el cálculo de indicadores de gestión del riesgo y el ajuste del riesgo de prima básica por cada enfermedad, contando la citada cuenta con los datos, los reportes y la información sobre estas en el país.

Que, en desarrollo de las Leyes 1384 y 1388 de 2010, la Resolución 4496 de 2012, Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer1', establece en su artículo 2o que el Sistema Nacional de Información en Cáncer integrará las siguientes fuentes de información: i) Registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana de Atención de enfermedades de interés en Salud Pública, ¡i) Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, iii) Subsistema de estadísticas vitales, iv) Reporte de pacientes con cáncer de la Cuenta de Alto Costo, v) Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), del cual hace parte el Registro Nacional de cáncer infantil, y, vi) Registros Poblacionales de cáncer.

Que el referido acto administrativo, también dispone en el articulo 3o que constituye obligación de las instituciones responsables del tratamiento de los datos y de la gestión de cada una de las fuentes de información, enviar los datos requeridos a este Ministerio, en las condiciones de oportunidad, cobertura y calidad, de acuerdo con los estándares de transferencia determinados por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), en donde se integrarán, complementarán y dispondrán los datos recibidos relevantes, para el análisis de la situación de salud de las personas con cáncer.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 de 2016, se dictan las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, y se establecen

los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, prevé en su artículo 5 la obligación de reportar información y las responsabilidades de las entidades obligadas a reportar, disponiendo en su parágrafo 1 que: *"El Instituto Nacional de Salud y el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, adicional a la información que actualmente envían a este Ministerio para ser integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO, remitirán a través del mencionado Sistema y de acuerdo con sus competencias, la información definida en las fichas técnicas de los indicadores trazadores...".*

Que conforme a las normas antes citadas, al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde cumplir las funciones que le están asignadas tanto en la prestación del servicio público de salud como del servicio de seguridad social, y dictar, en desarrollo de la ley y de los reglamentos respectivos, las normas necesarias de obligatorio cumplimiento para las instituciones responsables de la prestación del servicio esencial de salud y de la operación del aseguramiento, entre otras, la regulación de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas denominadas como de alto costo.

Que la información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas constituye un insumo fundamental para el seguimiento de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad en Salud, permitiendo evaluar resultados clínicos, gestión del riesgo, continuidad del cuidado y desempeño de los actores del sistema de salud, en concordancia con las disposiciones vigentes sobre calidad en la atención en salud.

Que el fortalecimiento de los procesos de interoperabilidad de los sistemas de información del sector salud y la disponibilidad oportuna de la información clínica relevante favorecen la continuidad del cuidado integral de la salud, la gestión del riesgo en salud y el monitoreo permanente de las condiciones de salud de la población.

Que la gestión de la calidad de los datos en salud, la trazabilidad de la información, la estandarización de estructuras de reporte y los procesos de validación, verificación y auditoría de la información, constituyen elementos esenciales para garantizar la confiabilidad de los indicadores del sector salud y el adecuado funcionamiento de los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, la disposición oportuna, confiable, suficiente y con la calidad mínima de la información requerida a los integrantes del sector y del sistema de salud constituye el ejercicio de sus capacidades y funciones de gobernanza y rectoría que, sólo puede radicar en la autoridad sanitaria para la implementación de las decisiones y acciones públicas necesarias que le permitan garantizar la salud de la población colombiana.

Que. de otra parte, la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", en su artículo 10, literal d) prevé que la autorización del titular para el tratamiento de datos sensibles no es necesario cuando este tenga una finalidad histórica, estadística o científica, debiendo adoptarse las medidas conducentes a la supresión de la identidad de los titulares.

Que, este Ministerio requiere de información oportuna, permanente y completa, reportada a través de sus sistemas de información, para el cálculo de indicadores de salud pública, poblaciones y para la toma de decisiones en política pública en salud, que conduzca a la generación de estrategias de atención integral en todas las etapas de la enfermedad, además, de disponer la información para el acceso y consulta de terceros que permita la elaboración de informes y publicaciones con fines históricos, estadísticos, académicos y científicos, preservando en todo los casos los derechos al habeas data y reserva de la información clínica, por lo que es necesario recibir, de manera directa, a través de sus propias plataformas la información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas denominadas de alto costo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Establecer el procedimiento para el reporte de los datos y de la información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas, denominadas de alto costo, su validación, control de calidad y verificación de consistencia para el seguimiento oportuno por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente resolución aplican a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada, Administradoras de Riesgos Laborales (ARLX instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, profesionales independientes, organizaciones de base comunitaria, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con IPS habilitadas, secretarias departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, entidades de los regímenes especiales o de Excepción, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), Cuenta de Alto Costo, compañías de seguros de vida autorizadas para expedir pólizas de salud vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Superintendencia Nacional de Salud.

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

1. **Auditoría de la información**: es el proceso sistemático, independiente y documentado mediante el cual se evalúa la conformidad de los datos frente a soportes clínicos, administrativos o financieros. Incluye identificación de inconsistencias, evaluación de controles internos y formulación de recomendaciones.

2. **Calidad del dato:** es el componente del dominio de información asociado con procesos de ajuste y depuración de datos masivos, garantizando que cumplan con criterios de exactitud, integridad, validez y coherencia, así como la definición, medición y mejora continua de los indicadores de calidad del dato.

3. **Consolidación:** corresponde al proceso mediante el cual se integran, depuran y unifican registros de diversas fuentes, eliminando duplicidades y garantizando coherencia y armonización.

4. **Gestión de calidad de los datos: es** el proceso que busca garantizar que la información interna y externa sea confiable y precisa, a través del desarrollo de actividades de planificación, ejecución, seguimiento y control de las técnicas de gestión de calidad para medir, evaluar, mejorar y asegurar la autenticidad de la información para la toma de decisiones.

5. **Interoperabilidad:** es el mecanismo mediante el cual, a través de los sistemas de información, se realiza el intercambio de información de los datos en salud, incorporando medidas de seguridad, privacidad y control de accesos que garanticen la protección de los datos reportados.

6. **Oportunidad:** es la disposición permanente de los datos clínicos relevantes interoperables de la historia clínica para la continuidad de la atención y la toma de decisiones.

7. **Oportunidad del reporte**: corresponde al cumplimiento estricto de los plazos, cortes y frecuencias establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la entrega de información, garantizando su utilidad para vigilancia, análisis y gestión del riesgo.

8. **Validación:** son los procedimientos técnicos mediante los cuales se verifica estructura, consistencia, completitud, coherencia temporal y reglas de negocio de los datos reportados, según los documentos técnicos de que trata el artículo 12 de la presente resolución.

9. **Veracidad**: condición de los datos que se presumen reales, completos, exactos, actualizados, comprobables y comprensibles desde su generación y a través de su flujo en el proceso de interoperabilidad.

Artículo 4. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social será responsable de:

1. Administrar los registros de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, VIH, Artritis reumatoide, Hemofilia, Cáncer, Hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio.
2. Formular, dirigir y adoptar las políticas en materia de información para el registro de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás que defina este ministerio.
3. Establecer el mecanismo de recepción segura y oportuna de la información, garantizando su integralidad y trazabilidad.
4. Realizar procesos de validación, control de calidad y verificación de consistencia de los datos recibidos.
5. Poner a disposición de la Cuenta de Alto Costo, para el desarrollo de sus funciones de auditoría y análisis del riesgo, los datos validados de manera trimestral.
6. Aplicar el cumplimiento de las normas relacionadas con la protección de datos.
7. Establecer los indicadores clave para evaluar y mejorar la atención de enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás que defina este Ministerio.
8. Publicar los informes requeridos como insumo para el monitoreo de los indicadores trazadores, seguimiento a la gestión de la atención y la toma de decisiones por los actores del sistema general de seguridad social en salud.
9. Planear, definir y desarrollar los consensos para la definición de las metas a cumplir a partir de los resultados de la gestión por parte de las EPS o quien haga sus veces.
10. Integrar la información reportada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y al Sistema de Información para la Calidad, garantizando su interoperabilidad, estandarización y disponibilidad para el monitoreo de indicadores de calidad, gestión del riesgo y resultados en salud.
11. Remitir a las EPS la información consolidada de los casos de: i) personas con diagnóstico confirmado de VIH, i¡) gestantes, iii) niñas o niños expuestos al VIH por vía materno infantil y iv) personas con tuberculosis, de la respectiva EPS, a partir de la información reportada trimestralmente por las IPS, para su revisión, validación y ajustes que se estimen necesarios.
12. Brindar asistencia técnica a los diferentes responsables del reporte, durante el periodo de transición y a más tardar tres (3) meses después del vencimiento de dicho periodo.
13. Organizar al interior del Ministerio la instancia de coordinación y asesoría de la gestión de las enfermedades ruinosas y catastróficas, denominadas de alto costo.

Artículo 5. Responsabilidades de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Entidades Responsables de los Regímenes de Excepción y Especiales y USPEC. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) Entidades Responsables de los regímenes de Excepción y Especiales y USPEC serán responsables de:

1. Recolectar y consolidar los registros de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio remitidas por los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías que integran su red de prestadores de servicios de salud.
2. Revisar, validar y ajustar la información consolidada y dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de la información reportada trimestralmente por las IPS en relación con: i) personas con diagnóstico confirmado de VIH, ii) gestantes, iii) niñas o niños expuestos al VIH por vía materno infantil y iv) personas con tuberculosis.
3. Realizar, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social, los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer y hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio, de acuerdo con los periodos de reporte previstos en la presente resolución.
4. Garantizar la consistencia, completitud, oportunidad, veracidad y calidad de la información reportada.
5. Verificar la veracidad de la información reportada por los prestadores de servicios de salud de su red de servicios.

Parágrafo 1. Una vez las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), revisen la información de que trata el numeral 2 del presente artículo, los archivos planos resultantes de la validación de su población reportada serán remitidos, de manera consolidada desde este Ministerio, a la Cuenta de Alto Costo — CAC para su auditoría.

Parágrafo 2. Las Administradoras de Riesgos Laborales cumplirán las responsabilidades previstas en el presente artículo en relación con las patologías derivadas directamente del cubrimiento del riesgo laboral.

Artículo 6. Responsabilidades de las secretarías departamentales y distritales de salud o las entidades que hagan sus veces. Las secretarias departamentales y distritales de salud o

las entidades que hagan sus veces, serán responsables de:

1. Recolectar y consolidar los registros de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio remitidos por las secretarias municipales de salud o las entidades que hagan sus veces e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y aquellas privadas que integren su red de servicios.
2. Reportar a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la estructura de los datos solicitados en los documentos técnicos de que trata el artículo 12 de la presente resolución, los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer y hepatitis C) y las demás enfermedades de alto costo que se definan, en los periodos de reporte establecidos.
3. Garantizar la consistencia, completitud, oportunidad, veracidad y calidad de la información reportada.
4. Responder por la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación sobre la implementación de los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, Artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio a las secretarias municipales de salud y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que integren su red de servicios.

Artículo 7. Responsabilidades de los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud y los profesionales independientes, serán responsables de:

1 Recolectar y reportar con consistencia, completitud, oportunidad, veracidad y calidad a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, a las secretarias departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, según corresponda, la información de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERO) y sus precursoras, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este ministerio.
2 Realizar de manera trimestral, a través de PISIS de SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, el reporte de: i) personas con diagnóstico confirmado de VIH, ii) gestantes, iii) niñas o niños expuestos al VIH por vía materno infantil, iv) personas con tuberculosis, de acuerdo con los periodos de reporte establecidos en la presente resolución.
2. Capacitar a su personal en relación con la calidad del dato, registro y soporte clínico para

los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este ministerio.
3. Entregar a la Cuenta de Alto Costo los soportes requeridos para la auditoría de la información de los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que se definan.

Artículo 8. Responsabilidades de las organizaciones de base comunitaria (OBC) u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con IPS habilitadas. las organizaciones de base comunitaria (OBC) u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con IPS habilitadas deberán:

1. Realizar de manera trimestral, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social, el reporte de: i) personas con diagnóstico confirmado de VIH, ii) gestantes, iii) niñas o niños expuestos al VIH por vía materno infantil, iv) personas con tuberculosis, de acuerdo con los periodos de reporte establecidos en la presente resolución.
2. Entregar a la Cuenta de Alto Costo los soportes requeridos para la auditoria de la información de los reportes de las personas con VIH descritas en el numeral 1 del presente artículo.
3. Garantizar la consistencia, completitud, oportunidad, veracidad y calidad de la información reportada.
4. Garantizar el deber de confidencialidad previsto en el artículo 2.8.1.5.3 del Decreto 780 de 2016.

Artículo 9. Responsabilidades de la Cuenta de Alto Costo. La Cuenta del Alto Costo será responsable de:

1. Recibir los soportes de la atención requeridos para la auditoria de la información de los reportes de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio, que le sean remitidos por los prestadores de servicios de salud, organizaciones de base comunitaria (OBC) u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con IPS habilitadas y aquellos que sean consolidados por las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).
2. Realizar la auditoria de la información enviada de manera trimestral por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a su recepción.

3. Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la base de datos post auditoría de los registros de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C) y las demás enfermedades de alto costo y en la estructura que defina este Ministerio.
4. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, con una antelación de treinta (30) días calendario al inicio de las auditorías, los manuales, instructivos, mallas de validación y todas las herramientas de verificación utilizadas para el proceso de auditoría, sobre los cuales este Ministerio se pronunciará a más tardar dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a su radicación.
5. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, un informe detallado con los hallazgos de la auditoría y las modificaciones realizadas en las variables como resultado de este proceso.
6. Toda publicación derivada de los reportes y auditoría de personas con enfermedades ruinosas y catastróficas (ERC) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C) y las demás enfermedades de alto costo que defina este Ministerio, deberán contar con el aval previo de esta entidad, antes de su publicación.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá solicitar la modificación de los manuales, instructivos, mallas de validación y todas las herramientas de verificación utilizadas para el proceso de auditoría que estime necesarias o pertinentes con un término no inferior a un (1) mes que permita su implementación.

Parágrafo 2. La Cuenta de Alto Costo dispondrá al Ministerio de Salud y Protección Social, el acceso a los soportes de la atención, previstos en el numeral 1 del presente artículo requeridos para la auditoria, de acuerdo con el número de usuarios que determinen ambas entidades.

A la Superintendencia Nacional **Artículo 10. Responsabilidades de la Superintendencia Nacional de Salud.** de Salud le corresponde ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control que legalmente le han sido asignadas y, en relación con el reporte de la información de las enfermedades ruinosas y catastróficas de alto costo, deberá:

1. Utilizar los datos de las enfermedades de alto costo reportados por las diferentes entidades, y publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social para adelantar las acciones que, en el ámbito de sus competencias, permitan mejorar la oportunidad, continuidad y calidad de la atención para estas enfermedades.
2. Trabajar, de manera articulada, con las diferentes entidades involucradas en el registro y análisis de información, con el fin de identificar ajustes, oportunidades de mejora en los procesos de atención y establecer indicadores que faciliten la Inspección, Vigilancia y Control - IVC de los sujetos vigilados.

3. Adelantar las investigaciones e imponer las sanciones o multas a que hubiere lugar por el incumplimiento a la obligación de reportar o el incumplimiento a la obligación de reportar con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 114, 116 y 130 numeral 11 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 11. Fechas para el reporte de la información. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Entidades Responsables de los Regímenes de Excepción y Especiales, la USPEC, las secretarias departamentales y distritales de Salud o las entidades que hagan sus veces, deberán reportar la información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre: enero a marzo, hasta el 30 de abril; abril a junio, hasta 30 de julio; julio a septiembre, hasta 30 de octubre; octubre a diciembre, hasta 30 de enero del siguiente año.

Para el cálculo de los mecanismos de compensación ex post se realizará un reporte anual que comprenda del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año, con plazo de reporte al 15 de febrero del siguiente año. El primer trimestre del año 2026 deberá ser reportado a más tardar el 15 de agosto de 2026.

Artículo 12. Mecanismo de reporte. El reporte de información se realizará de acuerdo con las especificaciones técnicas contenidas en los documentos técnicos para cada una de las enfermedades ruinosas y catastróficas (ERG) y sus precursoras, VIH, artritis reumatoide, hemofilia, cáncer, hepatitis C que se relacionan a continuación, los cuales serán publicados y estarán disponibles en la página web.sispro.gov.co, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Documento técnico 1: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de ERO y sus precursoras.
2. Documento técnico 2: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de VIH. 3. Documento técnico
3: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de artritis reumatoide.
4. Documento técnico 4: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de hemofilia.
5. Documento técnico 5: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de cáncer.
6. Documento técnico 6: Estructura de los datos a reportar de las personas con diagnóstico de hepatitis C.

Parágrafo. Las actualizaciones de los documentos técnicos se publicarán con identificación de la versión, fecha de publicación, control de cambios y fecha de entrada en aplicación.

Artículo 13. Certificación de veracidad de la información. Los representantes legales de las entidades destinatarias de la presente resolución certificarán la veracidad de la información que reportan, a través del medio de certificación electrónico dispuesto para la transferencia a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 14. Validaciones y auditoría de la información. La información reportada por las entidades previstas en el artículo 2 de la presente resolución será objeto de revisión por parte de este Ministerio, sin perjuicio de la entrega de soportes para efectos de la auditoría a que se refieren los numerales 1 y 2 del artículo 9 de la presente resolución.

Artículo 15. Reporte de la Cuenta de Alto Costo en relación con los pacientes que viven con VIH. La Cuenta de Alto Costo en relación con los pacientes que viven con VIH, según la información de que trata el documento técnico 2 "Estructura de los datos a reportar de ¡as personas con diagnóstico de VIH", entregará a este Ministerio un informe anual del periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año e informes trimestrales con los indicadores priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el siguiente cronograma:

Reporte	Periodo de observación	Fecha del corte de la información	Fecha de informe trimestral
I	1 de abril del año previo al 31 de marzo del año en curso	31 de marzo del año en curso	15 de julio del año en curso
II	1 de julio del año previo al 30 de junio del año en curso	30 de junio del año en curso.	15 de octubre del año en curso
III	1 de octubre del año previo al 30 de septiembre del año en curso	30 de septiembre del año en curso	15 de enero del siguiente año
IV	1 de enero del año actual al 31 de diciembre del año en curso.	31 de diciembre del año en curso	15 de abril del siguiente año

Artículo 16. Tratamiento y protección de datos. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades previstas en el artículo 2 de la presente resolución garantizarán el cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable, en el marco de las Leyes 1266 de 2008 modificada por la Ley 2157 de 2021, 1581 de 2012, 1712 de 2014, del Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015, y las normas que las modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual son responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 17. Responsabilidad de los representantes legales. Los representantes legales de las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas serán responsables de la calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia de la información que se remita en aplicación de la presente resolución, en los términos previstos en el artículo 2.6.1.5.4 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Su incumplimiento podrá dar lugar a las sanciones y multas previstas en los artículos 116 y 131 de la Ley 1438 de 2011, este último modificado por el artículo 5 de la Ley 1949 de 2019.

Artículo 18. Transitoriedad. Durante los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente acto, las entidades destinatarias deberán enviar a este Ministerio y a la Cuenta de Alto Costo el reporte de información relacionada con las enfermedades ruinosas y catastróficas denominadas de alto costo, en los términos establecidos en esta resolución. Vencido este término reportaran directamente sólo a este Ministerio.

Artículo 19. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las resoluciones 4700 de 2008, los artículos 9, numeral 3, y 11 de la Resolución 4496 de 2012, las resoluciones 247 y 2463 de 2014, 123 y 1393 de 2015, 273 de 2019 y 994 de 2022.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.4. Resolución 1575 de 2026

Por la cual se adiciona un artículo a la Resolución 051 de 2023 y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el numeral 2 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026, en cumplimiento de la orden duodécima de la Sentencia de Unificación 297 de 2025 de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO

Que, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia de Unificación 096 de 2018 reconoce que el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) salvaguarda la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, al encontrarse en alguna de las tres causales de despenalización establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, decide poner fin al proceso de gestación; establece además, que este derecho hace parte de los derechos reproductivos, por lo que comparte su fundamento, alcance y obligaciones correlativas, y que, en su condición de derecho fundamental, vincula en su respeto y garantía a todas las autoridades públicas, a los prestadores públicos y privados del sistema de seguridad social v a los particulares.

Que la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-055 de 2022, reiteró que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) constituye un componente de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho fundamental a la salud, por lo que corresponde al Estado adoptar medidas orientadas a garantizar su acceso efectivo, oportuno, seguro y libre de discriminación, así como remover las barreras normativas, institucionales y prácticas que dificulten el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, en especial de aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, de conformidad con los principios de igualdad, dignidad humana, autonomía y acceso integral a los servicios de salud.

Que mediante Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Honorable Corte Constitucional señaló que el derecho de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo tiene dos manifestaciones esenciales: (i) una dimensión de libertad o de defensa, que reconoce a las personas gestantes la facultad de decidir de manera autónoma la interrupción del embarazo hasta la semana

veinticuatro (24) inclusive y, con posterioridad a este término, cuando se configure alguna de tes causales establecidas en te Sentencia C-355 de 2006; y (ii) una dimensión prestacional o de protección, que impone al Estado y a los particulares responsables de la prestación de servicios de salud el deber de garantizar condiciones efectivas de acceso al sistema y de remover cualquier barrera que dificulte o impida el ejercicio de este derecho.

Que el numeral 2 del articulo_24 de te Declaración de tes Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas señala que *"Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo".*

Que la Recomendación general No. 24 del año 1999, emitida por el Comité para te Eliminación de te Discriminación contra te Mujer (CEDAW), en el numeral 6 de sus antecedentes señala te necesidad de otorgar especial consideración a las necesidades y derechos en salud de las mujeres que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o desventaja, tales como migrantes, refugiadas, desplazadas internas, niñas, adultas mayores, mujeres en contexto de prostitución, mujeres indígenas y aquellas con discapacidad física o mental.

Que la Recomendación general No. 39 del año 2022 (CEDAW/C/GC/39) del mismo CEDAW, sobre los derechos de las mujeres y las niñas Indígenas, destacó dentro de las obligaciones generales de los Estados, en el acápite de "A. Igualdad y no discriminación, con especial atención a las mujeres y las niñas indígenas y a las formas interseccionales de discriminación" en los numerales 17 y 19, que las mujeres y niñas indígenas tienen derecho, a lo largo de todo su ciclo de vida, a no ser objeto de discriminación ni de vulneraciones a sus derechos humanos, así como a definir autónomamente sus proyectos y planes de vida. Asimismo, enfatizó que los derechos individuales de las mujeres y niñas indígenas no pueden ser desconocidos o sacrificados en función de intereses colectivos o comunitarios, dado que la garantía simultánea de ambas dimensiones resulta esencial para la protección integral de sus derechos humanos.

Que en el "*Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014"* (A/69/62) adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en el Sexagésimo noveno período de sesiones (12 de febrero de 2014), señala en el párrafo 246, que los Estados deben garantizar el derecho de los pueblos indígenas a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva; asegurar el acceso al más alto nivel posible de atención; respetar su medicina tradicional y sus prácticas propias de salud, en particular en lo relacionado con la reducción de la mortalidad materna e infantil; y considerar sus características socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que limitan el ejercicio efectivo de tales derechos.

Que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en la Observación general número 22 de 2016, relativa al derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señaló que los establecimientos, bienes, información y servicios de salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad y, en consecuencia, estar basados en evidencia, ser científica y médicamente apropiados y mantenerse actualizados, para lo cual se requiere personal de salud capacitado y competente, así como medicamentos y equipos científicamente aprobados; asimismo, advirtió que la falta de incorporación de los avances tecnológicos y de las innovaciones en la prestación de estos servicios, compromete la calidad de la atención.

Que la Ley 1257 de 2008 dispone en su artículo 6 el principio de no discriminación, que implica que todas las mujeres, con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas, tales como la edad, la etnia, la orientación sexual, la procedencia rural o urbana, la religión, entre otras, tengan garantizados los derechos allí previstos, mediante la definición de estándares mínimos aplicables en todo el territorio nacional y, cuando corresponda, fuera de él.

Que el artículo 7 de la precitada Ley modificado por el artículo 81 de la Ley 2136 de 2021 reconoce que, además de los demás derechos consagrados en la ley y en los tratados y convenios internacionales debidamente ratificados, las mujeres tienen derecho a no ser sometidas a ninguna forma de discriminación, así como a la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la salud sexual y reproductiva.

Que el numeral 4 del artículo 13 de la misma Ley establece, entre las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, la promoción del respeto por las decisiones de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que, a su vez, el numeral 7 del artículo 14 de dicha Ley señala que la familia debe promover el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 21 de 1991, mediante la cual se aprueba el Convenio Número 169 sobre pueblos indígenas y tribales, dispone que los pueblos indígenas y tribales deben disfrutar plenamente de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, sin ningún tipo de obstáculo o discriminación; y que el numeral 4 del artículo 25 de la misma norma establece que la prestación de los servicios de salud deberá articularse con las demás medidas de carácter social, económico y cultural que se adopten en el país.

Que mediante el Decreto Ley 1953 de 2014, se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas, respecto de la administración de los sistemas propios

de los pueblos Indígenas, hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política, lo que supone, entre otras, la atribución de competencias en materia de salud y el otorgamiento de los recursos necesarios para ejercerlas de manera directa.

Que en la sentencia T-001 de 2012 la Honorable Corte Constitucional añadió que la competencia de las autoridades de los pueblos indígenas para resolver determinados asuntos se encuentra condicionada al respeto del derecho a la vida, a la prohibición de la tortura y de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como a la garantía del debido proceso principios que prevalecen incluso sobre la diversidad étnica y cultural y respecto de los cuales existe un amplio consenso intercultural.

Que el artículo transitorio 56 de la Constitución Política facultó al Gobierno Nacional para dictar las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los territorios indígenas y su coordinación con las demás entidades territoriales, mientras el Congreso expide la ley a que se refiere el artículo 329 Superior. En desarrollo de dicho mandato, mediante el Decreto Ley 1953 de 2014 se creó un régimen especial para poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas, incluyendo el ejercicio de competencias en materia de salud y la administración de los recursos necesarios para su ejecución.

Que, posteriormente, mediante el Decreto Ley 480 de 2025 se establecieron disposiciones para la organización, funcionamiento y fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), entendido como el conjunto de políticas, principios, procesos, autoridades, saberes, prácticas y recursos mediante los cuales los pueblos indígenas garantizan el cuidado integral de la salud de conformidad con sus cosmovisiones, gobiernos propios y sistemas de conocimiento, así como su articulación y coordinación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del reconocimiento y respeto de la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Que en la Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Corte agregó *que "Dejar en manos de las autoridades comunitarias la decisión final respecto de la intención de una mujer o niña indígena de interrumpir voluntariamente el embarazo, desconoce el conjunto de obligaciones que tiene el Estado de erradicar todas las formas de violencia contra la mujer' y que "prohibir a las niñas, adolescentes y mujeres indígenas la práctica de la IVE, así como impedir su acceso al sistema de salud, constituye una forma de violencia en los términos del artículo 1o de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ".*

Que en la misma Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Corte Constitucional ordena al Ministerio de Salud y Protección Social expedir una resolución destinada a asegurar el ejercicio

efectivo del derecho de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de las mujeres y personas gestantes indígenas, estableciendo los procedimientos necesarios para garantizar dicho acceso y remover las barreras que lo impidan; para ello, dispuso que el Ministerio adopte la regulación correspondiente en el marco de sus competencias y mediante mecanismos institucionales que estime adecuados, con el fin de garantizar la prestación del servicio razón por la cual al tratarse del cumplimiento de una orden judicial dirigida a asegurar derechos fundamentales y definir procedimientos para su garantía, no resulta exigible adelantar un proceso de consulta previa.

Que mediante la Resolución 3280 de 2018, se adoptó como anexo el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, que incluye en su numeral 4.2. las indicaciones técnicas para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las condiciones fijadas por la Honorable Corte Constitucional, así como las competencias de los y las profesionales de la salud para brindar las atenciones y procedimientos relacionados.

Que mediante Resolución 051 de 2023 y en atención a lo decidido en la Sentencia C - 055 de 2022 se adoptó la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) modificando el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018.

Que la Resolución 309 de 2025, en su parte considerativa, retoma la línea jurisprudencial consolidada por la Corte Constitucional en materia de autonomía progresiva y consentimiento informado de niñas y adolescentes, incluyendo los desarrollos relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo, como fundamento para impartir orientaciones dirigidas a garantizar el derecho a la información y la participación en la toma de decisiones en salud de esta población, en el marco de la prevalencia de su autonomía y la protección reforzada de sus derechos.

Que en cumplimiento de la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018, C-055 de 2022 y SU-297 de 2025, entre otras), el Estado debe garantizar el acceso efectivo, oportuno y sin barreras a la IVE como derecho fundamental. Esta obligación es reforzada en niñas y adolescentes, dada su especial protección constitucional y los mayores riesgos biológicos y psicosociales del embarazo temprano, asociado a violencia sexual.

Que de conformidad con el reporte de Estadísticas Vitales (EEW) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2022 y 2025 se registraron 12.893 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, evidencia de graves vulneraciones de derechos. Los embarazos en niñas menores de 14 años incrementan la morbilidad y mortalidad materna,

profundizan la deserción escolar y perpetúan ciclos de pobreza. Negar o dilatar la IVE constituye violencia institucional y revictimización, por lo que se requiere fortalecer medidas regulatorias y operativas para su garantía integral.

Que el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PAREMM) implementado por este Ministerio desde el año 2022, parte del reconocimiento de que una proporción significativa de las muertes maternas en Colombia se asocia a fallas en el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud, particularmente en el manejo de emergencias obstétricas, en la atención de complicaciones prevenibles y en la respuesta tardía del sistema frente a eventos que requieren intervenciones inmediatas. El Plan enfatiza la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, reducir las demoras en la atención y garantizar rutas claras, ágiles y efectivas de atención integral, con especial énfasis en territorios rurales, dispersos y con limitaciones en la disponibilidad de talento humano médico.

Que el Plan reconoce que la Interrupción Voluntaria del Embarazo, cuando se realiza de manera oportuna, segura y conforme a la normatividad vigente, constituye una intervención clave para la prevención de la morbilidad materna extrema y de la mortalidad materna, en la medida en que evita la progresión de embarazos que ponen en riesgo la vida o la salud de la persona gestante y reduce la ocurrencia de abortos inseguros. Sin embargo, el propio diagnóstico del Plan evidencia que persisten barreras de acceso relacionadas con la insuficiente oferta de prestadores habilitados, la concentración de servicios en niveles de mayor complejidad y la dependencia exclusiva del talento humano médico para procedimientos que, desde la evidencia técnica, pueden ser realizados de manera segura por otros profesionales de la salud debidamente capacitados.

Que la Organización Mundial de la Salud (QMS), en las *“Directrices sobre la Atención del Aborto",* segunda Edición, 2024 (Abortion care guideline, second edition 2024), reconoce que el aborto constituye una intervención segura cuando se realiza conforme a estándares técnicos y puede ser practicado por distintos perfiles de personal de salud debidamente capacitado. En particular, la Recomendación No. 28 establece que, en embarazos de menos de doce (12) semanas, el manejo del aborto con medicamentos, en su totalidad o respecto de algunas de las tareas que lo integran, puede ser realizado por profesionales de enfermería y otros perfiles de personal de salud que cuenten con las competencias requeridas. A su vez, la Recomendación No. 24 indica que la aspiración al vacío para el aborto en embarazos de menos de catorce (14) semanas sea realizada, entre otros perfiles, por profesionales de enfermería debidamente competentes. De manera complementaria, la Recomendación No. 21 desaconseja la adopción o mantenimiento de regulaciones que restrinjan quién puede proveer o manejar el aborto cuando tales limitaciones resulten inconsistentes con la evidencia científica y con las orientaciones técnicas de la OMS.

Que, de conformidad con lo señalado en el Documento Técnico *"Atención Integral a personas que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo"* publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2025, el proceso de atención en salud de la IVE farmacológica antes de las doce (12) semanas puede ser ejecutado en su totalidad por una persona profesional capacitada o mediante la distribución de las diferentes intervenciones entre un equipo de salud Asimismo, el documento, con fundamento en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, reconoce que la IVE farmacológica puede ser realizada por profesionales de enfermería debidamente capacitadas, y que la IVE no farmacológica mediante aspiración al vacío, incluidas sus modalidades manual y eléctrica endouterina (AMEU/AEEU), puede ser realizada por personal de enfermería con la debida capacitación, conforme a las recomendaciones técnicas vigentes.

Que de conformidad con lo señalado en el Documento Técnico *"Guia para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE",* publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2025, se reconoce que las profesionales de enfermería, siempre que cuenten con la formación adecuada y actúen dentro de limites clínicos definidos, pueden confirmar gestaciones tempranas, prescribir y acompañar la IVE farmacológica, así como practicar la aspiración al vacío, con niveles de seguridad y eficacia comparables a los del personal médico. Asimismo, el documento precisa que las profesionales de enfermería pueden participar en la provisión de la IVE farmacológica y que la Organización Mundial de la Salud recomienda la realización de procedimientos de IVE no farmacológica por profesionales de enfermería debidamente capacitadas.

Que la ampliación de roles de profesionales de enfermería en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la IVE, constituye una estrategia esencial para avanzar en el acceso oportuno, seguro y de calidad, especialmente en territorios rurales y de difícil acceso. Dicha ampliación, además de estar sustentada en la evidencia internacional, el reconocimiento de profesionales de enfermería como agentes esenciales en la atención primaria en salud reproductiva y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, contribuye directamente al avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030, en particular aquellos dirigidos a reducir la mortalidad materna (ODS 3), mejorar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva (ODS 3.7 y 5.6) y a la disminución de desigualdades territoriales y poblacionales (ODS 10).

Que dichas directrices reconocen expresamente que los y las enfermeras, cuando cuenten con las competencias requeridas, pueden administrar medicamentos para la interrupción del embarazo y realizar procedimientos de aspiración manual endouterina en el primer trimestre, en el marco de sistemas de salud que aseguren calidad, seguridad y continuidad en la atención.

Que la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud exige que la organización de los servicios sanitarios responda a criterios de razonabilidad, proporcionalidad y evidencia científica, de manera que las restricciones relacionadas con la prestación de intervenciones en salud solo resulten admisibles cuando persigan una finalidad constitucionalmente legítima y sean necesarias para proteger bienes jurídicos superiores. En consecuencia, la reserva exclusiva de determinadas actuaciones en cabeza de un único perfil profesional no constituye un fin en sí mismo, sino un mecanismo destinado a garantizar la seguridad de las personas usuarias, razón por la cual dicha reserva debe revisarse cuando la evidencia científica disponible demuestre que otros profesionales de la salud cuentan con competencias suficientes para realizar tales intervenciones con estándares equivalentes de calidad y seguridad.

Que desde los principios de beneficencia y no maleficencia, como criterios orientadores de la práctica sanitaria, las decisiones regulatorias deben propender por maximizar los beneficios clínicos, reducir los riesgos evitables y prevenir daños derivados de barreras de acceso injustificadas a los servicios de salud. En tal sentido, cuando la evidencia científica demuestra que una intervención puede ser realizada de manera segura por profesionales de enfermería debidamente formados, entrenados y competentes, la limitación de su participación podría generar riesgos asociados a retrasos diagnósticos o terapéuticos, discontinuidades en la atención o ausencia de oferta efectiva de servicios, especialmente en territorios con dificultades de acceso al talento humano médico.

Que la autonomía profesional reconocida a la enfermería por el ordenamiento jurídico colombiano implica el ejercicio responsable de competencias científicas, técnicas y éticas propias de la profesión, de conformidad con la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004, de manera que la asunción de funciones clínicas especificas no depende exclusivamente de la denominación del cargo o profesión, sino de la acreditación de competencias, formación y experiencia que garanticen una atención segura, ética y de calidad para las personas usuarias del sistema de salud.

Que, la obligación estatal de garantizar el acceso efectivo a las tecnologías, procedimientos e intervenciones necesarias para la protección de los derechos sexuales y reproductivos exige adoptar medidas regulatorias que armonicen la autonomía profesional, la seguridad de la atención y la protección de los derechos fundamentales de las personas usuarias, privilegiando aquellas alternativas regulatorias que permitan alcanzar el mayor nivel posible de protección de la salud, la vida y la dignidad humana con la menor restricción de derechos.

Que, se hace necesario actualizar los lineamientos técnicos y operativos que desarrolla la referida Ruta Integral de Atención en Salud, con el fin de establecer las directrices que deben observar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la ejecución de las

intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de protección específica, detección temprana y educación para la salud, conforme a los enfoques de integralidad, calidad y oportunidad en la atención relacionada con la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto adicionar el articulo 10.1 a la Resolución 051 de 2023 para establecer disposiciones orientadas a garantizar el acceso oportuno, integral y sin barreras a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para las mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas, en cumplimiento de la Sentencia de Unificación' 297 de 2025 de la Honorable Corte Constitucional y, modificar el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado por la Resolución 3280 de 2018, como se establece en el anexo de la presente resolución, con el fin de actualizar las indicaciones para la atención integral de salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Adición. Adiciónese el articulo 10.1 a la Resolución 051 de 2023, el cual quedará así:

> *"**Artículo 10.1. Obligaciones para la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas**. En desarrollo de los principios de igualdad, no discriminación, enfoque diferencial étnico y garantía efectiva de los derechos fundamentales, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos, se establecen las obligaciones especificas a cargo de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los actores del sistema de salud indígena, orientadas a asegurar el acceso oportuno, integral y sin barreras a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas, en armonía con el respeto por su identidad cultural, cosmovisión y autonomía individual, de la siguiente manera:*
>
> *10.1.1. La prestación de las atenciones, intervenciones y procedimientos relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas deberá realizarse conforme a las demás reglas y obligaciones contenidas en esta resolución; garantizando en el proceso asistencial la incorporación del enfoque étnico, el respeto porla cosmovisión y la identidad cultural de las mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas. El enfoque étnico implica garantizar información culturalmente*

pertinente y comprensible, así como el acceso a intérprete o traductor cuando la lengua materna de la mujer o persona gestante no sea el español, y el respeto por sus prácticas de cuidado, sin que ello constituya una barrera para el acceso oportuno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

10.1.2. Las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a personas con pertenencia étnica indígena deberán garantizar de manera inmediata, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando la mujer o la persona gestante manifieste su decisión, sin imponer barreras de carácter administrativo, cultural, comunitario o institucional y de conformidad con lo que señala el artículo 6 de esta resolución.

10.1.3. En ningún caso las autoridades tradicionales, organizaciones comunitarias, autoridades administrativas podrán supeditar, condicionar, retrasar o impedir el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de las mujeres o personas con capacidad de gestar indígenas a decisiones colectivas, autorizaciones comunitarias, valoraciones culturales, prácticas consuetudinarias o cualquier otro requisito distinto a los previstos en esta resolución o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

10.1.4. Las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas y cualquier actor del sistema de salud indígena deberán garantizar la confidencialidad absoluta de la información relacionada con la solicitud, atención y seguimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas. En ningún caso la información clínica, administrativa o personal podrá ser divulgada, compartida o utilizada para imponer sanciones, ejercer presiones, activar mecanismos de control social, adelantar procesos disciplinarios comunitarios o cualquier forma de reproche o castigo basado en normas consuetudinarias, decisiones colectivas o valoraciones culturales.

10.1.5. Cuando se presenten barreras, limitaciones o negativas por parte de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I), o quienes hagan sus veces, o de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPS-I), las mujeres o las personas gestantes indígenas podrán acudir directamente a cualquier institución de la red pública o privada para recibir la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, sin necesidad de autorizaciones adicionales ni intermediaciones comunitarias y sin perjuicio de la imposición de sanciones a las que haya lugar.

10.1.6. Las atenciones e intervenciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo para las mujeres y personas gestantes indígenas también hacen parte de la Ruta Integral de

Atención en Salud Materno Perinatal y deben llevarse a cabo de acuerdo con las indicaciones relacionadas con esta atención previstas en el numeral 4.2 del lineamiento técnico y operativo adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018.

10.1.7. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red pública o privada brinde las atenciones relacionadas con la IVE a una mujer o persona gestante perteneciente a un pueblo indígena, como consecuencia de la imposibilidad, negativa u obstaculización por parte de la entidad del sistema de salud indígena correspondiente, tendrá derecho al reconocimiento y compensación de los costos en que haya incurrido.

Dicho reconocimiento se realizará conforme a las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el pago por parte de la entidad responsable del aseguramiento o, en su defecto, con cargo a los mecanismos de financiación definidos en el Decreto 780 de 2016 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

La validación y reconocimiento del valor facturado deberá efectuarse conforme a las tarifas, manuales y reglas de contratación vigentes, sin que puedan oponerse objeciones fundadas en la ausencia de autorización previa por parte de autoridades indígenas, o en controversias de competencia entre prestadores o aseguradores. En ningún caso el trámite de reconocimiento podrá generar dilaciones que afecten el acceso oportuno a la atención ni trasladar caigas administrativas o financieras a la persona gestante.

Parágrafo. El reconocimiento y compensación de los costos deberá realizarse conforme a los principios de eficiencia, oportunidad, transparencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar."

Artículo 3. Modificación. Modifíquese el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado por la Resolución 3280 de 2018, de conformidad con el anexo de la presente resolución, con el objetivo de actualizar las disposiciones orientadas a garantizar la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Artículo 4. Orientaciones para profesionales de enfermería. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (03) meses siguientes contados a partir de la publicación del presente acto administrativo, establecerá mediante documento técnico que será publicado en la página web de este Ministerio, las orientaciones para la ejecución por parte de los profesionales de enfermería, de procedimientos para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de conformidad con las disposiciones previstas en el Lineamiento Técnico y Operativo

de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201575%20de%202026.pdf

2.3.5. Resolución 1641 de 2026

Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y se deroga la Resolución 196 de 2026

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 2.2.4.2.2.7 y el numeral 5 del artículo 2.2.4.2.5.2 del Decreto 1072 de 2015, en desarrollo del artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que, el artículo 48 de la Constitución Política consagra la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio, cuya prestación se encuentra bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y que debe desarrollarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, disponiendo además que los recursos destinados a su financiación tienen destinación específica y no pueden ser utilizados para fines distintos a los previstos constitucional y legalmente.

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

Que, mediante la Resolución 196 de 2026 se modificó el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales incluyendo los tipos de aportantes y cotizantes *"35. Concejal municipal o distrital", "36. Concejal municipal, distrital o edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "51 - Trabajador de tiempo parcial", "71. Ley de Segundas Oportunidades" y 73 Interno de Medicina, y, adicionalmente, se modificó el nombre y la aclaración del tipo de cotizante "19. Aprendiz en etapa productiva",* con fundamento en cambios normativos detallados en su parte considerativa.

Que, mediante el Decreto 1426 de 2025, *"Por el cual se adiciona el Título 11 a la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Educación, para incorporar el*

Servicio Social para la Paz creado mediante la Ley 2272 de 2022" se dispone que las entidades líderes de cada modalidad de Servicio Social para la Paz deberán adelantar los trámites necesarios para la afiliación de los promotores de este Servicio al Sistema General de Riesgos Laborales, precisando en el parágrafo segundo de su artículo 2.3.11.5.3., que este Ministerio deberá realizar las adecuaciones correspondientes en el Formulario Único de Afiliación y reporte de novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, así como en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), resultando procedente efectuar la aclaración del tipo de aportante *"16 - Pagador Promotor del Servicio Social para la Paz".*

Que, mediante la Resolución 2064 de 2025, se modificó, entre otros, la definición del tipo de cotizante *"51-Trabajador de tiempo parcial",* con el fin de permitir que los trabajadores independientes con ingresos inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente realicen aportes a pensión, riesgos laborales y cajas de compensación familiar por periodos inferiores a un mes, en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 34 de la Ley 2466 de 2025; no obstante lo anterior, dado que este tipo de cotizante se encuentra actualmente incorporado en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) para la realización de aportes obligatorios al Sistema del Subsidio Familiar, se hace necesario ajustar su definición para que este tipo de cotizante sea utilizado por quienes aporten al Sistema de Seguridad Social Integral en calidad de trabajadores dependientes y, a su vez, adicionar un nuevo tipo de cotizante que permita a los trabajadores independientes con ingresos inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, efectuar aportes a pensión y riesgos laborales, asi como a las cajas de compensación familiar, de manera voluntaria.

Que, el inciso primero del artículo 65 de la Ley 2466 de 2025 relativo a la vinculación de trabajadores dependientes en condiciones de vulnerabilidad, establece que, para fomentar la formalización laboral, las personas vinculadas laboralmente podrán permanecer en el régimen subsidiado de salud por un plazo de seis (6) meses, siempre que pertenezcan a la población en pobreza extrema, pobreza moderada o en condición de vulnerabilidad, conforme con la focalización que determine el Gobierno nacional, sin perjuicio de su acceso a las prestaciones sociales y económicas del régimen contributivo.

Que, en cumplimiento del referido artículo, este Ministerio expidió la Resolución 611 de 2026, por la cual se definen las condiciones de permanencia en el régimen Subsidiado de salud de las personas vinculadas laboralmente pertenecientes a la población en pobreza extrema, pobreza moderada y en condición de vulnerabilidad, estando obligado el empleador a efectuar los aportes a los Sistemas Generales de Pensiones y de Riesgos Laborales, así como a las Cajas de Compensación Familiar, al SENA y al ICBF.

Que, mediante la Resolución 2451 de 2025, la Unidad Administrativa Especial' Migración

Colombia implemento el Permiso Especial de Permanencia para representantes legales o custodios de niñas, niños y adolescentes (PEP-TUTOR) como documento de identificación que permite la regularización de la población migrante venezolana, para su permanencia en el territorio nacional, en los términos del Decreto 1209 de 2024, razón que conduce a incorporarlo a los tipos de documento de identificación admisibles en el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales.

Que, el Decreto 271 de 2026 adicionó el Capítulo 8 al Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, en relación con la Red de Protección Social para la Vida de las personas recicladoras de oficio, estableciendo en su artículo 2.2.9.8.9 que las organizaciones de recicladores de oficio serán responsables de la afiliación y del pago de los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales de los recicladores de oficio asociados, sobre una base de cotización de un (1) salario mínimo legal mensual vigente por mes completo.

Que, a través de la Resolución 1529 de 2026 *"Por medio de la cual se modifican los Anexos Técnicos 2 y 3 de la Resolución 2388 de 2016, en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1426 de 2025, el artículo 1 del Decreto 271 de 2026 y el artículo 13 de la Resolución 611 de 2026, y se dictan otras disposiciones.",* se incorporan variables y validaciones en la estructura de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), relacionadas con la aclaración del tipo de cotizante "*16 - Pagador Promotor del Servicio Social para la Paz"; inclusión del documento de identificación del PEP-TUTOR; la creación de tipo de aportante y cotizante "17 Pagador Recicladores de Oficio", "74. Reciclador de Oficio". "75. Dependiente con permanencia en el Régimen Subsidiado" y "76- Trabajador de tiempo parcial Independiente",* aspectos que igualmente deben incorporarse en el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales.

Que, atendiendo ajos cambios normativos señalados, se hace necesario adoptar un nuevo Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, en reemplazo del adoptado por este Ministerio mediante la Resolución 196 de 2026, de manera que este describa de manera fiel las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrollan las actividades laborales de los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y su instructivo de diligenciamiento, contenidos en los Anexos Técnicos No. 1 y No. 2 que hacen parte integral de la

presente resolución y derogar, en consecuencia, la Resolución 196 de 2026.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las Administradoras de Riesgos Laborales; a los aportantes obligatorios y voluntarios al Sistema General de Riesgos Laborales; a las entidades territoriales certificadas en educación, a las instituciones de educación, a las escuelas normales superiores; a las entidades, empresas o instituciones públicas o privadas donde se realicen prácticas por parte de los estudiantes; a las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta; a la entidad o persona natural contratante que suscriba convenios o contratos para la modalidad de trabajo penitenciario indirecto: a las entidades públicas sin ánimo de lucro o no gubernamentales, que dispongan plazas para la prestación de servicios de utilidad pública como pena sustitutiva de la prisión; a las entidades líderes de cada modalidad del Servicio Social para la Paz así como a los promotores de este servicio; al pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las Juntas Administradoras Locales; empresas que contraten laboralmente a personas que hayan cumplido su condena y recuperado su libertad por la comisión de los delitos en Colombia de acuerdo con lo contenido en la Ley 599 de 2000 o en el exterior, o cumpliendo pena con permiso de trabajo, libertad condicional o suspensión provisional de pena con autorización de trabajo, o cuyos socios o accionistas hagan parte de dicha población; a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas donde se realizan las actividades de médicos internos e Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrezcan programas de pregrado en medicina y reporten estudiantes que realizan el internado rotatorio; a quienes se identifiquen con permiso especial de permanencia para representantes legales o custodios de niñas, niños y adolescentes (PEP-TUTOR) y a las organizaciones de recicladores de oficio.

Artículo 3. inspección, vigilancia y control. Corresponderá a las direcciones territoriales del Ministerio del Trabajo efectuar la inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución conforme con lo dispuesto por los artículos 84 y 91 del Decreto Ley 1295 de 1994 este último modificado por el artículo 15 de la Ley 1562 de 2012, y el numeral 3 del artículo 2.2.4.2.2.21. del Decreto 1072 de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 4. Transitoriedad. Para las poblaciones detalladas en este artículo, el registro de afiliación y reporte de novedades en los términos previstos en la presente resolución, deberá efectuarse atendiendo a los siguientes términos:

1. A partir del 1 de agosto de 2026, para los trabajadores de tiempo parcial independientes.
2. A partir del 1 de noviembre de 2026 para los trabajadores dependientes con permanencia en el Régimen Subsidiado.

Artículo 5. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y surte efectos a partir de la fecha en que sea publicada en el Diario Oficial, salvo para las poblaciones previstas en el artículo anterior, para quienes una vez vencidos tales términos quedará derogada la Resolución 196 de 2026.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201641%20de%202026.pdf

2.3.6. Resolución 1642 de 2026

Por la cual se establecen los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de las personas afiliadas, se adopta la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud, se definen obligaciones en materia de transparencia y acceso a la información y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades, en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, en desarrollo del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el articulo 2.5.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación. En armonía con lo anterior, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, obligando al Estado a asegurar el acceso a información oportuna, suficiente, comprensible y de calidad para su ejercicio efectivo.

Que la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008 en su orden vigésimo-octava (28), dispuso asegurar que, al momento de la afiliación, se entregue a toda persona la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en términos claros y accesibles. Mandato que fue reiterado por el Auto 264 de 2012, ordenando a este Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud verificar la entrega material y efectiva de dichos documentos e imponer las sanciones pertinentes ante su incumplimiento. Adicionalmente, la Sentencia C-313 de 2014 declaró la exequibilidad de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y reafirmó la garantía del derecho fundamental a la salud, incluido el acceso a información clara, suficiente y oportuna como elemento clave de su núcleo esencial.

Que en cumplimiento del artículo 15 de la Carta Política, las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, así como el Decreto 1377 de 2013, establecen el régimen de protección de datos personales. En consecuencia, el tratamiento de la información capturada en el marco de la presente Resolución deberá observar estrictamente los principios de finalidad, veracidad y seguridad, siendo los sujetos obligados responsables de garantizar la privacidad y el derecho al Habeas Data de los

titulares.

Que el numeral 3.8 del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 consagra la calidad como uno de los principios rectores del Sistema, orientando la prestación de los servicios hacia el mejoramiento continuo, la atención segura, oportuna e integral y la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas. En ese marco, la actualización de la Carta de Derechos y Deberes y de la Carta de Desempeño constituye un instrumento para fortalecer la atención humanizada, el acceso a información clara y comprensible, la participación de las personas afiliadas y la garantía efectiva de sus derechos.

Que, en observancia de los principios de transparencia y acceso a la información pública, la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1083 de 2015 imponen a las entidades estatales el deber de gestionar y publicar información bajo estándares de transparencia proactiva, mediante formatos abiertos y reutilizables que faciliten el control social y aseguren que la ciudadanía cuente con datos claros para ejercer su derecho a la libre escogencia de asegurador.

Que el Decreto 1081 de 2015 establece los lineamientos de la política de datos abiertos del Estado colombiano, imponiendo a las entidades públicas el deber de publicar información en formatos abiertos, accesibles y reutilizables, con el fin de promover la transparencia, la participación ciudadana y el control social, principios que orientan la disposición del tablero ciudadano y la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud.

Que la regulación vigente, contenida principalmente en las Resoluciones 1379 de 2015 y 229 de 2020, establecen los lineamientos que deben observar las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para la elaboración y entrega de la Carta de Derechos y Deberes de la persona afiliada, y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como de la carta de desempeño; sin embargo, los mecanismos de verificación basados en reportes periódicos pueden generar cargas administrativas excesivas y afectar la inmediatez de la información, resultando necesario optimizar dichos procesos bajo los principios de eficiencia, economía y celeridad previstos en el artículo 209 de la Constitución Política.

Que la integración de estos mecanismos en una aplicación móvil permite la transición de esquemas manuales hacia un modelo de monitoreo continuo y captura directa de información, lo cual dota al sistema de mayor trazabilidad, reduce la intermediación en el reporte y fortalece el empoderamiento del usuario frente a sus derechos y deberes.

Que la actualización de los contenidos de la Carta resulta imperativa para integrar desarrollos normativos y jurisprudenciales recientes, específicamente en materia de muerte digna, cuidados

paliativos, voluntades anticipadas, participación ciudadana y enfoques diferenciales.

Que, para efectos de la unificación y actualización de la normativa relacionada con el derecho a morir con dignidad este Ministerio expidió la Resolución 813 de 2026, en conformidad a los ordenamientos de las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021, T-048 de 2023, T-239 de 2023, T-445 de 2024, T-057 de 2025 y T-438 de 2025 decisiones que integran la línea jurisprudencial aplicable en esta materia.

Que el Auto 549 de 2018 de la Corte Constitucional reiteró la necesidad de actualizar dicha regulación para incorporar nuevas categorías de derechos, incluyendo el derecho a morir dignamente, y fortalecer los mecanismos de seguimiento mediante herramientas que garanticen la veracidad y oportunidad de la información.

Que en virtud de los fundamentos constitucionales, legales y jurisprudenciales expuestos, resulta necesario actualizar y unificar en un solo instrumento normativo los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptar la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud como mecanismo de monitoreo continuo, y establecer obligaciones claras en materia de transparencia y acceso a la información, incorporando los desarrollos normativos y jurisprudenciales recientes en materia de humanización y enfoques diferenciales, razones por las cuales resulta imperativo la derogatoria de las Resoluciones 1379 de 2015 y 229 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE
Capítulo 1
Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto establecer los lineamientos para la elaboración, actualización, divulgación y entrega de la Carta de Derechos y Deberes de las personas afiliadas, regular la Carta de Desempeño como instrumento de información pública sobre la calidad de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces adoptar la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud (ENUS) como instrumento oficial para la medición de la experiencia del usuario y del desempeño de los actores del sistema de salud, y definir las obligaciones en materia de transparencia y acceso a la información dé conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Articul0 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente Resolución son de obligatorio

cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los gestores farmacéuticos y la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos en esta resolución.

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

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la Presente Resolución, adóptense las siguientes definiciones:

1. **Afiliado nuevo**: persona que se inscribe por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) o que se traslada a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o quien haga sus veces.

2. **Afiliado antiguo:** persona que ya se encuentra afiliada a la EPS, independientemente de su fecha de vinculación, y que no ha realizado traslados en los últimos seis (6) meses.

3. **ENUS:** Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud, instrumento digital de captura continua de la experiencia del afiliado sobre la calidad y oportunidad de los servicios recibidos.

4. **Datos abiertos en salud:** conjuntos de datos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin restricciones de acceso, que facilitan el control ciudadano sobre el SGSSS.

5. **Carta de Derechos y Deberes:** documento de obligatoria entrega a toda persona afiliada o que se afilie al SGSSS, que contiene el catálogo de derechos y deberes en materia de salud, redactado en lenguaje claro, sencillo y accesible.

6. **Carta de Desempeño:** documento que contiene información sobre los indicadores de calidad de la EPS y de su red de prestadores de servicios de salud, basado en los resultados de la ENUS y del Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Capítulo 2
Reporte de información

Artícu|0 4. Obligación de entrega universal. Las EPS o quienes hagan sus veces deberán entregar la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño a toda persona al momento de su afiliación o traslado y, al menos una (1) vez por año, a la totalidad de sus afiliados activos.

1. **Para afilados nuevos**: entrega física previa al diligenciamiento del formulario de afiliación, o entrega a través de medios electrónicos o digitales, cuando exista consentimiento previo, expreso e informado del afiliado, en los términos de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan el tratamiento de datos personales.
2. **Para afiliados antiguos:** publicación permanente y visible en el portal web de la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, aplicación móvil, redes sociales y demás medios de los que disponga; notificación al correo electrónico o al número celular registrado con ocasión de cada actualización de la Carta.
3. **Para Usuarios Suspendidos o Intermitentes:** la obligación de entrega anual se entenderá cumplida con un único envío efectivo por año. En caso de usuarios en estado de "Suspendido por mora" al momento del corte, la EPS deberá garantizar la entrega del documento de manera inmediata tras la reactivación del servicio, siempre que no se haya acreditado una entrega previa dentro de la misma vigencia.

Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces deberán contar con mecanismos de inclusión, acciones afirmativas y ajustes razonables para garantizar que las personas con discapacidad, adultos mayores y personas sin acceso a herramientas digitales conozcan sus derechos y deberes.

Respecto a las comunidades étnicas o personas que no comprendan el idioma español, el uso de lenguas nativas se aplicará bajo criterios de proporcionalidad y representatividad territorial. En casos de baja incidencia poblacional, la entidad podrá dar cumplimiento a esta obligación mediante mecanismos alternativos de divulgación, tales como piezas gráficas universales o apoyos audiovisuales lúdicos que garanticen la comprensión de los contenidos esenciales de la Carta, conforme a lo definido en el lineamiento técnico que para tal efecto expedirá este Ministerio.

Parágrafo 2. La entrega a afiliados nuevos en forma impresa deberá estar acompañada del cuestionario de verificación establecido en el artículo 5o de la presente Resolución.

Parágrafo 3. Como herramienta de apoyo para la divulgación, entrega y socialización de la información, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán diseñar y difundir ayudas digitales y audiovisuales de carácter pedagógico o lúdico, que contengan los aspectos esenciales de la Carta de Derechos y Deberes y de la Carta de Desempeño.

Estas ayudas deberán garantizar condiciones de accesibilidad mediante el uso de lenguaje claro, sencillo e incluyente, asi como la incorporación de subtítulos y demás herramientas de apoyo. El material deberá estar disponible en un lugar visible y de fácil acceso en la página principal del sitio web de la entidad, la aplicación móvil, las redes sociales institucionales y los puntos de atención al usuario municipales y departamentales. Su contenido deberá mantenerse actualizado mediante revisión anual o cuando se presenten cambios normativos que modifiquen el catálogo de derechos y deberes.

Artículo 5. Verificación digital de entrega. La validación de la entrega y comprensión de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por parte del añilado se realizará a través del aplicativo móvil que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá ser operado por las Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces, mediante el módulo de "Confirmación de Recepción" habilitado en dicha plataforma, sin perjuicio de la utilización de otros mecanismos alternativos físicos o digitales. El contenido del cuestionario de verificación será definido y actualizado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante un lineamiento técnico.

Inmediatamente después de la afiliación, el usuario deberá responder en la plataforma digital un cuestionario de verificación que permita confirmar la recepción de la información y evaluar su comprensión, en el dispositivo móvil que suministre la EPS para tal efecto. El diseño, estructura y criterios de validación del cuestionario serán los definidos en el artículo 6° de la presente Resolución.

La plataforma digital garantizará condiciones de accesibilidad e inclusión para todos los usuarios, mediante mecanismos que faciliten la participación efectiva de personas con discapacidad física, auditiva y visual. Para tal efecto, adoptará los ajustes razonables necesarios para eliminar las barreras de acceso en el proceso de recolección de información en concordancia con la Ley 1618 de 2013, la Ley 1346 de 2009, la Norma Técnica Colombiana (NTC) 5854 sobre accesibilidad web y la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

En zonas sin disponibilidad de servicio de telefonía móvil o conectividad a internet, así como cuando el afiliado manifieste no contar con dispositivo o no encontrarse familiarizado con las herramientas digitales, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán habilitar mecanismos físicos alternativos de verificación que serán transmitidos posteriormente al aplicativo móvil oficial. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los formatos físicos y los protocolos de cargue posterior.

Parágrafo 1. El mecanismo de verificación previsto en el presente artículo aplicará igualmente

para los afiliados que se vinculen o trasladen a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los mecanismos técnicos necesarios para su implementación.

Parágrafo 2. Las respuestas registradas por el afiliado en el aplicativo móvil oficial quedarán almacenadas en la plataforma que defina el Ministerio y se asociarán de manera univoca al documento de identidad del usuario. El tratamiento de estos datos observará estrictamente los principios de finalidad, veracidad y seguridad, bajo protocolos de cifrado y estándares de integridad administrados por la Dirección Estratégica de Tecnología de la Información, en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012. Esta información estará disponible exclusivamente para fines de trazabilidad, verificación e inspección por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 6. Instrumento de medición. El cuestionario de verificación previsto en el artículo 5o de la presente Resolución se diseñará como un instrumento de medición que evalúe, no solo la confirmación de la recepción de la información, sino también el nivel de comprensión del afiliado. Su estructura podrá incluir preguntas de tipo dicotómico (SÍ/NO), sin limitarse exclusivamente a este formato, e incorporará ítems orientados a evaluar la interpretación y apropiación de los contenidos esenciales de la Carta de Derechos y Deberes y de la Carta de Desempeño.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, mediante lineamiento técnico, los criterios de diseño, validación y ajuste del cuestionario, garantizando como mínimo: i) la reducción de sesgos de respuesta; ii) la evaluación de la comprensión efectiva del afiliado; iii) la consistencia interna del instrumento; y iv) la verificación del conocimiento de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño. Asimismo, deberá asegurar su aplicabilidad en contextos diferenciados.

Capítulo 3
Carta de derechos y deberes

Artículo 7. Características de la Carta de Derechos y Deberes. La Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1 Redactada en lenguaje claro, sencillo y accesible, desprovisto de tecnicismos; inclusiva, comprensible para cualquier persona independientemente de su nivel educativo, condición económica, social o cultural, y disponible en lenguas nativas reconocidas por la Ley 1381 de 2010, teniendo en cuenta el perfil de los afiliados a la EPS de ambos regímenes o quien haga sus veces.
2. Organizada con información regional o nacional, de acuerdo con la cobertura geográfica de la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces.

3. Publicada permanentemente en la página web de la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces en lugar visible y de fácil acceso, y en el aplicativo móvil oficial que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Revisada y actualizada dentro de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados desde la entrada en vigor de cualquier norma que modifique la Carta de derechos y deberes.
5. Contener, como mínimo, los capítulos señalados en el artículo 8o de la presente

Artículo 8. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes. La Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada contendrá, como mínimo, los siguientes capítulos:

8.1 Capitulo de información general del sistema. Proporcionará al afiliado la información básica para comprender el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y ejercer sus derechos. Incluirá, como mínimo:

1. Atención de urgencias. Información sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red de urgencias, con nombre, dirección, teléfono y servicios disponibles. Se informará de manera. expresa que la atención de urgencias no requiere autorización administrativa previa entre el prestador y la EPS, ni está condicionada a la cancelación de pago alguno, ni a la pertenencia a la red de la EPS.
2. Eliminación de barreras administrativas. Información sobre la garantía de acceso oportuno, ágil y continuo a los servicios de salud, sin imposición de trámites innecesarios para las personas usuarias. En consecuencia, no podrán exigirse autorizaciones, firmas, sellos, desplazamientos o gestiones adicionales distintas de las previstas en la normatividad vigente.
3. Glosario. Definiciones en lenguaje ciudadano de los términos esenciales del sistema: afiliado, beneficiario, cotizante, cobertura, copago, cuota moderadora, demanda inducida, enfermedad de alto costo, inscripción, libre escogencia, movilidad, portabilidad, novedades, plan de beneficios, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, régimen contributivo, régimen subsidiado, tecnología de salud, traslado y triage.
4. Inexistencia de períodos de carencia. Información expresa de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud no contempla períodos de carencia ni restricciones a los servicios por traslado de EPS.
5. Mecanismos de acceso a servicios. Descripción detallada de los procedimientos, dependencias y tiempos para solicitar y obtener la prestación de servicios electivos incluidos en el plan de beneficios en salud, así como los canales para acceder a urgencias.
6. Muerte digna. Información general que dé cuenta de la existencia del derecho fundamental a morir con dignidad como parte integrante del derecho a la vida digna.
7. Pagos de copagos y cuotas moderadoras. Información sobre los valores y rangos de cuotas moderadoras y valores, rangos y topes de copagos, aplicables según el régimen y la

condición del afiliado, así como los servicios y condiciones que están exentos de su pago.

8. Plan de Beneficios en Salud. Descripción accesible de las tecnologías en salud a las que tiene derecho el afiliado conforme a la normativa vigente, que incluye actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud.
9. Red integral e integrada de salud. Descripción de la red de IPS habilitadas dispuestas para la prestación de servicios que incluya nombre, ubicación geográfica, dirección, teléfono, página web, redes sociales, tipo de servicio contratado y nivel de complejidad.
10. Servicios de demanda inducida. Descripción de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública que la EPS debe ofrecer proactivamente al afiliado.
11. Servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. Identificación de los procedimientos y términos para solicitar, ante la EPS o la entidad competente, el acceso a servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud pero que, a juicio del médico tratante, sean necesarios para preservar la vida la salud o la dignidad del afiliado.
12. Transporte y estadía. Condiciones, procedimientos y términos para acceder al transporte y la financiación de la estadía cuando aplique, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud fuera del municipio de residencia del afiliado.

8.2 Capítulo de derechos de la persona afiliada y del paciente. Se indicará expresamente que todo afiliado, sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, idioma, religión, creencia, cultura, opiniones políticas, origen, condición social o económica, tiene derecho a:

1. **Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz. Incluye, entre otros:**

a) Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción, a las tecnologías en salud: actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, servicios y procedimientos que no estén expresamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud.
b) Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables determinar su condición de salud y orientar las decisiones clínicas.
c) Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad, así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos.
d) Recibir atención de urgencias en cualquier institución prestadora de servicios de salud del país, sin requerir documento de autorización, pago previo ni pertenencia a la red de

la EPS.

e) Recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible incluyendo las atenciones derivadas del ejercicio del derecho a morir con dignidad.
f) Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de salud la red de la EPS o quien haga sus veces, ante dudas sobre su diagnóstico o manejo.
g) Acceder a los servicios de salud de manera continua y sin que su atención sea interrumpida por razones administrativas o económicas.
h) Que la EPS autorice y tramite, directamente con los prestadores, los servicios ordenados por su médico tratante, sin trasladar al afiliado cargas administrativas propias de la entidad.
i) Acreditar su identificación únicamente con el documento de identidad o cualquier mecanismo tecnológico equivalente; la EPS, o quien haga sus veces no podrá exigir carné, fotocopias ni autenticaciones adicionales.
j) Recibir prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad, aún ante falta de pago oportuno de cotizaciones, cuando la EPS, o quien haga sus veces no haya agotado los mecanismos de cobro disponibles,
k) Recibir atención integral en un municipio diferente al de residencia cuando se traslade temporalmente por más de un mes y hasta doce meses.

2. **Protección a la dignidad humana. Incluye, entre otros:**

a) Recibir un trato digno, respetuoso e igualitario en todas las etapas de la atención, sin discriminación de ninguna naturaleza. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable.
b) Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.
c) Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo, con acceso oportuno y sin que se puedan cobrar copagos ni cuotas moderadoras.
d) Elegir, dentro de las opciones del derecho morir con dignidad conforme a sus valores y preferencias personales, incluyendo el rechazo de intervenciones que prolonguen el sufrimiento.

3. A la información. Incluye, entre otros:

a) Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas, reclamos y denuncias, así como obtener una respuesta oportuna, de fondo y debidamente motivada.
b) Mantener comunicación permanente y clara, objetiva, apropiada a sus condiciones

psicológicas y culturales, con el personal de salud sobre su condición clínica, diagnósticos y pronóstico, así como de los riesgos, beneficios de los procedimientos y tratamientos según corresponda.

c) Que los menores de 18 años reciban información adecuada a su desarrollo cognitive y madurez, así como el contexto en el que se encuentra de parte de los profesionales de la salud, y a través de sus padres, representantes legales o cuidadores.

d) Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada en los casos de interrupción voluntaria del embarazo o eutanasia, garantizando la continuidad de la atención con un profesional no objetor.

e) Revisar y recibir información sobre los costos de los servicios prestados.

f) Solicitar copia de su historia clínica y recibirla en un término máximo de cinco (5) días calendario, si el envío es electrónico y el afiliado lo autoriza, no tendrá costo.

4. A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia. Incluye, entre otros:

a) Elegir libremente al asegurador, al médico y a los profesionales de salud, asi como a las instituciones de la red disponible de la EPS.

b) Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibirlos en contra de su voluntad.

c) Suscribir un documento de voluntad anticipada en el que declare libremente sus preferencias sobre el cuidado de su salud al final de la vida y sobre las opciones del derecho a morir con dignidad.

d) Que, en caso de incapacidad para la toma de decisiones en salud o estado de inconsciencia de un mayor de edad, sus representantes legales consientan,

e) Elegir libremente al asegurador, al médico y a los profesionales de salud, asi como a las instituciones de la red disponible de la EPS.

f) Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibirlos en contra de su voluntad.

g) Suscribir un documento de voluntad anticipada en el que declare libremente sus preferencias sobre el cuidado de su salud al final de la vida y sobre las opciones del derecho a morir con dignidad.

h) Que, en caso de incapacidad para la toma de decisiones en salud o estado de inconsciencia de un mayor de edad, sus representantes legales consientan, donación de órganos.

5. A la confidencialidad. Incluye, entre otros:

a) Que su historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada, y que únicamente pueda ser conocida por terceros con su autorización previa o en los casos previstos en la ley.
b) Que los adolescentes entre 12 y 18 años vean reconocida la reserva de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

6. **A la asistencia religiosa y espiritual:** Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención que recibe.
7. **Acceso a medicamentos esenciales:** Recibir los medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para su tratamiento sin barreras de acceso injustificadas. La EPS no podrá negar medicamentos o tecnologías prescritas por el médico tratante invocando exclusivamente razones administrativas o de costo.
8. **Acceso a tecnologías en salud:** Recibir de manera oportuna y sin barreras injustificadas las tecnologías en salud requeridas para su atención, incluyendo dispositivos médicos, insumos y demás tecnologías prescritas por el profesional tratante.
9. **Enfoque diferencial, intercultural y de género:** Recibir atención en salud con enfoque diferencial que reconozca y respete las particularidades de los grupos étnicos, las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad y las personas con orientación sexual o identidad de género diversa.
10. **Atención en salud mental como derecho fundamental:** Recibir atención integral en salud mental en condiciones de igualdad con los demás servicios de salud sin estigma ni discriminación.

8.3 Capítulo de muerte digna. Reconociendo que el derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y que la garantía de este derecho, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), comprende las atenciones en salud y el cuidado integral del proceso de muerte, este capítulo incluirá:

1. **Glosario específico.** Debe incluir las siguientes definiciones en lenguaje claro:

a) Derecho fundamental a morir con dignidad: El derecho a morir con dignidad enmarca las facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte, en conformidad a valores, principios, creencias e ideología del titular del derecho.
b) Cuidados paliativos: cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad grave e incurable, lesión corporal o condición clínica de fin de vida, en los que el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo.

c) Adecuación de esfuerzos terapéuticos (AET): ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés del paciente ni representan una vida digna para este.
d) Eutanasia: procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada, a una persona que ha realizado la solicitud voluntaria, informada e inequívoca, al encontrarse en una condición de salud extrema, la cual le genera sufrimiento intratable e irremediable.
e) Condición de salud extrema. Situación médica derivada de un diagnóstico clínico comprobado, que se caracteriza por una alteración fisiopatológica grave, que compromete significativamente la vida del paciente, afectando el pronóstico de vida, la respuesta a tratamientos y la funcionalidad. Esta condición debe ser percibida por el paciente como dolorosa, inhumana, degradante, insoportable, abrumadora o incompatible con su concepto de vida digna, y puede ser ocasionada por una enfermedad grave e incurable, una lesión corporal o estar ocasionada por una condición clínica de fin de vida.
f) Enfermedad grave e incurable: Diagnóstico(s) objetivo(s), clínicamente validado(s) en el (los) cual(es) se presentan condiciones de agotamiento de alternativas de curación, paliación y alivio sintomático, y que puede generar una condición de salud extrema.
g) Lesión corporal: Alteración irreversible de la integridad física, que involucra la pérdida de uno o varios sistemas orgánicos debido a una causa externa.
h) Condiciones clínicas de fin de vida: Estadios clínicos del proceso de muerte, diferenciados por la capacidad del organismo para responder a los tratamientos y la proximidad al momento de la muerte.

2. Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente. Todo afiliado, sin restricciones, tiene derecho a:

a) Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
b) Recibir información sobre los servicios de cuidados paliativos disponibles en la red de la EPS, de acuerdo con la indicación clínica según su condición de salud extrema.
c) Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y el alivio del dolor y el sufrimiento secundario a la condición de salud extrema.
d) Ser informado de los derechos al final de la vida, incluyendo las opciones del derecho a morir con dignidad dentro del sistema general de seguridad social en salud, a saber cuidados paliativos, adecuación de los esfuerzos terapéuticos y eutanasia.
e) Estar enterado de su diagnóstico, condición y pronóstico de vida; el paciente podrá negarse a recibir dicha información o decidir a quién debe entregarse.
f) Rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos o

tratamientos que se consideren fútiles o desproporcionados, no razonables o que no respondan a su concepto de vida digna.

g) Solicitar que se inicie la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, en consonancia con su derecho a morir dignamente y a que se prevenga la obstinación terapéutica y se busque una muerte oportuna.
h) Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.
i) A que le sea garantizado el proceso de manejo de la solicitud de eutanasia y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático o cuidados proporcionales.
j) Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.
k) Recibir por parte de todos los profesionales de la salud, representantes de la EPS e IPS una atención imparcial y neutral en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
l) Ser informado de la existencia de objeción de conciencia del médico designado para la eutanasia, con garantía de acceso inmediato a un profesional no objetor.
m) Recibir apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, de manera constante, antes, durante y el proceso de manejo de la solicitud de eutanasia.
n) Suscribir un documento de voluntad anticipada que exprese sus preferencias al final de la vida, de acuerdo con la normativa vigente.
o) Expresar sus preferencias sobre el lugar donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.

3. Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente. El paciente deberá:

a) Informar al médico tratante y al personal de salud sobre la existencia de un documento de voluntad anticipada.
b) Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para valorar su condición de salud extrema, y para ofrecer la atención de forma proporcional y racional.

8.4 Capítulo de deberes de la persona afiliada y del usuario de salud. Son deberes de la persona afiliada y del paciente, los siguientes:

1. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad, atendiendo las recomendaciones del personal de salud y los programas de promoción y prevención.
2. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud

de otras personas.

3. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con quienes se relacione durante el proceso de atención.
4. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los recursos del sistema.
5. Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y actuar de buena fe frente al sistema.
6. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.
7. Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

8.5 Capitulo de mecanismos de protección de los derechos. La carta informará al afiliado que puede hacer uso de los siguientes mecanismos e instancias para la protección de sus derechos:

1. **Peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD):** Las EPS y las IPS deben contar con oficinas de atención al usuario, canales presenciales, no presenciales y virtuales disponibles las 24 horas los 7 días de la semana, donde el afiliado podrá solicitar información, presentar peticiones y quejas, formular denuncias, y recibir respuesta oportuna y de fondo. La EPS deberá informar la dirección, número de teléfono, correo electrónico y horario de atención de su oficina en la región de residencia del afiliado.
2. **Atención prioritaria de peticiones urgentes:** El afiliado tiene derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable a su salud o vida.
3. **Superintendencia Nacional de Salud:** El afiliado puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la cobertura del plan de beneficios en salud, el reconocimiento económico de gastos, reconocimiento y pago de prestaciones económicas, posible multiafiliación en el SGSSS o con los regímenes especiales y/o excepción, la libre elección y la movilidad dentro del sistema.
4. **Defensoría del Pueblo y Personerías:** El afiliado puede acudir a la Defensoría del Pueblo y a las personerías municipales para recibir orientación y acompañamiento en el ejercicio de sus derechos en salud.
5. **Entidades de inspección, vigilancia y control:** La Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño deberá informar el nombre, dirección, teléfono y página web de las entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre las EPS, o quien haga sus veces y sobre los prestadores de servicios de salud.
6. **Aplicativo móvil oficial que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social:** El afiliado podrá acceder al aplicativo para: i) calificar la atención recibida inmediatamente

después de cada servicio; ii) consultar los indicadores de desempeño de su EPS o quien haga sus veces y de la red de prestadores de servicios de salud en tiempo real; iii) comparar el desempeño de las EPS o quien haga sus veces para ejercer su derecho a la libre escogencia de manera informada; iv) acceder a la Carta de Desempeño actualizada de su Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces.

7. **Acción de tutela y otros mecanismos judiciales:** El afiliado podrá ejercer la acción de tutela ante cualquier juez de la República para la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Igualmente, podrá acudir a la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de la Ley 1122 de 2007 y las normas que la modifiquen, y hacer uso de los mecanismos judiciales que considere para la protección de sus derechos

Capítulo 4
Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud

Artículo 9. Naturaleza y propósito de la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud (ENUS). Adóptese la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud (ENUS) como el instrumento oficial para la medición del desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y otros actores del sector salud.

La ENUS es de naturaleza permanente y continua, y captura la experiencia del afiliado tras cada atención en salud. Su diseño metodológico garantizará la representatividad estadística de los resultados mediante un marco muestral probabilístico que asegure el control sobre la generación de la información, la comparabilidad de los resultados en el tiempo y la reducción de sesgos por autoselección de los respondientes.

El instrumento generará datos representativos a nivel de Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, prestador de servicios de salud, departamento, distrito, municipio y tipo de servicio. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, mediante lineamiento técnico, el diseño muestral, los esquemas operativos y los criterios de validación metodológica que garanticen la validez estadística de la encuesta.

Artículo 10. Administración y acceso al aplicativo móvil que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social administrará la aplicación y garantizará:

1. Disponibilidad de la aplicación en sistemas operativos Android e IOS, de descarga gratuita.
2. Acceso con verificación de autenticación por SMS o correo electrónico.
3. Interfaz de usuario en lenguaje claro, con opciones de accesibilidad para personas con

discapacidad visual o auditiva.
4. Identificación del afiliado mediante el tipo y número de documento de identidad, sin requerir registro adicional.
5. Protección de los datos personales conforme a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, deberán informar y orientar a sus afiliados sobre la existencia, descarga, acceso y uso del aplicativo móvil oficial dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información deberá divulgarse de manera permanente en las oficinas y puntos de atención al usuario a nivel municipal y departamental, así como a través de sus portales web y demás canales de comunicación institucional.

Parágrafo 2. El Ministerio definirá los estándares técnicos de interoperabilidad, estructura de datos y protocolos de intercambio de información, con el fin de garantizar la integración del aplicativo con los sistemas oficiales del sector salud.

Artículo 11. Indicadores medidos por la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud (ENUS). La ENUS medirá el desempeño de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los gestores farmacéuticos, a través de indicadores organizados por los atributos de calidad definidos en la normativa vigente.

Los indicadores deberán formularse como resultados medibles, expresados en términos de porcentaje, tasa, proporción o promedio, que permitan cuantificar de manera objetiva el comportamiento de cada proceso evaluado.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, mediante lineamiento técnico, los indicadores por tipo de actor, su fuente, periodicidad y metodología de cálculo, garantizando su alineación con los instrumentos de medición existentes, evitando duplicidades en la recolección de información.

Artículo 12. Obligaciones de los actores del sistema frente al aplicativo móvil. Sin perjuicio de sus obligaciones generales de calidad, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los gestores farmacéuticos deberán:

1. Promover activamente el uso del aplicativo móvil oficial entre sus afiliados y usuarios en los puntos de atención, mediante estrategias de divulgación que incluyan, entre otros carteles informativos, mensajes de texto y notificaciones push.
2. Garantizar la operación del módulo de Confirmación de Recepción habilitado en el aplicativo

móvil oficial, el cual deberá ser operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces.
3. Designar un funcionario responsable del monitoreo de los resultados de la ENUS e implementar planes de mejora cuando sus indicadores se encuentren por debajo del promedio nacional.
4. Publicar en su página web institucional el enlace al tablero de resultados dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, facilitando el acceso de los usuarios a dicha información.

Parágrafo. La administración del aplicativo móvil oficial y la generación del tablero de resultados son responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud y Protección Social. Los actores del sistema no podrán modificar, alterar ni reproducir dicho tablero, y su obligación se limita a divulgar el enlace oficial dispuesto para tal fin.

Capítulo 5
Medición del desempeño

Artículo 13. Naturaleza y publicación de la Carta de Desempeño. La Carta de Desempeño de la Entidad Promotora de Salud es un instrumento de información pública, de carácter dinámico y actualización periódica, generado a partir de la información recolectada de manera continua por la Encuesta Nacional de Experiencia del Usuario en Salud (ENUS) y de los registros del Observatorio Nacional de Calidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

La actualización de los indicadores contenidos en la Carta se realizará, de ser necesario, cada cinco (5) años, con base en procesos de consolidación, validación y análisis de la información, sin que ello implique interrupciones en la recolección continua de datos.

Su publicación en formatos de datos abiertos tiene como finalidad fortalecer la transparencia, el acceso a la información y el ejercicio del control social, sin perjuicio del cumplimiento de las demás obligaciones de reporte establecidas en la normativa vigente. La Carta de Desempeño deberá contener, como mínimo:

1. Indicadores de calidad de la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, con resultados provenientes de la ENUS, desagregados a nivel nacional y regional, e incluyendo su comparación con referentes nacionales definidos metodológicamente.
2. Indicadores de desempeño de la red integral e integrada de prestadores de servicios de salud asociados a la entidad.
3. Comparación del desempeño entre Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, con base en metodologías objetivas, comparables y estadísticamente consistentes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Indicadores de comportamiento como pagador, conforme a las fuentes de información oficiales disponibles.
5. Sanciones ejecutoriadas impuestas en el último año por la Superintendencia Nacional de Salud. En ausencia de sanciones, deberá indicarse expresamente esta situación.
6. Número de acciones de tutela relacionadas con la prestación de servicios de salud, conforme a los registros oficiales disponibles.
7. Posicionamiento en el Ranking o medición del nivel de vulneración de las EPS al derecho a la salud publicado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 14. Publicación como datos abiertos y tablero ciudadano. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará anualmente, durante el mes de febrero, los resultados agregados de la ENUS en su página web y en el aplicativo móvil oficial, en formatos abiertos conforme a los estándares del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. La información estará desagregada por Entidad Promotora de Salud, régimen, departamento, distrito y municipio, e incluirá metadatos con la descripción del indicador, metodología de cálculo, período de referencia y fecha de actualización.

Igualmente, habilitará un tablero ciudadano de desempeño que permita comparar Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, por departamento o distrito y tipo de régimen, con medidas de incertidumbre, tamaños de muestra y definiciones metodológicas que faciliten la interpretación de los resultados.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá acceder a los microdatos anonimizados de la ENUS y del módulo de verificación de la Carta de Derechos y Deberes, para el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

Capítulo 6
Seguimiento e Inspección, Vigilancia y Control (IVC)

Artículo 15. Seguimiento. La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento al cumplimiento de la presente Resolución mediante:

1. Monitoreo de los indicadores de la ENDS, generando alertas cuando una Entidad Promotora de Salud (EPS) presente resultados inferiores al promedio nacional.
2. Publicación anual del informe de cumplimiento de la obligación de entrega de la Carta de Derechos y Deberes, elaborado a partir de la muestra de verificación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT.
3. Verificación anual del contenido de la Carta de Derechos y Deberes publicada por las Entidades

Promotoras de Salud, conforme a los requisitos establecidos en el artículo 8o de la presente Resolución.

4. Verificación anual de la Carta de Desempeño publicada por las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con la periodicidad de actualización de los indicadores definidos en la Resolución 256 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya, conforme a los requisitos establecidos en la presente Resolución.

Artículo 16. Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control conferidas por la ley. verificará el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente Resolución.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acto administrativo por parte de los sujetos obligados dará lugar a la adopción de las acciones administrativas y a la imposición de las medidas o sanciones a que haya lugar, de conformidad con las competencias y el procedimiento previstos en las normas vigentes que regulan la materia.

Capítulo 7
Disposiciones finales

Artículo 17. Actualización de la Carta de Derechos y Deberes y Carta de Desempeño. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o entidades que hagan sus veces, notificarán al Ministerio de Salud y Protección Social cada actualización realizada al contenido de su Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y de su Carta de Desempeño, a través del correo electrónico cartadederechos@minsalud.gov.co, remitiendo el enlace de acceso directo a dicha información. Cualquier modificación deberá ser reportada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su publicación.

Artículo 18. Expedición de Lineamientos Técnicos y Operatividad del aplicativo móvil. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Calidad y de la Dirección Estratégica de Tecnologías de la Información, dispondrá de un término máximo de seis (6) meses, contados a partir de la publicación de la presente resolución, para:

Parágrafo. Durante el termino previsto en el presente artículo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los gestores farmacéuticos, adelantarán las acciones necesarias para adecuar sus procesos a las disposiciones de la presente resolución y continuarán cumpliendo las obligaciones de reporte previstas en las Resoluciones 1379 de 2015 y 229 de 2020.

Artículo 19. Asistencia técnica en período de adaptación. Durante el período de adaptación

para la implementación de las obligaciones previstas en la presente Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Calidad y de la Dirección Estratégica de Tecnología de la Información, brindará asistencia técnica a las Entidades Promotoras de Salud mediante capacitaciones presenciales o virtuales, acompañamiento en la implementación y soporte permanente. Las solicitudes de asistencia técnica podrán realizarse a través del correo electrónico cartadederechos@minsalud.qov.co.

Artículo 20. Transitoriedad y derogatorias. Las Resoluciones 1379 de 2015 y 229 de 2020, así como la Circular Conjunta Externa 016 de 2013, quedarán derogadas, una vez se expidan los lineamientos técnicos y estándares de operación de que trata el artículo 18 de esta resolución.

Artículo 21. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.4. CIRCULARES

2.4.1. Circular Externa 24 de 2026

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES, BENEFICIARIAS Y/O RECEPTORAS DE RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: SOLICITUD DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA RELACIONADA CON LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS Y ACTUACIONES DERIVADAS DE LAS TRANSFERENCIAS DE RECURSOS

FECHA: 22 JULIO 2026

En desarrollo de las actividades de seguimiento a los recursos asignados mediante la modalidad de transferencia y con el propósito de fortalecer la oportunidad, trazabilidad y seguridad jurídica de las actuaciones administrativas adelantadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se solicita a las entidades beneficiarías y/o receptoras de los recursos, diligenciar el Formato de Actualización de Información para Notificaciones Electrónicas, el cual se anexa a la presente circular.

La actualización de esta información permitirá consolidar una base institucional de direcciones electrónicas oficiales para la remisión de actos administrativos, requerimientos, solicitudes de información y demás comunicaciones relacionadas con la ejecución, seguimiento, legalización, reintegro y cierre de las transferencias, asi como de las actuaciones administrativas y judiciales que puedan derivarse de los recursos asignados por este Ministerio.

Contar con información oficial y permanentemente actualizada facilitará la gestión de las comunicaciones institucionales, optimizará los tiempos de respuesta, fortalecerá la trazabilidad de las actuaciones administrativas y contribuirá a garantizar la oportunidad y eficacia en los procesos de notificación electrónica.

En consecuencia, se solicita diligenciar en su totalidad el formato anexo, registrando las direcciones electrónicas institucionales autorizadas para la recepción de las diferentes comunicaciones oficiales, el cual deberá ser remitido al correo electrónico mgonzalezs@minsalud.gov.co, a más tardar el día 24 de julio de 2026.

La información suministrada será incorporada a la base institucional de contactos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social y será utilizada para el direccionamiento de las comunicaciones relacionadas con los recursos asignados mediante transferencia. Por tanto, cualquier modificación de la información reportada deberá ser informada oportunamente a esta Cartera Ministerial.

Agradecemos la colaboración de las entidades beneficiarías para fortalecer los procesos de seguimiento y la gestión administrativa de los recursos públicos asignados.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

2.4.2. Circular Externa 25 de 2026

PARA: GOBERNACIONES, ALCALDÍAS, SECRETARÍAS DE SALUD O QUIENES HAGAN SUS VECES, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB), EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE), INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS), SUPERINTENDENCIA NACIONAL DESALUD, INSTITUTO DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS -INVIMA, DENTRO DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL DECRETO LEY 480 DE 2025.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: DIRECTRICES DE TRANSICIÓN Y ADECUACIÓN INSTITUCIONAL PROGRESIVA PARA LA ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL - SISPI DE ACUERDO AL DECRETO LEY 480 DE 2025 CON EL SISTEMA DE SALUD.

FECHA: 30 JULIO 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, expide esta circular con el propósito de impartir directrices orientadas a promover la coordinación y complementariedad de las acciones de salud de manera efectiva conforme lo establecido en el Decreto Ley 480 de 2025, y el cumplimiento de las adecuaciones institucionales y operativas que deben adoptar los destinatarios de esta circular para evitar barreras de acceso, garantizando la continuidad, integralidad y aceptabilidad cultural de la atención en salud para los territorios indígenas.

CONSIDERACIONES

Que en desarrollo de lo previsto en el artículo 56 Transitorio de la Constitución Política y teniendo en cuenta que el Congreso de la República no ha expedido la ley orgánica de ordenamiento territorial para entidades territoriales indígenas, el Gobierno Nacional expidió el Decreto Ley 480 de 2025 *"Por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e intercultural - SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones"*

Que el artículo 68 de dicho decreto, establece que durante la transición los procesos administrativos de salud respetarán la autonomía y Gobierno Propio de los pueblos indígenas y se realizará la adecuación institucional estatal para la implementación del SISPI.

Que en el marco del principio de continuidad del servicio público de salud, la implementación de las adecuaciones institucionales no puede desconocer los saberes ancestrales, prácticas tradicionales y formas propias de organización de los pueblos indígenas.

Que de esta manera, el proceso de transición y adecuación institucional debe orientarse a la armonización progresiva de los procesos asistenciales, administrativos, operativos, contractuales, de formación y formación continua, de gestión y de información, sin generar interrupciones en la prestación de los servicios de salud ni afectar el acceso, la oportunidad, la calidad, la integralidad y la aceptabilidad cultural de la atención en los territorios indígenas.

Que, en consecuencia, resulta necesario establecer directrices que orienten el tránsito progresivo hacia estructuras propias e interculturales de salud, garantizando la coordinación armónica entre sistemas y evitando la generación de barreras de acceso.

Que, en consecuencia, se adoptan las siguientes:

INSTRUCCIONES

1. ENTIDADES TERRITORIALES

1.1 Entidades territoriales del orden departamental y distrital

Las Entidades territoriales del orden departamental y distrital deberán:

a) Garantizar la inclusión de todos los pueblos indígenas presentes en el territorio y la participación activa en el proceso de planeación integral para la salud, que incluye el Análisis de Situación de Salud - ASIS, en los términos y condiciones de la Resolución 100 de 2024, en especial lo señalado en los artículos 8, 12 y 13 de la citada norma y los desarrollos de los planes de salud que tengan los territorios y territorialidades indígenas. Lo anterior aplica también a las entidades territoriales del nivel municipal.

b) Implementar estrategias de difusión, coordinación, articulación interinstitucional y socialización de jornadas educativas, de formación continua del Talento Humano en Salud, sobre la apropiación y difusión de los procesos propios e interculturales de los pueblos indígenas enmarcados en los sistemas de conocimientos propios conforme a lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública.

c) Promover y garantizar los espacios de diálogo y concertación con las autoridades indígenas o estructuras de gobierno propio en los territorios, con el fin de trabajar de manera articulada en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de política, planes y programas para la

atención integral de los pueblos indígenas.

d) Establecer mecanismos de coordinación y articulación intercultural con el SISPI, el Sistema de Salud y las entidades territoriales competentes, con el fin de garantizar una atención integral, continua y culturalmente adecuada.

e) Verificar que las intervenciones colectivas acordadas en el proceso de concertación se contraten con instituciones cuya idoneidad sea reconocida en el marco del proceso de diálogo y concertación con los territorios indígenas, conforme a lo establecido en la Resolución 1597 de 2025. Lo anterior, en concordancia con el artículo 22 de dicha resolución, relativo al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones, Salud Pública y la concurrencia de los recursos de la vigencia actual del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), según corresponda.

f) Incorporar la implementación de la Ruta de Atención Integral en Salud para Victimas Indígenas - RAISVI, para los Sujetos de Reparación Colectiva - SRC con pertenencia indígena reconocidos, conforme a los diálogos y concertaciones con los territorios indígenas, en los términos que establece el Decreto Ley 4633 de 2011.

g) Realizar seguimiento y acompañamiento territorial del proceso de adecuación institucional, en diálogo y concertación con las autoridades indígenas en los territorios.

h) Prever la necesidad del servicio de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas que lo soliciten, en concordancia con lo establecido en el artículo 9o de la Ley 1381 de 2010.

i) Reconocer y respetar los sistemas de conocimiento indígena en los procesos de salud, teniendo en cuenta que estos se expresan en saberes ancestrales, prácticas tradicionales y sistemas del cuidado de la vida, garantizando su protección, valoración y transmisión.

1.2 Entidades territoriales del orden municipal

Las entidades territoriales del orden municipal deberán:

a) Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud mediante coordinación y articulación intercultural con el SISPI Sistema de Salud.

b) Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos, a través de espacios de diálogo y concertación con las autoridades indígenas o estructuras de gobierno propio, en los territorios para la atención integral en salud de las comunidades.

c) Implementar estrategias de difusión, coordinación, articulación interinstitucional y socialización de acciones de educación en salud, de formación continua del Talento Humano en Salud, sobre la apropiación y difusión de los procesos propios e interculturales de los pueblos indígenas, enmarcados en los sistemas de conocimientos propios conforme a lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública.

d) Reconocer y respetar los sistemas de conocimiento indígena en los procesos de salud, teniendo en cuenta que estos se expresan en saberes ancestrales, prácticas tradicionales y sistemas del cuidado de la vida, garantizando su protección, valoración y transmisión.

e) Prever la necesidad del servicio de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas que lo soliciten, en concordancia con lo establecido en el artículo 9o de la Ley 1381 de 2010.

2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS

Durante la transición, las EPS deberán garantizar el principio de continuidad de que trata el literal d) del artículo 6, el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y demás normativa que regule la materia, hasta tanto se materialice el tránsito hacia las estructuras propias de que trata el artículo 12 del Decreto Ley 480 de 2025. En consecuencia, deberán asegurar a la población indígena afiliada, la prestación integral, oportuna y continua de los servicios de salud, sin interrupciones por razones administrativas o económicas.

En el marco de dicha adecuación institucional, las EPS deberán:

a) Actualizar la caracterización de su población afiliada indígena, incorporando variables étnicas y territoriales relevantes para la coordinación con el SISPI, de conformidad con los lineamientos establecidos en el artículo 10 de la Resolución 100 de 2024 en lo referente a las EPS.

b) Adecuar sus esquemas contractuales con la red prestadora, incorporando mecanismos que permitan la articulación con prácticas propias y formas organizativas indígenas, cuando ello resulte aplicable, en consonancia con el artículo 2.5.3.4.7.6 del Decreto 441 de 2022.

c) Adecuar sus esquemas de atención orientados a garantizar los procesos de referencia y contrarreferencia, atendiendo a la integralidad del proceso de atención en salud.

d) Informar a la red prestadora de servicios de salud contratada sobre las adecuaciones que deben realizarse según las particularidades de los territorios indígenas.

e) Establecer y ajustar sus sistemas de información y reporte de afiliados, incorporando

variables pertinentes para la coordinación operativa con el SISPI.

f) Incorporar el principio de interculturalidad en planes institucionales de capacitación para el fortalecimiento de competencias del Talento Humano en Salud contratado.

g) Adoptar las medidas apropiadas que permitan avanzar progresivamente en el cumplimiento y satisfacción de los derechos y compromisos definidos en el artículo 9o de la Ley 1381 de 2010, con relación a la necesidad del servicio de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas.

3. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los prestadores de servicios de salud, en el marco de los contratos suscritos con las EPS, deberán:

a) Prestar los servicios de salud a los pueblos Indígenas, en términos de cobertura calidad, oportunidad e integralidad, en coordinación con las EPS y las autoridades indígenas competentes, atendiendo los principios de universalidad sostenibilidad, aceptabilidad, equidad y respeto a la diversidad cultural.

b) Establecer la disponibilidad y pertinencia de los servicios de salud de conformidad con las necesidades de los territorios indígenas atendiendo a los modelos, procesos y formas de cuidado en salud de cada territorio indígena en coordinación con las EPS y las autoridades indígenas competentes.

c) Dar cumplimiento y mantenimiento de las condiciones, estándares y criterios para ofertar los servicios de salud de conformidad con las disposiciones establecidas en el Sistema Único de Habilitación, en marco del sistema de salud y promover los espacios para el desarrollo de acciones en función de los modelos, procesos y formas de cuidado en salud de cada territorio indígena.

d) Apoyar a nivel operativo y administrativo la articulación de la operación y la adecuación de la red de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta los modelos proceso o formas de cuidado propios e interculturales de los territorios indígenas.

e) Realizar procesos de capacitación y sensibilización del talento humano en salud en materia de interculturalidad y coordinación con los sistemas propios de salud indígena.

f) Promover la participación del talento humano perteneciente a pueblos indígenas cuando ello resulte pertinente y viable para la adecuación sociocultural de la atención, si se requiere,

que trabaje coordinadamente, en las adecuaciones socioculturales requeridas, en los planes de intervenciones individuales teniendo en cuenta la identidad cultural de los territorios.

g) Incorporar el principio de interculturalidad en planes institucionales de capacitación para el fortalecimiento de competencias del Talento Humano en Salud contratado.

h) Adoptar las medidas apropiadas que permitan avanzar progresivamente en el cumplimiento y satisfacción de los derechos y compromisos definidos en el artículo 9o de la Ley 1381 de 2010, con relación a la necesidad del servicio de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas.

4. INVIMA

Adecuar los mecanismos necesarios para garantizar las operaciones de registro en el marco de los procesos de investigación.

5. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones, ejercerá inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de esta circular.

Los asuntos no contemplados en la presente circular, se complementarán con las disposiciones de la Circular No. 011de 2018.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

3. CONCEPTOS.

3.1. ASUNTO: **Solicitud de concepto jurídico relacionado con la designación del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva del Hospital de Aguazul Juan Diego Urrego E.S.E. del primer nivel de atención.**

Radicado: 202642402171052 ID 2026928

Respetados señores:

Hemos recibido su comunicación, por la cual fórmula consulta respecto de la designación del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva del Hospital de Aguazul Juan Diego Urrego E.S.E. del primer nivel de atención, y cuál sería el periodo de la persona designada Al respecto nos permitimos señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se formula de la siguiente manera:

> *"De manera atenta, solicitamos emitir concepto jurídico respecto de la siguiente situación: La Secretaria de Salud y Gestión Social adelantó en el mes de febrero de 2026 el proceso de elección de representantes de la asociación de usuarios ante la Junta Directiva de la E.S.E Hospital Juan Hernando Urrego, de conformidad con la normatividad vigente. En dicho proceso se realizo una convocatoria abierta por los diferentes canales de comunicación, donde no hubo ninguna postulación de los representantes de la asociación de usuarios, solo se presentó uno de comité de participación comunitaria en salud (COPACO) Teniendo en cuenta que a la fecha persiste la vacante correspondiente al segundo representante y que han transcurrido varios meses desde la realización de la convocatoria inicial, solicitamos se sirvan conceptuar sobre los siguientes interrogantes (…):"*

Para efectos de atender su requerimiento, el presente concepto jurídico se emitirá siguiendo la siguiente estructura:

- **Integración de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención**

El artículo 70 de la Ley 1438 de 2011[1], contempla la forma como se debe integrar la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, de la siguiente manera:

1 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

*"**ARTÍCULO 70. DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:*

70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.

70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.

70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

(…)." (resaltos fuera de texto)

- **Conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del II nivel de atención.**

La integración de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II y III nivel de atención se encuentra reglada en el Decreto 780 de 2016[2]. En este sentido, el artículo 2.5.3.8.4.2.2 establece:

*"**ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.2. De la Junta Directiva.** La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de los órdenes nacional y territorial, estarán integradas de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993, así: una tercera parte de sus miembros serán representantes del sector político administrativo, otra tercera parte representará al sector científico de la salud y la tercera parte restante será designada por la comunidad" (…)*

Así mismo, el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del mencionado decreto prevé el mecanismo de conformación de la Junta Directiva para las Empresas Sociales del Estado del II y III nivel de atención, así:

*(…) "**ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.3. Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial.** Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:*

2 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

1. El estamento político-administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de esta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando estos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

Parágrafo 1°. *En aquellos sitios donde existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.*

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

Parágrafo 2°. Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismo de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en el presente artículo y en el 195 de la Ley 100 de 1993.” (resaltos fuera de texto)

- **Términos de aceptación de la designación como miembro de la Junta Directiva de**

una Empresa Social del Estado y período para su ejercicio

El artículo 2.5.3.8.4.2.5 5 del Decreto 780 de 2016 define los términos de aceptación para ser miembro de la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado y el período de sus integrantes, esto último para las ESE del II y III nivel de atención, de la siguiente manera:

> ***"ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.5. Términos de la aceptación.*** *Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la Junta Directiva, por parte de la Dirección de Salud correspondiente, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.*
>
> ***En caso de aceptación, tomará posesión ante el Ministro de Salud cuando se trate de una Empresa Social del Estado del orden nacional, o ante el Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, quedando consignada tal posesión en el libro de Actas que se llevará para tal efecto. Copia del acta será enviada al Representante Legal de la Empresa Social.***
>
> ***Los miembros de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado respectiva, tendrán un período de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos."*** *(resaltos fuera de texto)*

Frente al tema del período de los integrantes de la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, vale la pena traer a colación el concepto con radicado interno 2471 del 15 de diciembre de 2021 de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, Magistrada Ponente Dra. Ana María Charry Gaitán, donde se precisa lo siguiente:

> *"(…)*
>
> *En palabras de la Sala de Consulta:*
>
> *[L]os periodos objetivos o institucionales que, valga la pena recordarlo, son la regla general en nuestro ordenamiento jurídico para los cargos de elección (popular o por parte de cuerpos colegiados), como lo dispone actualmente el artículo 125 de la Carta Política35, se caracterizan porque, no solamente es fijo y determinado el lapso o tiempo máximo durante el cual puede ejercerse el destino público (contado en días, semanas, meses o años), sino que también se encuentran previstas, en normas constitucionales o legales, o son claramente deducibles de tales disposiciones, las fechas de inicio y terminación del cargo, de tal manera que estas* ***no pueden anticiparse ni postergarse por situaciones que afecten al nominado, incluso si se trata de circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor****.*
>
> *De allí que, al producirse la falta absoluta de la persona designada en un cargo de periodo*

institucional, por muerte, renuncia aceptada, destitución, pérdida de la investidura o nulidad de su elección, entre otras causas, el funcionario que sea elegido para remplazarlo o sustituirlo solamente puede ejercer el cargo por el tiempo que reste del periodo objetivo correspondiente, es decir, hasta la fecha de vencimiento inicialmente prevista.

Por el contrario, en las posiciones de periodo personal o subjetivo, el inicio del término depende de la fecha de posesión del nombrado o elegido, de tal manera que el momento de finalización o vencimiento del periodo está sujeto, en principio, a la fecha de posesión de aquel. No obstante, cuando se produce la falta absoluta de estos servidores públicos, inclusive como resultado de la declaratoria de nulidad de su elección, y, como consecuencia de esta situación, se hace necesario nombrar o elegir a otra persona, en su remplazo, el nuevo funcionario que sea designado inaugura un nuevo periodo individual, a partir de su posesión, de tal manera que el tiempo por el que puede ejercer el cargo es completamente independiente de la fecha de posesión del servidor público que lo precedió, o del lapso por el que este hubiera ocupado la respectiva posición.
(…)"

RESPUESTA A LA CONSULTA

Expuesto lo anterior, procedemos a dar respuesta a los interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos, así:

"Es jurídicamente procedente realizar una nueva convocatoria para la elección del segundo representante de la Asociación de Usuarios ante la Junta Directiva de la E.S.E., cuando en la convocatoria realizada en febrero de 2026 solo fue posible elegir uno de los dos representantes requeridos?

En caso de ser procedente una nueva convocatoria, ¿existe algún término o condición especial prevista en la normatividad vigente que deba observarse para adelantar dicho proceso?"

Como estos interrogantes tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta, así:

Consultado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, la Empresa Social del Estado Hospital de Aguazul - Casanare Juan Diego Urrego E.S.E., se encuentra registrada como de I nivel de atención, aspecto que debe ser tenido en cuenta en la respuesta a sus interrogantes.

Hecha la precisión anterior, al ser la entidad objeto de consulta del I nivel de atención, la

integración de su Junta Directiva debe estarse a lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011. Sobre el particular, el numeral 70.3 del artículo en mención regula la participación de los usuarios ante dicho organismo directivo, contemplando que la misma se surtirá a través de un representante de las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante la convocatoria realizada por parte de la secretaría departamental, distrital o municipal de salud.

Al punto, para las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, la norma en comento sólo contempla la participación de un representante de los usuarios, no se prevé en ninguno de sus apartes una participación de un representante de los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), como sí ocurre para las ESE del II o III nivel de atención, esto último a voces de lo señalado en el numeral 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016.

Dicho esto, si no ha sido posible la designación del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de la ESE Hospital de Aguazul - Casanare Juan Diego Urrego, dicho organismo directivo deberá sesionar y decidir con los demás integrantes, hasta tanto se materialice la designación en comento previa convocatoria.

Ahora, al efectuar una nueva convocatoria para designar al representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de la ESE objeto del presente pronunciamiento, el único requerimiento que se exige es que haya una convocatoria que realice la secretaría de salud correspondiente.

> ***"El representante que resulte elegido mediante la nueva convocatoria, ¿ejercerá sus funciones por el tiempo restante del período actualmente vigente o por un nuevo período contado a partir de su elección?"***

A pesar que no se indica el motivo por el cual ha cesado la participación del anterior representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de la ESE Hospital de Aguazul - Casanare Juan Diego Urrego, la persona que llegue a ocupar esa representación, lo hará por el período de dos (2) o cuatro (4) años, dependiendo de la categoría del municipio en el cual se encuentre ubicada la ESE. Lo anterior, teniendo en cuenta lo aclarado por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en el concepto transcrito, ya que se considera que el período en comento es personal o subjetivo, esto quiere decir que el nuevo representante no llega a completar el período que le faltaba al anterior, en el caso de que este se haya desvinculado de ese organismo directivo antes de terminar su período.

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[3] de la Ley 1755 de 2015[4], 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 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 (...).

4 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

3.2. ASUNTO: Concepto sobre el transcripción y pago de Incapacidades. Radicado 2026423001829042 ID 1952606

Respetada señora:

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud - SNS, hemos recibido su comunicación, en la cual se formulan una serie de interrogantes relacionados con la transcripción de incapacidades. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve a través del presente concepto, se plantea de la siguiente manera:

> *"(…)*
> *En atención a lo anterior, y considerando la responsabilidad que se atribuye al empleador para adelantar dicho trámite, informamos que en la práctica las entidades prestadoras de salud nos han manifestado que la transcripción de incapacidades debe ser gestionada directamente por el trabajador, argumentando que la información contenida en la epicrisis y los datos personales requiere autorización del titular para su tratamiento. Estas respuestas han sido remitidas por las EPS a través de correos electrónicos, indicando además que sus portales o canales de atención no cuentan con la opción para que el empleador realice directamente el trámite de transcripción de incapacidades.*
> *(…)"*

- **De la transcripción y reconocimiento de incapacidades**

El Decreto 780 de 2016[5] establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

> ***"Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados.*** *Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.*
>
> *Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u*

5 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015."

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico u odontólogo tratante es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS, también los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los cuales deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente epicrisis e historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 ibidem, indica lo siguiente:

"Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. *Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:*

1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (…)" (subraya fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780

de 2016.

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que aplica frente a la expedición de una incapacidad por parte de médicos u odontólogos que no se encuentran adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 del referido decreto, indica:

> *"**Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común**. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el medico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional*
>
> *La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y **su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.***
>
> *Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.*
>
> ***Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el medico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto."* (subraya y negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS o Entidad Adaptada tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos u odontólogos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriere, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad. Este proceso de validación es el que comúnmente se conoce como transcripción.

- **Obligación del empleador frente al trámite de incapacidades**

Respecto del trámite de la incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012[6], en su artículo 121 indica:

> ***"ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.*** *El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.*
>
> *Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia."* (Subrayado fuera de texto)

La Ley 1438 de 2011[7], dispone frente a la prescripción del derecho que le asiste al empleador para solicitar el reembolso de las prestaciones económicas, lo siguiente:

> ***"ARTÍCULO 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas.*** *El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador."* (Subrayado fuera de texto)

Así las cosas, las anteriores normas, disponen que será el empleador quien adelantará de manera directa ante las Empresas Promotoras de Salud o Entidad Adaptada, los trámites para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad o licencia.

RESPUESTA A SUS INTERROGANTES

En primer lugar, es preciso indicar que conforme lo previsto en el artículo 1[8] del Decreto 120 de

6 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública."
7 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
8 **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.

El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.

2026[9], este Ministerio tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, según el artículo 7 del referido decreto, esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos particulares ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.

Hechas las anteriores precisiones, se procede a dar respuesta a los interrogantes planteados, previa transcripción de estos, así:

> ***"1. Si es obligación del empleador realizar directamente el trámite de transcripción ante las EPS, conforme a lo indicado en el artículo citado.***
>
> ***2. Si, por el contrario, el trabajador debe realizar dicho trámite utilizando sus datos personales y autorizaciones de tratamiento de información."***

Como los anteriores planteamientos tienen unidad de materia se dará una sola respuesta así:

El artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012 es claro al establecer que el trámite para el reconocimiento de incapacidades, lo cual incluye la solicitud de transcripción cuando aplique, debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas, razón por la cual y en ninguna circunstancia, ese trámite puede ser trasladado al trabajador. De acuerdo con la norma en comento, la única obligación exigible al trabajador es informar oportunamente a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad.

> ***"3. Si las EPS deben garantizar mecanismos o canales que permitan al empleador realizar este procedimiento de manera directa para efectos del reconocimiento y recobro de las incapacidades."***

Si bien el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012 establece que el trámite para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y de las licencias de maternidad o paternidad debe ser adelantado directamente por el empleador ante las EPS o Entidades Adaptadas, dicha disposición no regula el procedimiento que deben observar dichas entidades para la recepción, validación o reconocimiento de tales solicitudes, ni determina los mecanismos a través de los cuales

9 Por el cual se establece la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se determinan sus funciones y se dictan otras disposiciones.

debe surtirse dicho trámite. En consecuencia, la norma se limita a identificar al empleador como sujeto responsable de adelantar la gestión correspondiente, sin desarrollar la forma en que las EPS deben instrumentar o gestionar estos procesos.

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,

3.3. ASUNTO: **Solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social, brindar acompañamiento institucional.**

Radicado 2026423002209532 ID 2035604

Respetado doctor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, donde solicita acompañamiento institucional y apoyo en la gestión frente al proceso de selección adelantado ente la Comisión Nacional del Servicio Civil para la provisión de empleos de carrera administrativa de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES

La consulta que se resuelve a través del presente concepto, se plantea de la siguiente manera:

> *"La Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en ejercicio de sus competencias legales y en cumplimiento de los deberes asociados a la provisión definitiva de empleos de carrera administración, se permite poner en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social la situación que actualmente enfrenta la institución frente al proceso de selección adelantado ante la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC-, relacionado con la oferta de empleos en vacancia definitiva a través del aplicativo SIMO/OPEC.*
> *(…)*
> *Por lo anterior, respetuosamente solicitamos al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Viceministerio a su cargo, brindar acompañamiento institucional y adelantar las gestiones que estime pertinente ante las instancias competentes, incluida la Comisión Nacional del Servicio Civil, con el fin de que se valore la situación financiera real de la E.S.E., se evite la imposición de sanciones derivadas de una imposibilidad material de pago y se explore una alternativa viable que permita continuar con el proceso de selección sin afectar la prestación del servicio público de salud.*
>
> *De igual manera, solicitamos que el Ministerio evalúe la posibilidad de apoyar técnica y administrativamente a la E.S.E. en la identificación de mecanismo de financiación, priorización o flexibilización institucional que permitan atender progresivamente las obligaciones asociadas al concurso, sin poner en riesgo la operación asistencial ni el cumplimento de las obligaciones esenciales del hospital.*
> *(…)"*

ANÁLISIS JURÍDICO

En primer lugar, es preciso indicar que conforme lo previsto en el artículo 1[10] del Decreto 120 de 2026[11], este Ministerio tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, según el artículo 7 del referido decreto, esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos particulares ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.

En concordancia con lo anterior, esta Dirección Jurídica se encuentra habilitada exclusivamente para emitir conceptos de naturaleza general sobre aspectos normativos del SGSSS, sin entrar a resolver situaciones concretas, controversias o dar viabilidad a las actuaciones de otras autoridades.

Dicho lo anterior, nos permitimos señalar lo siguiente:

- **Naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado y régimen jurídico aplicable**

Debe señalarse que las Empresas Sociales del Estado son entidades públicas descentralizadas del orden territorial o nacional, dotadas de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, cuya finalidad principal es la prestación directa de servicios de salud, como parte integrante del servicio público de seguridad social en salud, lo anterior conforme lo reglado en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, el cual establece:

> ***"ARTÍCULO 194.*** *Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y*

10 **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.
El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.
11 Por el cual se establece la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se determinan sus funciones y se dictan otras disposiciones.

autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo."(subrayas fuera de texto)

Así mismo, el artículo 2.5.3.8.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, define la naturaleza jurídica de las ESE, de la siguiente manera:

> ***"Artículo 2.5.3.8.4.1.1. Naturaleza jurídica.*** *Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos."*

Por su parte, el artículo 195 ibidem establece el régimen jurídico aplicable a estas entidades, así:

> ***"ARTICULO 195.*** *Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:*
>
> *(…)*
>
> *2.El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.*
>
> *3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.*
>
> *4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.*
>
> *(…)*
>
> *6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública."*
>
> *7.El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.*
>
> *(…)"*

- **Autonomía administrativa de las entidades territoriales**

La Corte Constitucional mediante Sentencia C-138 del 2025 se pronunció en relación con el principio de la autonomía administrativa de las entidades públicas, en los siguientes términos:

> *"(…)*

***AUTONOMIA ADMINISTRATIVA**-Contenido*

(...) es la facultad de las entidades públicas para organizar su estructura interna, adoptar sus propias decisiones operativas y regular su funcionamiento sin subordinación a otros órganos del poder público. Esta autonomía garantiza la capacidad de autogobierno de las entidades, permitiéndoles gestionar sus asuntos internos de manera eficiente y eficaz, de acuerdo con sus necesidades funcionales y operativas.

(…)

161. En desarrollo de lo anterior, la Corte ha desarrollado ampliamente el contenido de la autonomía administrativa, funcional y presupuestal. En primer lugar, la autonomía administrativa, referida la facultad de las entidades públicas para organizar su estructura interna, adoptar sus propias decisiones operativas y regular su funcionamiento sin subordinación a otros órganos del poder público. Esta autonomía garantiza la capacidad de autogobierno de las entidades, permitiéndoles gestionar sus asuntos internos de manera eficiente y eficaz, de acuerdo con sus necesidades funcionales y operativas.

(…)

167. De igual forma, en la Sentencia C-332 de 2017, la Corte reconoció que la autonomía administrativa y funcional puede ser armonizada con principios de coordinación y concurrencia, sin que ello implique subordinación o dependencia. Esta sentencia subraya que el principio de colaboración armónica permite la existencia de mecanismos de articulación interinstitucional que faciliten la eficiencia en la gestión pública, siempre que no comprometan la independencia funcional de las entidades involucradas.

168. Estas decisiones evidencian que la autonomía funcional, administrativa y presupuestal no es absoluta, sino que debe ejercerse en armonía con los principios constitucionales de coordinación, concurrencia y subsidiariedad.

(…)"

RESPUESTA A SU SOLCITUD

Atendiendo el objeto de la consulta, es pertinente señalar que las situaciones expuestas por la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira se encuentran relacionadas con el desarrollo de un proceso de selección para la provisión de empleos de carrera administrativa adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, así como con las obligaciones administrativas, presupuestales y financieras que de dicho proceso se derivan para la entidad convocante.

Sobre el particular, debe precisarse que las Empresas Sociales del Estado, en su condición de entidades públicas descentralizadas con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, ejercen directamente las competencias relacionadas con su organización, funcionamiento, gestión del talento humano y adopción de las decisiones administrativas y presupuestales necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones legales, de conformidad con el marco normativo que regula su funcionamiento.

En ese contexto, las actuaciones asociadas al reporte de vacantes definitivas, la información registrada en la Oferta Pública de Empleos de Carrera –OPEC–, la financiación de los costos del proceso de selección, así como las gestiones que deban adelantarse ante la Comisión Nacional del Servicio Civil en el marco de dichos concursos, corresponden al ámbito de competencias de la propia entidad y de la CNSC, autoridades llamadas a conocer y decidir los asuntos relacionados con la carrera administrativa y los procesos de selección por mérito.

Por consiguiente, este Ministerio no cuenta con competencia legal para intervenir en situaciones particulares derivadas de la ejecución del proceso de selección referido, ni para adelantar gestiones ante la Comisión Nacional del Servicio Civil orientadas a obtener decisiones relacionadas con obligaciones presupuestales, financieras o administrativas propias de la E.S.E., toda vez que ello implicaría incidir en materias atribuidas por la Constitución y la ley a autoridades distintas y desconocer la autonomía administrativa que ampara a dichas entidades.

De igual forma, las funciones asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social en materia de dirección, formulación y orientación de las políticas del sector salud no comprenden el acompañamiento técnico-administrativo, la gestión institucional o la intervención en controversias, trámites o situaciones particulares que correspondan a la esfera de competencia de las Empresas Sociales del Estado o de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Por su parte, las entidades públicas en el ordenamiento jurídico colombiano son titulares de la autonomía administrativa, lo que les permite organizar su estructura interna, adoptar sus propias decisiones operativas, regular su funcionamiento sin subordinación a otros órganos del poder público. Así mismo, esta autonomía reconocida como facultad se comprende como la capacidad de autogobierno para gestionar sus asuntos internos de manera eficiente y eficaz en atención a sus necesidades funcionales y operativas, como lo reconoce la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-138 del 2025.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos*

emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".

Cordialmente,

3.4. ASUNTO: Consulta sobre el ejercicio de la facultad de cobro coactivo. Radicado: 2026423002501052 ID Control. 2096241

Respetada señora:

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de traslado por competencia, hemos recibido la comunicación referida en el asunto, mediante la cual solicita identificar el alcance, procedencia y los límites de la facultad de cobro coactivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, respecto del cobro de obligaciones que no se encuentran comprendidas dentro del ámbito de facturación por la prestación de servicios de salud y que involucran deudores externos o ajenos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo acreencias de menor cuantía, así como sanciones de carácter administrativo o disciplinario. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que se resuelve a través del presente concepto se formula de la siguiente manera:

> *"(…)* ***OBJETO DE LA PETICIÓN***
>
> *Identificar el alcance, la procedencia y los límites de la jurisdicción de cobro coactivo de la cual se encuentra investida la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., conforme a lo dispuesto por el legislador y en armonía con las disposiciones de la Procuraduría General de la Nación, frente al cobro de obligaciones que escapan al ámbito de la facturación de servicios de salud y que involucran a deudores externos o ajenos al sistema, incluyendo las acreencias de menor cuantía y las sanciones de carácter administrativo o disciplinario.*
>
> ***III. FUNDAMENTO DE HECHO***
> *1.La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que presenta una cartera cuyos deudores no hacen parte de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y en la cual el valor de algunas de las obligaciones no supera los dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes.*
> *2.La Procuraduría General de la Nación administrativos, señaló en Circular 2 de 2023: " (…)Por lo expuesto y en atención al gran volumen de procesos de cobro coactivo y embargos tramitados sin fundamento legal y sin el mínimo cumplimiento de requisitos la Procuraduría General de la Nación INSTA a los destinatarios de la presente Circular, a observar rigurosamente el ordenamiento jurídico y jurisprudencial antes citado, a adelantar las actuaciones que correspondan en el marco de sus funciones y a denunciar los casos que se conozcan sobre esta irregular e ilegal práctica de cobros*

coactivos en procedimientos administrativos por parte de las ESES y el embargo de recursos del SGSSS.
3.El Consejo de Estado Colombiano, señaló que, es inexistente la facultad de jurisdicción coactiva por parte de las Empresas Sociales del Estado-ESE, precisando: El parágrafo 1 del artículo 5º de la Ley 1066 de 2006 excluye a las E.S.E como prestadores de servicios de salud de la facultad de cobro coactivo, en consideración a que compiten en igualdad de condiciones con los particulares y demás actores del sistema nacional, distrital y territorial en la prestación de dichos servicios, en especial, en materia de cobranza, en similares o iguales condiciones que los particulares (Rad 11001030600020230007 4 700).
4.El artículo 237 de la ley 1952 de 2019, atribuye jurisdicción coactiva para el cobro de multa a la entidad a la cual preste o haya prestado sus servicios el sancionado – Subred Integrada de servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., cuando la suspensión en el cargo haya sido convertida en días de salario.

PROBLEMA JURIDICO

El problema jurídico se circunscribe a dar respuesta a los interrogantes formulados en la consulta, los cuales refieren al ejercicio de la facultad de cobro coactivo por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE de Bogotá, respecto del cobro de obligaciones que no se encuentran comprendidas dentro del ámbito de facturación por la prestación de servicios de salud y que involucran deudores externos o ajenos al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS, JURISPRUDENCIALES Y CONCEPTUALES

Para dar respuesta a lo solicitado, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos normativos, jurisprudenciales y conceptuales.

Artículo 194 de la Ley 100 de 1993[12]
Artículo 83 de la Ley 489 de 1998[13]
Artículos 2 y 5 del Acuerdo 641 de 2016[14] del Concejo de Bogotá
Artículo 2.5.3.8.4.1.1[15] del Decreto 780 de 2016[16]

12 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
13 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.
14 Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones
15 Artículo 2.5.3.8.4.1.1 Naturaleza jurídica. Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.
16 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Sentencia C-953/2007[17] de la Corte Constitucional
Artículo 7 del Decreto 120 de 2026[18]
Concepto con radicado 202211602499661 del 14 de diciembre de 2022 de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social
Concepto con radicado 2516 del 23 de julio de 2024 de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado

ANÁLISIS JURÍDICO

- **Naturaleza Jurídica de las Empresas Sociales del Estado**

Es importante indicar que el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, dispone 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 - ESE, 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.

Es necesario aclarar que las Empresas Sociales del Estado de conformidad al artículo 83 de la Ley 489 de 1998, son creadas por la nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud, precepto normativo que indica:

> *"ARTICULO 83. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación en forma directa de servicios de salud se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen."*

Así mismo, el Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.5.3.8.4.1.1 previó que las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.

Ahora, en la Sentencia C-953/2007[19] de la Corte Constitucional, se precisó sobre las Empresas Sociales del Estado lo siguiente:

> *"Por lo tanto, se concluye que estas empresas constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada perteneciente a la rama ejecutiva del poder público, a la que compete la prestación*

17 Referencia: expediente D-6763. Magistrado Ponente:Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA
18 Por el cual se establece la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.
19 Referencia: expediente D-6763. Magistrado Ponente:Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

directa de los servicios de salud a nivel nacional y territorial. La jurisprudencia constitucional ha señalado, en la sentencia C-665 de 2000 (M.P. José Gregorio Hernández Galindo), sobre el carácter especial de estas entidades que:"[L]as empresas sociales del Estado son entes que no pueden confundirse con los establecimientos públicos y que constituyen una nueva categoría de entidad descentralizada concebida con un objeto específico que la propia legislación ha señalado y que justifica, por razón de los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el legislador, unas ciertas reglas y una normatividad también especial. Como órganos del Estado, aún cuando gozan de autonomía administrativa, están sujetos al control político y a la suprema dirección del órgano de dirección al cual están adscritos".(Subrayado fuera del textio)

- **Naturaleza jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Distrito Capital**

El artículo 2 del Acuerdo 641 de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá, dispone lo siguiente sobre la fusión de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital:

> ***"ARTÍCULO 2º. Fusión de Empresas Sociales del Estado.*** *Fusionar las siguientes Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., como sigue:*
>
> *Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."*
>
> *Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E."*
>
> *Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."*
>
> *Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E."*
>
> ***PARÁGRAFO 1.*** *Cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articularán en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital de conformidad con el artículo 25 del presente Acuerdo.*
>
> ***PARÁGRAFO 2.*** *Los nombres de las actuales unidades de prestación de servicios de salud deberán conservarse para efectos de la identificación por parte de la ciudadanía."*

El artículo 5 ibidem dispone sobre la subrogación de derechos y obligaciones de las Empresas Sociales del Estado:

> ***"ARTÍCULO 5º. Subrogación de derechos y obligaciones.*** *Subrogar en las Empresas Sociales del Estado, que resultan de la fusión ordenada mediante el presente Acuerdo, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.*
>
> *Las Empresas Sociales del Estado que resulten de la fusión realizarán los ajustes presupuestales y financieros necesarios para el cabal cumplimiento de las obligaciones por ellas adquiridas.*
>
> *Para efectos del cumplimiento del presente artículo y dentro del período de transición, el Gobierno Distrital, a través de las instancias correspondientes, con la coordinación de la Secretaría de Hacienda Distrital, efectuará las modificaciones presupuestales a que haya lugar."*

- **Cobro coactivo de las Empresas Sociales del Estado**

Sobre el particular, es preciso indicar que la Dirección Jurídica de este Ministerio mediante radicado 202211602499661 del 14 de diciembre de 2022 emitió concepto a través del cual se pronunció sobre la facultad de cobro coactivo de las Empresas Sociales del Estado, precisando al respecto:

> *"En primer lugar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 83 de la Ley 489 de 1998 y el numeral 2º del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, las ESE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, cuyo objeto consiste en la prestación de los servicios en salud.*
>
> *Por su parte, el artículo 4 del Decreto 1876 de 1994, compilado en el artículo 2.5.3.8.4.1.4 del Decreto 780 de 2016, fijó los objetivos de las Empresas Sociales del Estado entre los cuales se encuentran los de (i) prestar los servicios de salud que la población requiera y (ii) producir servicios de salud eficientes y efectivos.*
>
> *El artículo 155 de la Ley 100 de 1993 contempla los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, previendo bajo una misma denominación "las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas". El artículo 185 ibidem, a su vez, señala las funciones que deberán cumplir dichas entidades, sin diferenciar su naturaleza pública, privada o mixta. Por lo tanto, la función que por regla general realizan las IPS, independientemente de su naturaleza jurídica, es la de prestar los servicios de salud, acorde con la complejidad y la modalidad en que busquen ofertarlos, siempre de conformidad con el manual de habilitación vigente.*
>
> *Es del caso indicar que, el artículo 5 de la Ley 1066 de 2006, revistió de la facultad de cobro coactivo a las entidades públicas que de manera permanente tengan a su cargo el ejercicio de actividades y funciones administrativas o la prestación de servicios del Estado Colombiano, y que, en virtud de esta, tengan que recaudar rentas o caudales públicos, con exclusión de las obligaciones respecto*

de las cuales las entidades desarrollan una actividad de cobranza similar o igual a los particulares, en desarrollo del régimen privado que se aplica al giro principal de sus negocios, cuando tal régimen esté previsto en la ley o en los estatutos sociales.

Cabe indicar que, la Sentencia C-666 de 2000, la Honorable Corte Constitucional dejó en claro que la facultad de cobro coactivo está restringida a recursos provenientes de "funciones netamente administrativas", confiadas por el legislador de modo expreso, siempre que en la norma de orden legal correspondiente se autorice la función de ejecución coactiva y se determinen las condiciones de su ejercicio. Es del caso indicar que, la sentencia en cita precisó que la potestad de cobro por jurisdicción coactiva, tratándose de funciones administrativas asignadas por ley, lleva implícita la noción de imperium, es decir, donde el Estado ejercita su poder de imperio, soberanía o autoridad.

Conforme con lo expresado por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, la facultad de cobro coactivo no es una competencia general para crear obligaciones a favor del Estado, sino para recaudar directamente, sin necesidad de acudir al juez de ejecución, las rentas o caudales públicos que estén contenidos en un título ejecutivo proveniente del deudor o creado por la propia entidad.

Por lo tanto, se tiene que para poder predicar el ejercicio de la potestad de cobro por jurisdicción coactiva como es el caso de las Empresas Sociales del Estado, que desarrollan actividades que se consideran de gestión (prestación de servicios de salud), y no administrativas, en las cuales compiten en igualdad de condiciones con los particulares, deberá mediar norma expresa de carácter legal en la que autorice la función de ejecución coactiva y se determinen las condiciones de su ejercicio. Esta Dirección estima pertinente reiterar que dicha facultad se tornaría viable solo tratándose del recaudo de caudales producto del ejercicio de funciones netamente administrativas, es decir, de créditos nacidos a la vida jurídica de manera unilateral y como expresión de la facultad de imperio, soberanía, poder y autoridad del Estado sobre sus asociados, cuyas funciones le hayan sido confiadas por la Constitución o la ley de manera expresa, determinando las condiciones de su ejercicio.

En cuanto a lo señalado en la Circular Conjunta del 18 de octubre de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que indicó que las certificaciones, documentos o actas en que consten obligaciones a favor de las Empresas Sociales del Estado tendrán merito ejecutivo y sobre las mismas iniciar el proceso de cobro coactivo, esta Dirección reitera que dicha facultad se tornaría viable solo tratándose del recaudo de caudales producto del ejercicio de funciones netamente administrativas, es decir, de créditos nacidos a la vida jurídica de manera unilateral y como expresión de la facultad de imperio, soberanía, poder y autoridad del Estado sobre sus asociados, cuyas funciones le hayan sido confiadas por la Constitución o la ley de manera expresa, determinando las condiciones de su ejercicio.

Por el contrario, en relación con las funciones de gestión que ejercen las Empresas Sociales del Estado, destinadas a hacer efectivo uno de los fines del Estado, como es la prestación del servicio

público de salud, actividad en la que compiten en igualdad de condiciones con los particulares, estas no cuentan con la facultad de cobro coactivo.

Debe anotarse que la normativa en materia de prestadores de servicios de salud no ha establecido distinción respecto de la venta de servicios por parte de instituciones públicas y privadas. Por el contrario, esta materia se ha regulado de forma genérica, lo que indica que las ESE compiten en igualdad de condiciones con los particulares en la prestación de servicios de salud.

De acuerdo con lo expuesto, la posibilidad de que las Empresas Sociales del Estado se abroguen atribuciones de jurisdicción coactiva, estaría dada por el hecho de que la norma legal de creación o reorganización les otorgara autorización en tal sentido, determinando las condiciones para su ejercicio, autorización que únicamente podría darse respecto del cobro de deudas generadas en el ejercicio de funciones netamente administrativas, confiadas legalmente de modo expreso*." (resaltos fuera de texto)*

Ahora bien, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado mediante concepto con radicado 2516 del 23 de julio de 2024, indicó sobre la facultad de cobro coactivo de las Empresas Sociales del Estado, lo siguiente:

"i) Las Empresas Sociales del Estado- E.S.E., desde un punto de vista orgánico son entidades públicas sometidas al régimen de derecho privado que compiten en igualdad de condiciones con otros actores en la prestación de servicios de salud y hacen gestión o actividades de cobro de manera similar o igual con los particulares que también prestan servicios de salud, por lo que se encuentran en el supuesto de exclusión del parágrafo 1 del artículo 5⁰ de la Ley 1066 de 2006 para el ejercicio de la potestad de cobro coactivo;
iii) Los artículos 98 de la Ley 1437, 169 del Decreto Ley 1421 de 1993 para el Distrito Q) Capital y 1 12 de la Ley 6 ª de 1992, deben ser interpretados sistemáticamente, de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 5⁰ de la Ley 1066 de 2006 en o el sentido de que la exclusión que contiene la última disposición es aplicable a las E -S.E.
iv)Por todo lo anterior, las E.S.E no pueden hacer uso de esta prerrogativa de cobro coactivo so pena de quebrantar el equilibrio con los particulares que prestan servicios de salud en iguales condiciones.
v)No existe otra prerrogativa de cobro coactivo especial para las Empresas Sociales del Estado- E.S.E., que se aplique sin consideración de la regla prevista en el parágrafo 1 del artículo 5 de la Ley 1066 de 2006 por lo que éstas pueden, para el cobro de las acreencias derivadas de la prestación de servicios de salud, acudir ante la jurisdicción ordinaria"

RESPUESTA AL PROBLEMA JURIDICO PLANTEADO

Después de esbozado lo anterior, procedemos a resolver el problema jurídico planteado, dando respuesta a cada uno de los interrogantes formulados en la consulta, previa transcripción de los mismos, así:

"1.Se informe en qué casos la Subred puede ejercer la jurisdicción coactiva respecto de obligaciones que no provienen de facturación de servicios de salud ni de entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

"2. Se confirme si, conforme a lo previsto en el artículo 237 de la Ley 1952 de 2019, la Subred está facultada para adelantar cobro coactivo para obtener el pago de multas disciplinarias convertidas en días de salario.

3. Si es jurídicamente procedente adelantar procesos de cobro coactivo frente a deudas de naturaleza distinta, tales como reintegros por pagos indebidos, multas o sanciones administrativas, cuando los deudores no hacen parte de las entidades del SGSSS y los valores adeudados no superan dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes."

Como los anteriores interrogantes tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta de la siguiente manera:

De conformidad con lo dispuesto en los numerales 5, 7 y 16 del artículo 7 del Decreto 120 de 2026, esta Dirección emite conceptos de carácter general sobre la aplicación de las normas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, dicha competencia no comprende la emisión de pronunciamientos sobre situaciones particulares y concretas, como sería el determinar si una Empresa Social del Estado (ESE) puede ejercer jurisdicción coactiva respecto de obligaciones que no se derivan de la facturación de servicios de salud ni provienen de entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación con este asunto, resulta pertinente tener en cuenta el concepto jurídico con radicado No. 202211602499661 del 14 de diciembre de 2022 emitido por esta Dirección, en el cual se indicó que la autorización para el ejercicio de la jurisdicción coactiva únicamente podría predicarse respecto del cobro de obligaciones derivadas del ejercicio de funciones estrictamente administrativas expresamente atribuidas por la ley.

Ahora bien, en lo atinente a la situación objeto de consulta y en el marco de lo conceptuado en el pronunciamiento jurídico ya señalado, le corresponderá a cada Empresa Social del Estado, y en el caso específico a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE de Bogotá, analizar dentro de la autonomía administrativa que le es propia y concede el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, en qué casos puntuales puede desarrollar actividades de jurisdicción coactiva frente al ejercicio de funciones netamente administrativas, específicamente respecto al cobro de

multas disciplinarias, reintegro por pagos indebidos, multas o sanciones frente a actores que no forman parte del SGSSS.

En los anteriores términos damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este pronunciamiento tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en cuanto a que "*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución", constituyéndose simplemente en un criterio orientador*."

Cordialmente,

3.5. ASUNTO: **Concepto jurídico relacionado con la representación de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención.**

Radicado. 2026423002249812 ID: 2045288

Respetada señora:

Hemos recibido su solicitud, trasladada a este Ministerio por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante radicado No. 20262040211911, a través de la cual formula una consulta relacionada con la conformación de la Junta Directiva de la Central de Urgencias Louis Pasteur E.S.E. y, en particular, con la representación de los empleados públicos del área administrativa cuando la entidad cuenta con un único profesional administrativo de planta.

En su comunicación manifiesta que la Central de Urgencias Louis Pasteur corresponde a una Empresa Social del Estado del primer nivel de atención y solicita orientación respecto de si la representación de los empleados públicos del área administrativa ante su Junta Directiva recae directamente en el único profesional administrativo de planta o si, por el contrario, debe surtirse un proceso de elección cada dos (2) años; asimismo, solicita precisar las causales de pérdida de permanencia en dicha corporación, y el procedimiento aplicable en los eventos de incapacidad o vacancia absoluta del cargo.

La consulta se formula en los siguientes términos:

> *"(…)*
>
> *Se solicita concepto técnico, jurídico con el fin de determinar si en la Central de Urgencias Louis Pasteur, Empresa Social del Estado (ESE) de Primer Nivel de atención, del municipio de Melgar Tolima, donde existe un único profesional de planta para el área administrativa, la representación ante la Junta Directiva recae de forma directa sobre este, o debe surtirse cada dos (02) años elección? Asimismo, se solicita precisar las causales de pérdida de permanencia en dicha corporación y quién es el competente para determinarlo, de igual forma el procedimiento a seguir en caso de incapacidad del titular del cargo o vacancia absoluta de dicho cargo de planta. Agradezco de antemano la atención prestada a la presente,*
>
> *(…)".*

Al respecto, y teniendo en cuenta que la Empresa Social del Estado –E.S.E. consultante– es una

institución del primer nivel de atención, se señala lo siguiente:

- **INTEGRACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El artículo 70 de la Ley 1438 de 2011[20] establece la forma como se integran las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, así:

> ***"Artículo 70.*** *De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:*
>
> *70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.*
>
> *70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.*
>
> *70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.*
>
> ***70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.***
>
> *Parágrafo 1°. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años.*
>
> *(…)" (Resaltos fuera de texto)*

A su vez, el Decreto 2993 de 2011[21], compilado en el Decreto 780 de 2016[22], desarrolló el procedimiento para la elección y participación de los representantes de los empleados públicos ante las Juntas Directivas de las E.S.E. de primer nivel de atención.

---

20 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

[21] por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.

[22] por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

- **REPRESENTACIÓN DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Para el caso objeto de consulta, el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016 establece una regla especial para aquellos eventos en los cuales la entidad cuenta únicamente con un empleado público profesional del área administrativa, señalando:

> ***"Artículo 2.5.3.8.7.4.Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa.*** *Podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los profesionales del área administrativa, todos los profesionales que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel directivo, asesor o profesional y posean título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.*
>
> *De no existir profesionales del área administrativa, podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los técnicos o tecnólogos del área administrativa, todos los técnicos o tecnólogos que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel técnico o asistencial y posean título de técnico o tecnólogo en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.*
>
> ***Parágrafo.*** *Cuando en la Empresa Social del Estado solo exista un empleado público profesional del área administrativa, situación que debe ser certificada por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos del área administrativa en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.*
>
> *En el evento en que no acepte, o no manifieste por escrito su voluntad dentro del término indicado, la elección se efectuará entre los empleados públicos del área administrativa que acrediten formación de técnico o tecnólogo; si solo existe un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, lo cual deberá ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el Gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad." (Subrayado fuera de texto).*

La misma disposición prevé que, si dicho servidor no acepta la representación o no manifiesta oportunamente su voluntad, podrá acudirse a los empleados públicos del área administrativa con formación técnica o tecnológica, e igualmente contempla la hipótesis en la que únicamente exista un técnico o tecnólogo, caso en el cual la representación recaerá directamente sobre este, previo cumplimiento de las condiciones previstas en la norma.

Por otra parte, el artículo 2.5.3.8.7.9 ibidem, establece:

*"**Artículo 2.5.3.8.7.9. Participación para elegir y ser elegido.** En el proceso de elección de los representantes de los empleados públicos del área administrativa y asistencial ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, solo podrá participar, en cada caso, para elegir y ser elegido, el personal de planta de la entidad."*

Ahora bien, esta Dirección conceptualmente ha considerado que, cuando la situación fáctica de la E.S.E del primer nivel de atención, corresponda a la hipótesis prevista en el parágrafo del artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, la representación de los empleados públicos del área administrativa no surge de un proceso competitivo de elección entre varios aspirantes, sino de la aplicación directa de la regla especial establecida por el ordenamiento jurídico, previa certificación expedida por el jefe de talento humano o quien haga sus veces respecto de la existencia de un único profesional administrativo de planta.

Igualmente, el Ministerio ha precisado que la integración de las juntas directivas de las E.S.E. de primer nivel de atención debe efectuarse con observancia de los requisitos y procedimientos establecidos en el marco normativo vigente, particularmente los contenidos en el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y en las disposiciones compiladas en el Decreto 780 de 2016.

- **RESPUESTA A LA CONSULTA**

Por tratarse de interrogantes con unidad de materia relacionados con la representación de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención, esta Dirección los resolverá de manera conjunta en los siguientes términos:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y en el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016, cuando en una Empresa Social del Estado del primer nivel de atención únicamente exista un empleado público profesional del área administrativa, circunstancia que deberá ser certificada por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces en la entidad, la representación de los empleados públicos del área administrativa ante su Junta Directiva recaerá directamente en dicho servidor, en los términos expresamente previstos por la normativa vigente, sin que para ese caso puntual sea procedente efectuar un proceso de elección.

En consecuencia, para la hipótesis específica contemplada por la norma, el ordenamiento jurídico prevé un mecanismo especial de representación fundado en la existencia de un único profesional administrativo de planta, que no prevé para su materialización de la realización de un proceso de elección.

Dicho lo anterior y frente a las causales de perdida de la representación del empleado público profesional del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del primer nivel de atención, debe señalarse que la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 no contemplan nada sobre el particular, razón por la que consideramos que ello debe analizarse a la luz de lo que sobre el particular se haya establecido en los estatutos de la entidad. No obstante, conceptualmente consideramos que una causal de pérdida de la representación en comento sería la renuncia a ella efectuada por el servidor público, así como la renuncia del servidor público a la entidad donde labora, por citar unos ejemplos.

En cuanto al procedimiento a seguir en caso de incapacidad del represente de los empleados públicos profesionales del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del primer nivel de atención, obviamente enmarcado en la situación fáctica descrita en su comunicación, las normas no han contemplado nada sobre el particular. Ahora, consideramos que una incapacidad per sé no puede tener por efecto la pérdida de la representación, salvo que se regule lo contrario en los estatutos de la entidad. En este evento de presentarse una incapacidad en ese representante la Junta Directiva deberá sesionar con sus demás integrantes.

Frente al caso de que el represente de los empleados públicos profesionales del área administrativa ante la Junta Directiva de una ESE del primer nivel de atención renuncie a su empleo en la entidad, ello traería como consecuencia lógica la pérdida de esa representación, lo cual conllevaría a que se habilite la posibilidad de que esa representación recaiga en un empleado público del área administrativa con formación técnica o tecnológica, siguiendo para el efecto las reglas previstas en el artículo 2.5.3.8.7.4 del Decreto 780 de 2016.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[23] en cuanto a que *"Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución"*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

23 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

3.6. ASUNTO: **Consulta relacionada con el período y la reelección de los representantes de los usuarios y del sector productivo ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado.**

Radicado 2026423001771662. Id: 1941888

Respetados señores:

Hemos recibido su comunicación, trasladada por la Superintendencia Nacional de Salud por competencia a este Ministerio, mediante la cual formulan diversos interrogantes relacionados con la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado – ESE de baja y mediana complejidad, particularmente en lo referente al período y la eventual reelección de los representantes de los usuarios y del sector productivo, así como respecto a la legalidad de la intervención que pueden ejercer funcionarios de una ESE, a través del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, en la organización y funcionamiento de las asociaciones de usuarios.

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se ciñe a determinar el régimen jurídico aplicable al período y la eventual reelección de los representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios y de los gremios de la producción ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de baja y mediana complejidad, así como definir la legalidad de la intervención que pueden ejercer funcionarios de la ESE, a través del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, en la organización y funcionamiento de las asociaciones de usuarios.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Para los efectos del presente concepto se tendrán en cuenta los siguientes fundamentos normativos:

Artículo 70 de la Ley 1438 de 2011[24]
Artículo 1 del Decreto 120 de 2026[25]

24 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
25 por el cual se establece la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

Decreto 1757 de 1994[26], compilado en el Decreto 780 de 2016[27].
Decreto 1876 de 1994[28] compilado en el Decreto 780 de 2016
Artículos 2.5.3.8.4.2.3, 2.5.3.8.4.2.5, 2.10.1.1.9, 2.10.1.1.11 y 2.10.1.1.12 del Decreto 780 de 2016.
Sentencia de 16 de octubre de 2003[29], proferida por la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, Radicación No. 17001-23-31-000-2003-0667-01 (3140)

ANÁLISIS JURÍDICO

- **INTEGRACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS DEL I NIVEL DE ATENCIÓN, PERIODO Y REELECCIÓN DE SUS MIEMBROS**

El artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 establece la forma como se integra la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, así:

> ***"Artículo 70.*** *De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:*
>
> *70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.*
>
> *70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.*
>
> ***70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.***
>
> *70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.*
>
> ***Parágrafo 1°. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad***

26 por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4° del Decreto-ley 1298 de 1994
27 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
28 por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado
29 Magistrado Ponente Darío Quiñones Padilla

tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años.

(…)" (Resaltos fuera de texto)

- **INTEGRACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS DEL II O III NIVEL DE ATENCIÓN, PERIODO Y REELECCION**

La integración de la Junta Directiva de las ESE del II o III nivel de atención se encuentra reglada en el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, así:

***"ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.3**. Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:*

1. El estamento político-administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva

la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de esta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando estos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

(…)" (resaltos fuera de texto)

Respecto del período general y reelección de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención, el artículo 2.5.3.8.4.2.5 del Decreto 780 de 2016, que compiló lo previsto en su momento en el artículo 9 del Decreto 1876 de 1994, señala:

*"**Artículo 2.5.3.8.4.2.5.Términos de la aceptación.** Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la Junta Directiva, por parte de la Dirección de Salud correspondiente, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.*

En caso de aceptación, tomará posesión ante el Ministro de Salud cuando se trate de una Empresa Social del Estado del orden nacional, o ante el Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, quedando consignada tal posesión en el libro de Actas que se llevará para tal efecto. Copia del acta será enviada al Representante Legal de la Empresa Social.

Los miembros de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado respectiva, tendrán un período de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos."

- **RÉGIMEN APLICABLE AL PERÍODO DEL REPRESENTANTE DE LAS ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA ESE DEL II O III NIVEL DE ATENCIÓN**

Frente al período de los representantes de las asociaciones o alianzas de usuarios, el artículo 2.10.1.1.12 del Decreto 780 de 2016 dispone particularmente:

*"**Artículo 2.10.1.1.12**Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de estas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. (…)".*

En relación con la determinación del período del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención, y atendiendo la coexistencia en su momento, de disposiciones generales y especiales sobre la materia, resulta pertinente traer a colación el precedente fijado por la Sección Quinta de la Sala

de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, mediante sentencia del 16 de octubre de 2003, Radicación n.º 17001-23-31-000-2003-0667-01 (3140). Dicho pronunciamiento tuvo por objeto definir la norma aplicable ante la aparente contradicción existente entre lo previsto en el artículo 9 del Decreto 1876 de 1994 y el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994 —vigentes al momento de la decisión y posteriormente compilados en el Decreto 780 de 2016—, en lo relativo al período del mencionado representante, en esa providencia, el Consejo de Estado señaló:

"(...)

Es indudable que en relación con el período de los representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado existe una contradicción normativa, por lo que debe definirse cuál es la aplicable al caso. Para ello es necesario acudir a las reglas de interpretación de la ley previstas en los artículos 72 del Código Civil, 2° y 3° de la Ley 153 de 1887.

En efecto, al tenor de lo dispuesto en los artículos 72 del Código Civil y 2° de la Ley 153 de 1887 la ley posterior prevalece sobre la ley anterior. Sin embargo, en este asunto ocurre que los Decretos 1876 y 1757 de 1994 fueron expedidos y publicados el mismo día, pues se expidieron el 3 de agosto de ese año y se publicaron el 5 de agosto siguiente, por lo que el único criterio que puede servir como fundamento para definir cuál es posterior es el número del Diario Oficial en el que se publicaron. Así, el Decreto 1876 de 1994 aparece publicado en un número posterior, pues fue publicado en el Diario Oficial número 41.480, mientras que el Decreto número 1757 de 1994 lo fue en el Diario Oficial número 41.477. Por ello, podría decirse que el Decreto 1876 de 1994 es posterior y, por ende, debe aplicarse.

No obstante lo anterior, se tiene que el artículo 3° de la Ley 153 de 1887 señala otra regla de interpretación, según la cual una ley especial prima sobre la ley general. Con base en ello, se encuentra que el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994 es norma especial mientras que el artículo 9° del Decreto 1876 de 1994 es norma general, pues la primera regula específicamente el período de los Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, mientras que la segunda regula de manera general el período para todos los miembros de esas juntas. Por ello, la norma aplicable sería el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994.

(...)

Así las cosas, se tiene que para los miembros de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado existen dos períodos diferentes. El primero, específicamente señalado en dos (2) años para los representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios, establecido en el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994 y, el segundo, de tres (3) años para los demás miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado, según la regla general establecida en el artículo 9° del Decreto 1876 de 1994. Luego, se concluye que el período del representante de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios en la Junta Directiva del Hospital San Bernardo del Municipio de Filadelfia es

de dos (2) años.(...)"

- **REGULACIÓN DE LAS ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS**

Respecto de las alianzas o asociaciones de usuarios, el artículo 2.10.1.1.11 del Decreto 780 de 2016 indica:

> *"**Artículo 2.10.1.1.11**Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.*
>
> *Las Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios." (Resaltos fuera de texto).*

Así mismo, el artículo 2.10.1.1.12 ibidem reconoce a las asociaciones y alianzas de usuarios la facultad de elegir sus representantes mediante asamblea general, lo que reafirma que la representación de dichas organizaciones se ejerce a través de mecanismos internos de participación.

Adicionalmente, el artículo 2.10.1.1.9 del Decreto 780 de 2016 prescribe:

> *"**Artículo 2.10.1.1.9**Garantías a la participación. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables."*

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Expuesta la normativa aplicable, se procede a resolver el problema jurídico planteado dando respuesta a cada uno de los interrogantes formulados en la consulta, previa transcripción de los mismos, de la siguiente manera:

> ***"1. Cuál es el periodo exactamente que debe cumplir el representante de los usuarios y del sector productivo ante la junta directiva de la E.S.E. de baja y mediana complejidad de atención ubicada en un municipio de segunda categoría?***
> ***2. Puede el representante de los usuarios y del sector productivo ante la junta directiva de la E.S.E. de baja y mediana complejidad de atención ubicada en un municipio de segunda categoría ser reelegidos?***
> ***3. Puede el representante de los usuarios ante la E.S.E. de baja y mediana complejidad de atención ubicada en un municipio de segunda categoría ser reelegido?"***

Como estas inquietudes tienen unidad de materia, se dará una sola respuesta, así:

El artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 regula la forma como se integra la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, también llamadas de baja complejidad, en dicha norma en su numeral 70.3 se prevé la participación de un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas. Para las ESE del mencionado nivel las normas que las regulan no han previsto la participación de algún representante de los gremios de la producción o sector productivo, como sí ocurre para las ESE del II o III nivel de atención, como más adelante se explicará.

Dicho lo anterior y en lo que respecta a las Empresas Sociales del Estado del I nivel de atención, el período del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante su Junta Directiva es de dos (2) años principalmente, sólo en el evento en que la mencionada ESE se encuentre ubicada en un municipio de sexta categoría, ese período es de cuatro (4) años, lo anterior a voces de lo reglado en el parágrafo 1 del artículo 70 de la Ley 1438 de 2011.

Conforme la misma disposición normativa citada en el párrafo anterior, la reelección del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una ESE del I nivel de atención se encuentra permitida, sólo que esta se halla condicionada a que la misma no se dé para períodos consecutivos ni en más de dos ocasiones.

De otra parte, la integración de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención, también conocidas como de mediana o alta complejidad, se encuentra regulada en el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, allí en el numeral 3 se contempla la participación de la comunidad a través de dos representantes, uno designado por las alianzas o asociaciones de usuarios y el otro, escogido por los gremios de la producción del área de influencia de la ESE y a falta de estos, se previó que ese representante sería designado por los Comités de Participación Comunitaria – COPACOS.

Ahora bien, respecto de los anteriores representantes su relección se encuentra establecida y permitida sin restricciones o condicionamientos ligados a la categoría del municipio en el inciso 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.5 del Decreto 780 de 2016. En cuanto al período, la anterior norma lo establece en tres (años), para el caso que nos ocupa sólo aplicable al representante de los gremios de la producción o de los Copacos según sea el caso, ya que el período del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios es de dos (2) años, conforme lo aclarado por la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, mediante sentencia del 16 de octubre de 2003, Radicación n.º 17001-23-31-000-2003-0667-01 (3140.

"4. Es viable legalmente que un empleado de la entidad de salud, específicamente la coordinación del SIAU, intervenga en la gestión y dirección de las decisiones y funciones de la asociación de usuarios, respondiendo a intereses individuales y colectivos por la organización de actas de reunión, bases de datos, registro permanente de afiliados, reuniones periódicas y anuales de asambleas, junta directiva y comités? "

Frente a este interrogante debe señalarse que de conformidad con el artículo 1 del Decreto 120 de 2026, este Ministerio tiene como finalidad primordial la formulación y adopción de políticas, planes generales, programas y proyectos relacionados con el sector salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, según el artículo 7 ibidem, esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven ni se constituyen como prueba en casos particulares.

En este sentido los pronunciamientos de esta Dirección no tienen por objeto el definir legalidades y la procedencia o no del actuar por acción u omisión de particulares o de autoridades públicas, esto solamente puede ser definido por las autoridades investidas de competencias de Inspección, Vigilancia y Control o por las autoridades judiciales según sea el caso.

Así las cosas, debe indicarse que vía concepto no podemos definir la legalidad del actuar del servidor público señalado en su interrogante, no obstante debe señalarse que las normas que regulan a las alianza o asociaciones de usuarios no han previsto que funcionarios de una ESE pueden intervenir en la gestión u operación interna de este tipo de organizaciones.

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[30] de la Ley 1755 de 2015[31], 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,

30 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 (...).
31 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

3.7. ASUNTO: Consulta sobre la conformación de Comités de Ética Médica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. Radicado: 202642402511702. ID 2098266.

Respetada Señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta si en Colombia existe una disposición normativa que ordene a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– conformar un Comité de Ética Médica, distinto del Comité de Ética Hospitalaria y del Comité de Ética en Investigación.

Al respecto, este Ministerio se permite señalar las disposiciones normativas relacionadas con la materia objeto de consulta, en los siguientes términos:

1. RÉGIMEN DE ÉTICA MÉDICA

La Ley 23 de 1981[32], constituye la principal regulación en materia de ética profesional médica en Colombia.

En desarrollo de dicho régimen ético-profesional, el artículo 63 dispone:

> ***"Artículo 63.*** *Créase el Tribunal Nacional de Etica Médica con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia."*

De igual manera, los artículos subsiguientes regulan la integración y funcionamiento de los Tribunales de Ética Médica previstos por la Ley 23 de 1981.

2. COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA

Por otra parte, el artículo 2.10.1.1.14 del Decreto 780 de 2016[33] establece:

> ***"Artículo 2.10.1.1.14. Comités de ética hospitalaria. Las Instituciones Prestatarias de***

[32] *Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*
[33] ***por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social***

***Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria**, los cuales estarán integrados por:*

(…):" (Resaltos fuera de texto).

A su vez, el artículo 2.10.1.1.15 ibídem dispone:

*"**Artículo 2.10.1.1.15.** Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:*

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.

2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.

3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.

4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

(…).

Frente a la vigencia de estas disposiciones, este Ministerio ha señalado que la integración y funcionamiento de los Comités de Ética Hospitalaria se encuentran regulados por los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016, disposiciones que compilaron la regulación previamente contenida en el Decreto 1757 de 1994

3. RESPUESTA AL INTERROGANTE PLANTEADO

Con fundamento en las disposiciones expuestas, este Ministerio se permite señalar que el ordenamiento jurídico colombiano diferencia los Tribunales de Ética Médica, previstos en la Ley 23 de 1981, de los Comités de Ética Hospitalaria, regulados actualmente por los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016

En relación con el interrogante planteado, no se identifica en la normativa general vigente una disposición legal o reglamentaria que establezca para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud la obligación de conformar un órgano denominado específicamente *"Comité de Ética Médica".*

Por el contrario, la Ley 23 de 1981 previó los Tribunales de Ética Médica como instancias encargadas de conocer los procesos ético-profesionales derivados del ejercicio de la medicina, mientras que el Decreto 780 de 2016 estableció expresamente la obligación de conformar Comités de Ética Hospitalaria, definiendo su integración y funciones.

En consecuencia, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la figura expresamente prevista por la normativa vigente corresponde a los Comités de Ética Hospitalaria, en los términos establecidos en los artículos 2.10.1.1.14 y 2.10.1.1.15 del Decreto 780 de 2016.

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[34] de la Ley 1755 de 2015[35], 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,

34 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 (...).
35 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.

3.8. ASUNTO: **Respuesta a consulta sobre la eventual existencia de inhabilidades o prohibiciones para que la cónyuge de un funcionario médico participe en instancias de representación de usuarios y participación social en salud.**

Radicado: 202642402777592 Id: 2150012.

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual solicita que se le informe si, dentro de la legislación colombiana, existe alguna prohibición o inhabilidad para que la cónyuge de un funcionario médico pertenezca al Comité de Ética Hospitalaria, a la Junta Directiva de una institución, a una Alianza o Asociación de Usuarios y participe en actividades relacionadas con la recepción o apertura de buzones de quejas, peticiones y reclamos. Al respecto, este Ministerio se permite señalar lo siguiente:

Para abordar el asunto objeto de consulta, resulta pertinente exponer el marco normativo aplicable en materia de participación de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, participación en los Comités de Ética Hospitalaria, régimen de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de interés.

- **PARTICIPACIÓN DE USUARIOS**

En primer lugar, el literal h) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993[36] establece:

> **"*ARTICULO 156.****Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:*
>
> *(…)*
>
> *h) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud;*
>
> *(…)".*

36Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

En desarrollo de dicha disposición, el artículo 2.10.1.1.10 del Decreto 780 de 2016[37] dispone:

> *"**Artículo 2.10.1.1.10**Alianzas o asociaciones de usuarios. La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.*
>
> ***Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.***
>
> ***Parágrafo 1°.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios.". (Subrayado fuera de texto).*

Asimismo, el artículo 2.10.1.1.13[38] ibidem establece las funciones de las alianzas o asociaciones de usuarios, dentro de las cuales se encuentran la defensa de los derechos de los usuarios, la vigilancia de la calidad de los servicios de salud y el mantenimiento de canales de comunicación con los afiliados.

- **COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA**

Respecto de los Comités de Ética Hospitalaria, el artículo 2.10.1.1.14 del Decreto 780 de 2016 precisa:

> ***"ARTÍCULO 2.10.1.1.14. Comités de ética hospitalaria.** Las Instituciones Prestatarias de Servicios de*

37 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
38 ARTÍCULO 2.10.1.1.13. Funciones de las asociaciones de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:
(…)
3. Participar en las Juntas Directivas de las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud y la Empresa Promotora de Salud.
(…)
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por periodos máximos de dos (2) años.
(…).

salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado.

2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.

3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.

4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

***PARÁGRAFO.** Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente. (Subrayado fuera de texto).*

Por su parte, el artículo 2.10.1.1.15[39] del citado decreto contempla las funciones de los Comités de Ética Hospitalaria relacionadas con la promoción y defensa de los derechos de los usuarios y la atención de inquietudes relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

- **RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

En materia de inhabilidades e incompatibilidades, la Constitución Política y la ley han previsto restricciones expresas para determinados servidores públicos y miembros de órganos de dirección de entidades públicas. En tal sentido, el artículo 126 de la Constitución Política, precisa:

***"ARTICULO 126º**—Los servidores públicos no podrán nombrar como empleados a personas con las cuales tengan parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil,*

39 ARTÍCULO 2.10.1.1.15. Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:
(…)
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
(…)
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
(…).

o con quien estén ligados por matrimonio o unión permanente. Tampoco podrán designar a personas vinculadas por los mismos lazos con servidores públicos competentes para intervenir en su designación. Se exceptúan de lo previsto en este artículo los nombramientos que se hagan en aplicación de las normas vigentes sobre ingreso o ascenso por méritos.".

En el ordenamiento jurídico colombiano se han previsto regímenes de inhabilidades e incompatibilidades. En este sentido, resulta pertinente citar el artículo 3 del Decreto Ley 128 de 1976[40], el cual menciona:

"Artículo 3°. De quienes no pueden ser elegidos o designados miembros de juntas o consejeros, gerentes o directores.

Además de los impedimentos o inhabilidades que consagren las disposiciones vigentes, no podrán ser elegidos miembros de Juntas o Consejos Directivos, ni Gerentes o Directores quienes:

a). Se hallen en interdicción judicial;

b). Hubieren sido condenados por delitos contra la administración pública, la administración de justicia o la fe pública, o condenados a pena privativa de la libertad por cualquier delito, exceptuados los culposos y los políticos;

c). Se encuentren suspendidos en el ejercicio de su profesión o lo hubieren sido por falta grave o se hallen excluídos de ella;

d). Como empleados públicos de cualquier orden hubieren sido suspendidos por dos veces o destituídos;

e). Se hallaren en los grados de parentesco previstos en el Artículo 8o[41]. de este Decreto;

f). Durante el año anterior a la fecha de su nombramiento hubieren ejercido el control fiscal en la respectiva entidad.".

De manera específica para las Empresas Sociales del Estado, el artículo 71 de la Ley 1438 de

40 Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas

41 **Artículo 8°.De las inhabilidades por razón del parentesco.**
Los miembros de las Juntas o Consejos Directivos no podrán hallarse entre sí ni con el Gerente o Director de la respectiva entidad, dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil. Habrá lugar a modificar la última elección o designación que se hubiere hecho, si con ella se violó la regla aquí consignada.

2011[42] determina:

> *"**ARTÍCULO 71. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de estas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores, siempre y cuando la vinculación de estos últimos a la entidad del sector salud obedezca a la participación del ente territorial al que representa. Esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo."*

Sobre el alcance de las inhabilidades e incompatibilidades, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, mediante Concepto del 30 de octubre de 1996, Radicado No. 925[43], indicó:

> *"Las inhabilidades e incompatibilidades, así como sus excepciones son de interpretación y aplicación restrictiva. (…)*
>
> *Las causales de inhabilidad e incompatibilidad deben estar expresa y taxativamente consagradas en la Constitución o en la ley y son de aplicación e interpretación restrictiva. Este principio tiene su fundamento en el artículo 6º de la Constitución según el cual, los servidores públicos no pueden hacer sino aquello que expresamente les está atribuido por el ordenamiento jurídico; los particulares pueden realizar todo lo que no les esté prohibido."*

- **IMPEDIMENTOS Y CONFLICTOS DE INTERÉS**

Finalmente, en relación con los conflictos de interés e impedimentos, el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011[44] enuncia:

> ***"Artículo 11. Conflictos de interés y causales de impedimento y recusación**. Cuando el interés general propio de la función pública entre en conflicto con el interés particular y directo del servidor público, este deberá declararse impedido. Todo servidor público que deba adelantar o sustanciar actuaciones administrativas, realizar investigaciones, practicar pruebas o pronunciar decisiones definitivas podrá ser recusado si no manifiesta su impedimento por:*
>
> *1. Tener interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto, o tenerlo su*

42 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
43 Consejero Ponente: Javier Henao Hidrón. Régimen de inhabilidades e incompatibilidades. Carácter taxativo e interpretación restrictiva.
44 por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

cónyuge, compañero o compañera permanente, o alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho.

(...).”

- **RESPUESTA A LA CONSULTA**

Expuesto el marco normativo y conceptual anteriormente citado, procede este Ministerio a pronunciarse sobre el asunto objeto de consulta.

Con fundamento en las disposiciones contenidas en el literal h) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, así como en los artículos 2.10.1.1.10 y 2.10.1.1.13 del Decreto 780 de 2016, este Ministerio observa que el ordenamiento jurídico reconoce y promueve la participación de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante distintos mecanismos de participación social, entre ellos las alianzas o asociaciones de usuarios y los Comités de Ética Hospitalaria.

En este contexto, del examen de las disposiciones anteriormente citadas no se advierte la existencia de una prohibición, inhabilidad o incompatibilidad que impida, por el solo hecho de existir un vínculo matrimonial con un funcionario médico, que una persona haga parte de una alianza o asociación de usuarios, participe en un Comité de Ética Hospitalaria o intervenga en actividades relacionadas con la recepción, apertura o seguimiento de peticiones, quejas y reclamos.

Ahora bien, en materia de inhabilidades e incompatibilidades, debe tenerse en cuenta que el artículo 126 de la Constitución Política, el Decreto Ley 128 de 1976, el artículo 71 de la Ley 1438 de 2011 y las demás que regulan la materia consagran restricciones de carácter expreso para determinados servidores públicos o integrantes de órganos de dirección, para el caso que nos ocupa de Empresas Sociales del Estado - ESE. En concordancia con ello, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en Concepto del 30 de octubre de 1996, Radicación No. 925, precisó que las inhabilidades e incompatibilidades son de interpretación restrictiva y que sus causales deben encontrarse expresa y taxativamente previstas en la Constitución o en la ley.

Bajo ese entendido, este Ministerio considera que no resulta jurídicamente procedente extender por analogía los efectos de las inhabilidades e incompatibilidades a situaciones que no hayan sido previstas expresamente por el legislador.

Por otra parte, en relación con la eventual participación en la Junta Directiva de una ESE del cónyuge de un médico que labora en dicha entidad, debe indicarse que analizadas las normas

que regulan inhabilidades e incompatibilidades no se encontró una expresamente aplicable a ese caso.

Finalmente, es importante diferenciar las figuras de las inhabilidades e incompatibilidades de aquellas relacionadas con los conflictos de interés. En este sentido, aun cuando de las disposiciones analizadas no se desprenda una prohibición, inhabilidad o incompatibilidad expresa derivada del vínculo matrimonial consultado, ello no excluye que, en situaciones específicas, puedan presentarse circunstancias susceptibles de comprometer la imparcialidad, independencia u objetividad de una actuación, caso en el cual deberán observarse las reglas sobre impedimentos y conflictos de interés previstas en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

El presente pronunciamiento tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[45], 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,

45 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