



CIRCULAR CONJUNTA No. 000022 DE 30 JUN 2026

PARA: EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ENTIDADES TERRITORIALES, GESTORES FARMACÉUTICOS Y OPERADORES LOGÍSTICOS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD.

ASUNTO: ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

FECHA: 30 JUN 2026

En ejercicio de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de la inspección, vigilancia y control respecto del referido sistema, y en atención a las disposiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley 2297 de 2023 y en la Resolución 2646 de 2024 “por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de registro de caracterización e identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad”, se insta a los actores del SGSSS a garantizar a los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad: **i)** acceso oportuno a servicios de salud y atención psicosocial; **ii)** eliminación de barreras administrativas y simplificación de trámites y prevención de riesgos físicos y psicosociales derivados del cuidado, promoviendo la garantía del derecho fundamental a la salud de esta población, bajo un enfoque de derechos humanos, territorial, comunitario y de Atención Primaria en Salud.

1. Marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad e interoperabilidad con el Sistema Integrado de la Atención Primaria en Salud (SI-APS).

Las entidades promotoras de salud, las entidades territoriales y las entidades que administran regímenes especiales y de excepción, tal como lo impone las disposiciones antes citadas, en el ámbito de sus competencias, deberán implementar, en sus sistemas de información y procesos institucionales, un marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, con base en la información contenida en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD) y en el Registro e Identificación

Ministerio de Salud y Protección Social

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

Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Página | 1

de Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad, como fuentes oficiales de información.

Así mismo, deberán promover la interoperabilidad entre el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIAPS), el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y el Registro e Identificación de Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad, con el fin de fortalecer las acciones de atención integral dirigidas a esta población.

Los marcadores de prioridad deberán reflejarse en los trámites administrativos y en la atención en salud, incluyendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como en las herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión de servicios y tecnologías en salud, de conformidad con la normatividad vigente.

2. Gestión administrativa de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las EPS directamente o a través de su red de prestadores, deberán asegurar la disponibilidad permanente de agendas para la asignación de citas, la oportunidad en el acceso a los servicios de salud y la implementación de mecanismos presenciales y no presenciales para la solicitud y asignación de citas; en particular, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general y odontología general dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la solicitud, la autorización de citas con especialistas dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, y la priorización de la atención de las personas que, por su condición clínica o situación de vulnerabilidad, requieran una gestión preferente conforme al criterio médico tratante y medicina especializada e incrementar su cobertura de manera progresiva, atendiendo a lo dispuesto en la Resolución 1552 de 2013, expedida por este Ministerio.

En este sentido, en el marco de sus competencias, deben dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 2335 de 2023, respecto de garantizar que en los acuerdos de voluntades y en los procesos de atención se incluyan y faciliten el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, mediante mecanismos que favorezcan la actualización de información, la comunicación efectiva con los usuarios, la disponibilidad de canales de atención accesibles y la integralidad de la atención y los tratamientos requeridos.

3. Atención en Salud y Prestación de servicios de salud

3.1. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad deberán recibir las atenciones definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y cuando corresponda, las dispuestas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), de acuerdo con su momento de curso de vida y conforme con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018. Estas atenciones comprenden acciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, educación para la salud y, en el caso de mujeres con intención reproductiva, gestantes, puérperas y recién nacidos, las intervenciones de atención preconcepcional, prenatal, del parto, puerperio y cuidado neonatal.

Gestión del riesgo

Conforme con lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 expedida por este Ministerio, se **establecen** las siguientes atenciones para la prevención y detección temprana de la discapacidad:

- a) **Consulta preconcepcional:** Al menos un año antes de la gestación, evalúa riesgos biológicos y psicosociales, especialmente en patologías hereditarias con alto riesgo de discapacidad.
- b) **Cuidado prenatal:** Mínimo 10 controles en nulíparas y 7 en multíparas, con seguimiento mensual hasta la semana 36 y quincenal hasta la semana 40. Incluye tamizajes de alteraciones fetales y acompañamiento en la toma de decisiones.
- c) **Enfoque antenatal de riesgo:** Identifica factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para preparar la atención adecuada y reducir secuelas.
- d) **Tamizaje neonatal:** Se realiza antes del egreso hospitalario e integra condiciones metabólicas, endocrinológicas, cardiológicas, auditivas y visuales. Regulado por la Resolución 117 de 2026.
- e) **Valoración integral por momento del curso de vida:** Seguimiento periódico según la etapa de vida para identificar y gestionar oportunamente factores de riesgo.

Por ende, se insta a los destinatarios de la presente circular a que en todos los servicios se realicen ajustes razonables y se aplique el diseño universal para eliminar barreras de acceso a esta ruta, dirigidas a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

3.2. Responsabilidades de las entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud, operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

- 3.2.1 Establecer e implementar una ruta prioritaria para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, teniendo en cuenta el marcador de prioridad mencionado en el numeral 1 de la presente circular, el cual involucrará: procedimientos administrativos y la atención en salud propiamente dicha (promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), en el contexto de las condiciones de salud de dicha población.
- 3.2.2 Atención Dual para la persona con discapacidad y su persona cuidadora o asistente personal, teniendo en cuenta el curso de vida de estas poblaciones, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las condiciones de salud y los procesos administrativos propios de la red prestadora de servicios de salud, para lo cual deberán procurar la asignación de citas consecutivas y prioritarias reconociendo con ello el carácter inseparable del cuidado.
- 3.2.3 Implementar y fortalecer las modalidades de atención que favorezcan el acceso de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, a la atención en salud en el marco del enfoque interseccional, reconociendo sus particularidades y contexto, lo que conlleva a su cuidado permanente y continuo.
- 3.2.4 Implementar programas de sensibilización, capacitación y formación en materia de discapacidad y cuidado, bajo un enfoque de derechos humanos, territorial, comunitario y de Atención Primaria en Salud a sus colaboradores, incluyendo el personal médico y administrativo, garantizando la humanización del servicio y el trato digno.

3.3. Responsabilidades de los Equipos Básicos de Salud - Estrategia de Atención Primaria en Salud

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado (ESE), y las entidades territoriales deberán velar porque sus Equipos Básicos de Salud favorezcan la accesibilidad, oportunidad y continuidad en los servicios e intervenciones, con el objetivo de contribuir a la garantía de las atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de alteraciones y educación para la salud, en todos los entornos incluidos el rural, rural disperso y de difícil acceso, de las personas con discapacidad y de las personas cuidadoras o asistentes personales de estas, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y del Plan Nacional de Salud Rural.

3.4. Medicamentos y dispositivos médicos

Las entidades promotoras de salud, a través de su red prestadora de servicios de salud deben suministrar a sus afiliados, incluidas las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, los medicamentos y dispositivos médicos

prescritos por el médico tratante con prioridad y entrega domiciliaria, conforme con la situación y condición de salud específica.

En ese orden de ideas, deberán cumplir con lo establecido en el artículo 131 del Decreto 019 de 2012, asegurando la entrega completa e inmediata de los medicamentos y dispositivos médicos, en el marco del principio de oportunidad, establecido en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, que en su artículo 6 lo define como un elemento esencial del derecho fundamental, debiendo suministrarse los servicios y tecnologías sin barreras administrativas y atendiendo lo establecido en el Decreto 780 de 2016 sobre la materia y lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución 1403 de 2007, relativo a los principios especiales que deben regir el servicio farmacéutico.

Como referente jurisprudencial, resulta procedente indicar que mediante Auto 559 de 2025 proferido por la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, se ordenó a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Prestadores de Servicios de Salud y gestores farmacéuticos garantizar el suministro oportuno y continuo de los medicamentos prescritos por el médico tratante, incluso en casos de desabastecimiento o falta de disponibilidad. En tales situaciones, están obligadas a reformular el tratamiento con un medicamento equivalente y asegurar su entrega efectiva. Asimismo, se exige que establezcan canales de comunicación claros y eficientes con los usuarios para informar sobre el punto de dispensación, la fecha de entrega y la persona responsable del suministro.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 1604 de 2013 estableció que, en los eventos de entrega incompleta o no disponibilidad del medicamento al momento de la dispensación, se debe activar el mecanismo excepcional de entrega domiciliaria previsto en la normativa vigente, garantizando su suministro dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación por parte del afiliado.

3.5. Salud mental con enfoque integral

La salud mental con enfoque integral reconoce que el bienestar emocional y psicosocial de las personas está influenciado por factores individuales, familiares, comunitarios y sociales, por lo que requiere acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación e inclusión social desde la Atención Primaria en Salud y bajo enfoques de derechos, curso de vida, diferencial e interseccional.

En este contexto, se insta a los destinatarios de esta circular a implementar rutas diferenciales de atención en salud mental para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, que incluyan escucha activa, acompañamiento psicosocial, autocuidado, fortalecimiento de redes de apoyo y acceso

000022



30 JUN 2026

oportuno a servicios especializados, con el fin de prevenir la sobrecarga del cuidado, el agotamiento emocional y otros riesgos psicosociales asociados al rol de cuidado, en coherencia con los enfoques establecidos en la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034.

Así las cosas, deben adoptar las medidas necesarias para asegurar que sus procesos operativos y administrativos sean transparentes, eficaces y ajustados a la ley, para garantizar la correcta prestación del servicio a las personas con discapacidad y a las personas cuidadoras o asistentes personales de estas.

4. Inspección, vigilancia y control

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control frente al cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular y de la gestión integral de la atención en salud de las personas con discapacidad y sus cuidadoras(es) o asistentes personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, a los

30 JUN 2026

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

DANIEL QUINTERO CALLE
Superintendente Nacional de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Aprobó:
Maritza Isaza Gómez - Directora de Ciudadanías, Equidad y Salud

Vo. Bo.

Jaime Hernán Urrego Rodríguez - Viceministerio de Salud Pública y Atención Primaria
Rodolfo E. Salas Figueroa - Director Jurídico (E)

Superintendencia Nacional de Salud

Aprobó:
Laura Carolina Rubio Guarín - Directora de Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana

Vo. Bo.

Gressy Karen Rojas Cardona - Jefe Oficina Asesora Jurídica Superintendencia Nacional de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

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

Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020



Reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, JUNIO DE 2026**



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Atención Primaria

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

MARITZA ISAZA GÓMEZ
Directora de Ciudadanías, Equidad y Salud

ANA MILENA MONTES CRUZ
Jefe Oficina de Calidad

CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIÉGAS
Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

TATIANA LEMUS PÉREZ
Directora de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención

LEIDY TATIANA AGUILAR RODRÍGUEZ
Directora de Atención Primaria en Salud

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

DANIEL FELIPE SOTO MEJÍA
Director de Regulación de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en salud



DIDIER ANIBAL BELTRÁN CADENA
Director Estratégico de Tecnología de la Información

INGRID TATIANA RODRÍGUEZ CORTÉS
Coordinadora Grupo de Mujeres, género y diversidades sexuales

DECXY CHAPARRO ARAQUE
Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades

LAURA STEPHANIA GONZÁLEZ SIERRA
Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades

JOSÉ MARTÍN MORALES TORRES
Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades

SARA SOFÍA ROJAS SÁNCHEZ
Pasante Pregrado Psicología



TABLA DE CONTENIDO

Contenido	
SIGLAS	6
1. JUSTIFICACIÓN.....	8
2. DEFINICIONES	9
3. OBJETIVO	20
4. ALCANCE	20
5. ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD Y COMPETENCIAS	20
6. MARCO NORMATIVO.....	25
7. CONTEXTO	30
8. MARCO GENERAL	47
8.1 Derechos en Salud	47
8.2 Atención integral en salud - Ley 1751 de 2015	48
8.3 Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS	49
8.4 Aseguramiento en Salud.....	51
8.5 Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud - Resolución 3280 de 2018	62
8.6 Redes integrales e integradas de salud	66
8.7 Medicamentos y tecnologías en salud	67
8.8 Entrega insumos como pañales, citas de medicina especializada y procedimientos	79
8.9 Salud mental	80
8.10 Fortalecimiento de redes de apoyo de la población.....	82
8.11 Rehabilitación Basada en Comunidad – Salud mental	83
8.12 Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - Discapacidad	83
8.13 Participación Social en Salud.....	86
8.14 Planificación y gestión del talento humano en salud para la atención integral y continua de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.	87
8.15 Humanización de la atención en salud	87
8.16 Humanización de los Servicios de salud.....	88
9. REITERACIÓN DE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS.	91



9.1 Reiteración de Instrucciones específicas para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad	91
9.1.1. Registro e identificación de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad	91
9.1.2. Marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad -EPS- y entidades que administran regímenes de excepción e interoperabilidad con SI-APS.....	92
9.1.3. Gestión administrativa de las Empresas Promotoras de Salud – EPS- y entidades que administran regímenes de excepción (según aplique)	94
9.1.4. Atención en Salud y Prestación de servicios de salud	96
9.1.5. Salud mental con enfoque integral	102
9.1.6. Medicamentos y dispositivos médicos	104
9.1.7. Prevención de las violencias basadas en género.....	106
9.1.8. Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - Discapacidad	108
9.1.9. Humanización del talento humano en salud y Humanización en salud:	109
10. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	112
11. BIBLIOGRAFÍA	119



SIGLAS

APS: Atención Primaria de Salud

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados

COPACOS: Comités de Participación Comunitaria en Salud

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

EBS: Equipos Básicos de Salud

EBES: Equipos Básicos Especializados en Salud

EOC: Entidades Obligadas a Compensar

EPS: Entidad Promotora de Salud

ET: Entidad Territorial

IDDC: Red Internacional de Discapacidad y Desarrollo

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

LMVND: Medicamentos Vitales No Disponibles

MIPRES: Mi Prescripción Médica

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONCAS: Observatorio Nacional de Calidad en Salud

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PCP: Plan de Cuidado Primario

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

PNHS: Política Nacional de Humanización en Salud

PNSM: Política Nacional de Salud Mental

PPSS: Política de Participación Social en Salud

PPTH: Política del Talento Humano en Salud

RBC: Rehabilitación Basada en Comunidad

RIIS: Redes Integrales e Integradas de Salud

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

RPMS: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

RIAMP: Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal

SAT: Sistema de Afiliación Transaccional

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud



SI-APS: Sistema de Información de Atención Primaria en Salud

SISMED: Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Tecnología.

UPC: Unidad de Pago por Capitación

VBG: Violencia Basada en Género



1. JUSTIFICACIÓN

La formulación de las reiteraciones para la atención en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad se fundamenta en un proceso participativo y normativo que responde a las necesidades identificadas a nivel nacional. Este proceso se enmarca en los Cuarenta (40) acuerdos nacionales construidos entre entidades del orden nacional y la Red Nacional de Cuidadoras 24/7 Marchantes, quienes, a partir de espacios de diálogo y concertación, han visibilizado las condiciones de vulnerabilidad y las barreras estructurales que enfrentan en el acceso a servicios de salud.

En este contexto, las personas cuidadoras han manifestado de manera reiterada la necesidad de contar con servicios de salud accesibles, oportunos, continuos e integrales, especialmente considerando las exigencias físicas y emocionales inherentes a la labor de cuidado.

La presente iniciativa encuentra su principal soporte en la Ley 2297 de 2023, la cual establece medidas orientadas a fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad y sus cuidadores, incorporando un enfoque biopsicosocial y de derechos. En particular, el artículo 13 establece obligaciones claras para los actores del sistema de salud, entre ellas:

- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud física y mental.
- Proporcionar atención psicosocial mediante rutas integrales de atención (RIA).
- Eliminar la fragmentación de servicios y las barreras administrativas.
- Simplificar trámites para facilitar el acceso a la atención.

Estas disposiciones evidencian la necesidad de generar herramientas técnicas que orienten la implementación efectiva de la norma, contribuyendo que las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad puedan ejercer su derecho a la salud en condiciones de equidad y dignidad.

Su implementación permitirá avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y centrado en las personas, reconociendo el cuidado como un pilar fundamental del bienestar social y garantizando condiciones dignas para quienes desempeñan esta labor esencial en la sociedad colombiana.



2. DEFINICIONES

Atención integral en Salud. De acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Decreto 1599 de 2022, se define como el “conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud (...) dirigidas a personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”, es importante indicar que en este marco la salud debe prestarse de forma continua, coordinada y completa.

Aseguramiento en salud. Se define como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (Artículo 14. Ley 1122 de 2007).

Atención humanizada en salud. Es la realización en la práctica de una disposición-acción solidaria que vincule el personal de salud habilidosamente ético y la virtuosidad institucional para abordar las necesidades en salud de las personas, creando y aplicando directrices orientadas a garantizar los cuidados y beneficios necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener una vida saludable.” Tomado del documento de Política Nacional de Humanización en Salud -PNHS- actual el documento se encuentra en el punto 14 y 15 del procedimiento de política.

Atención Primaria en Salud. Se concibe como una estrategia intersectorial y transectorial orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud mediante un abordaje integral, integrado y continuo de las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades. Comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, articulando la salud pública con la atención individual.

La APS se fundamenta en un enfoque territorial, poblacional y diferencial, que reconoce la diversidad de contextos y condiciones, e incorpora la participación social y comunitaria como eje central, reconociendo a las personas como sujetos activos en la toma de decisiones sobre políticas, planes y programas en salud. Asimismo, promueve la gestión intersectorial y transectorial para intervenir los



determinantes sociales de la salud, contribuyendo a la reducción de inequidades, el fortalecimiento de la equidad y la solidaridad en el sistema de salud.

Atributos de la Atención Primaria en Salud (APS)

Los atributos de la Atención Primaria en Salud orientan la organización y prestación de los servicios, garantizando una respuesta integral, continua y centrada en las personas, familias y comunidades:

Primer contacto:

Se constituye como la puerta de entrada al sistema de salud ante cualquier necesidad, garantizando que las personas, familias y comunidades accedan al nivel primario de manera oportuna, cercana y resolutive. Desde este nivel se gestionan las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la referencia al nivel complementario cuando se requiera, asegurando la continuidad del cuidado.

Accesibilidad:

Implica que los servicios y tecnologías de salud estén disponibles y sean utilizables por todas las personas en condiciones de equidad. Comprende la no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad económica y acceso a la información, garantizando que los servicios se encuentren próximos a los entornos donde transcurren la vida de las personas y considerando las particularidades territoriales, culturales y poblacionales.

Oportunidad:

Es la garantía de recibir los servicios de salud en el momento en que se requieren, evitando demoras que puedan generar riesgos o agravamiento de las condiciones de salud. Supone una adecuada organización de la red de servicios en el marco de la APS para asegurar respuestas ágiles, continuas y sin barreras.

Seguridad:

Hace referencia a la provisión de servicios de salud bajo estándares de calidad, mediante el uso de guías, protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, orientadas a minimizar riesgos y prevenir eventos adversos durante la atención, considerando las condiciones del territorio y de la población.

Pertinencia:

Corresponde a la adecuación de las intervenciones y decisiones en salud a las necesidades reales de las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta la situación clínica, el contexto



epidemiológico y los determinantes sociales. Se fundamenta en la mejor evidencia disponible, evitando intervenciones innecesarias o de bajo valor, y promoviendo una atención culturalmente respetuosa, que reconozca la autonomía, valores y preferencias de las personas.

Continuidad:

Garantiza la provisión permanente, articulada e ininterrumpida de servicios de salud a lo largo del tiempo y del curso de vida, asegurando que las atenciones respondan de manera coherente a las necesidades de salud y evitando fragmentaciones en el proceso de atención.

Coordinación:

Se refiere a la articulación efectiva entre los diferentes actores, niveles de atención y sectores, liderada por las entidades territoriales, para asegurar que las acciones en salud se desarrollen de manera integrada, complementaria y sin duplicidades, facilitando el tránsito adecuado de las personas dentro del sistema y hacia otros sectores.

Integralidad:

Es la capacidad del sistema de salud para brindar una atención completa que abarque todas las dimensiones del cuidado: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma articulada entre los distintos niveles de complejidad y coherente con las necesidades de la población.

Longitudinalidad:

Se entiende como la relación continua y sostenida en el tiempo entre las personas, familias y comunidades con los equipos de salud del nivel primario, lo que permite un conocimiento integral de sus condiciones y contextos, favoreciendo una atención personalizada, confiable y resolutive a lo largo del curso de vida.

Sustentabilidad:

Hace referencia a la capacidad del sistema para garantizar la atención en salud en el tiempo, mediante el uso eficiente de los recursos y la incorporación de criterios de responsabilidad social y ambiental, asegurando la viabilidad del sistema en el corto, mediano y largo plazo.

¿Dónde se implementa la APS?

La Atención Primaria en Salud (APS) se implementa en todo el territorio colombiano, considerando los enfoques territorial, poblacional y diferencial, con el propósito de responder de manera integral a las



necesidades en salud de las personas, familias y comunidades, de acuerdo con las características y particularidades de cada contexto.

En el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la APS se desarrolla a partir de elementos clave que permiten garantizar la articulación, continuidad e integralidad de la atención, entre los cuales se destacan:

Equipos Básicos de Salud o Equipos de Salud Territoriales: responsables de acercar los servicios de salud a las comunidades, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y seguimiento en el territorio.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): organizadas funcionalmente para fortalecer el Nivel Primario de Atención, fundamentadas en los atributos de la APS, tales como el acceso, la integralidad, la continuidad y la coordinación del cuidado.

Nivel Complementario de Atención: articulado con el nivel primario, garantizando la referencia, contrarreferencia y la continuidad de la atención, según las necesidades en salud de la población.

Componente de Atención Primaria en Salud (APS): Los componentes de la Atención Primaria en Salud (APS) comprenden:

1. Servicios de salud integrales e integrados

Corresponden a la prestación de servicios de salud orientados a satisfacer las necesidades de las personas, familias y comunidades durante todo el curso de vida, de manera continua, coordinada e integrada entre los diferentes actores y niveles de atención. Este componente reconoce al nivel primario como el punto de primer contacto, eje articulador y estratégico para garantizar una atención integral, oportuna y resolutive.

2. Políticas y acciones intersectoriales y transectoriales para el cuidado de la salud

Este componente promueve el desarrollo de políticas, programas, estrategias y acciones articuladas entre los diferentes sectores y actores, con el fin de impactar positivamente los determinantes sociales de la salud. Su implementación requiere coordinación intersectorial y transectorial para generar respuestas integradas frente a las problemáticas y necesidades en salud presentes en los territorios.



3. Participación social y comunitaria

Hace referencia al proceso mediante el cual la sociedad civil, las comunidades organizadas y la ciudadanía participan activa y directamente en la organización, gestión, seguimiento y control de los servicios e instituciones de salud en su territorio. Este componente fortalece la corresponsabilidad social, la toma de decisiones colectivas y el ejercicio del control social en salud.

Código dorado: mecanismo de respuesta en salud que permite la identificación y atención prioritaria e inmediata de situaciones de urgencia en salud mental, especialmente aquellas asociadas a conducta suicida, autolesiones o crisis emocionales agudas, consideradas como riesgo vital. En el marco de la Resolución 0347 de 2026, el código dorado activa rutas de atención articuladas entre los servicios de urgencias, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y los equipos de salud, garantizando la atención oportuna, continua e integral de las personas en riesgo.

Cuidado. De acuerdo con el Ley 2294 de 2023, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cuidado en Colombia, el cuidado comprende el conjunto de actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria de las personas, incluyendo el cuidado directo (atención a personas) y el cuidado indirecto (tareas domésticas y de apoyo), que permiten el bienestar y el sostenimiento de la vida.

De igual manera, el cuidado es un proceso relacional, ético, social y terapéutico orientado a sostener la vida, preservar la dignidad humana, promover la autonomía y garantizar el bienestar físico, emocional, social y espiritual de las personas, familias y comunidades. El cuidado implica relaciones de interdependencia y corresponsabilidad social, y comprende tanto el autocuidado como el cuidado brindado a otras personas en contextos familiares, comunitarios e institucionales.

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, el cuidado constituye una labor esencial para la sostenibilidad de la vida y la continuidad de los procesos de atención en salud, por lo que las personas cuidadoras deben ser reconocidas también como sujetos de cuidado.

Cuidado integral de la salud. Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sector salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se





implementa a través de las redes integrales e integradas de salud y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Tomado del documento de Política Nacional de Humanización en Salud -PNHS- actual el documento se encuentra en el punto 14 y 15 del procedimiento de política.

Cuidador o asistente personal de personas con discapacidad. Se entiende por cuidador o asistente personal a una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia (Ley 2297 de 2023)

Curso de vida. Es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Enfoque de Derechos. Marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de derechos humanos y, desde el punto de vista operacional, está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos.

Equipos básicos de Salud. Retomando lo señalado en la Ley 1438 de 2011, los EBS son una estructura funcional y organizativa del talento humano en salud vinculado a una institución prestadora de servicios de salud. Su propósito es facilitar el acceso a los servicios e intervenciones en el continuo de la atención y contribuir a la garantía de las atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de alteraciones y educación para la salud en todos los entornos. El EBS opera principalmente en modalidad extramural, sin perjuicio de que, de considerarse necesario, puedan integrarse las modalidades intramurales y de telemedicina, en el marco de la Red Integral de Prestación de Servicios de salud, en una lógica de gestión integral territorial en salud de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Respecto a la financiación de los equipos básicos de salud, la constitución y operación de los Equipos Básicos de Salud se soporta en la concurrencia de talento humano y recursos interinstitucionales del



sector salud, destinados principalmente a la salud pública, así como en aportes de otros sectores que inciden en los determinantes sociales de la salud, lo que permite fortalecer su capacidad de respuesta integral en los territorios.

Gobernanza en salud mental. Conjunto de procesos, mecanismos e instancias mediante los cuales se orienta, coordina, implementa y evalúa la política pública en salud mental, garantizando la participación de actores institucionales, comunitarios e intersectoriales. En el marco de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025, la gobernanza en salud mental se fundamenta en la articulación entre niveles nacional, territorial y comunitario, el fortalecimiento de la participación social, la toma de decisiones basada en evidencia y el control social, a través de instancias como la Red Mixta Nacional y Territorial de Salud Mental.

Humanización. En el MSPS de Colombia, se toma el término humanización como la sustantivación del verbo humanizar que hace referencia a toda actividad orientada a promover, contribuir y fortalecer el desarrollo humano, basadas en el respeto, la dignidad humana, la solidaridad y la corresponsabilidad de las relaciones entre personas y los actores del sector salud.

Humanización en Salud. Para este Ministerio, la humanización en salud se entiende como la aplicación, en la práctica del personal de salud, de un conjunto de actitudes, aptitudes y habilidades morales que promueven y guían el relacionamiento solidario y constructivo entre los diferentes actores del sector salud. Esto implica aplicar las mejores maneras de articular acciones y recursos disponibles, con el fin de garantizar los cuidados necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables. La humanización en salud se proyecta hacia un horizonte amplio, que integra aspectos biológicos e intencionales - metabólicos, psicológicos y espirituales-, con los entornos medioambientales, culturales, educativos, políticos y sociales, para realizar sus actividades de manera profesional, armónica y habilidosamente ética”. Tomado del documento de Política Nacional de Humanización en Salud -PNHS- actual el documento se encuentra en el punto 14 y 15 del procedimiento de política.

Interoperabilidad. Es la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. En la progresividad de la interoperabilidad se buscará la articulación con otros sectores para gestionar la integralidad de la atención.

Participación social en salud. Es el derecho y el proceso mediante el cual las personas, familias, comunidades y organizaciones sociales intervienen de manera activa en la construcción,



implementación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud mental, en articulación con los actores institucionales. En el marco de la Política Nacional de Salud Mental, la participación social se constituye como un eje fundamental de la Atención Primaria en Salud, permitiendo la interacción dinámica entre comunidades, sectores y actores del sistema, para la toma de decisiones, la gestión del cuidado y la transformación de los determinantes sociales de la salud mental, a través de escenarios como la Red Mixta Nacional y Territorial de Salud Mental.

Personas con discapacidad. Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Ley 1618 de 2013)

Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). adoptado mediante el Decreto 0351 de 2025, es una política pública orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud de las poblaciones que habitan en las zonas rurales y rurales dispersas del país, especialmente campesinos, campesinas, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores rurales. Su propósito es contribuir al cierre de brechas entre lo urbano y lo rural, fortalecer la equidad en salud y mejorar las condiciones de bienestar y buen vivir en los territorios.

El PNSR se constituye como una hoja de ruta para la comprensión integral de las necesidades sociales en salud de la ruralidad y para el desarrollo de acciones articuladas que permitan fortalecer el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud, bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), participación social, interculturalidad, enfoque diferencial y construcción de paz.

Aspectos más relevantes del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)

- **Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS):** plantea un modelo especial de salud pública para la ruralidad basado en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y trabajo territorial mediante Equipos Básicos de Salud.
- **Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud:** busca garantizar la prestación de servicios de salud en zonas rurales y rurales dispersas mediante sedes principales y sedes satélites articuladas con hospitales de referencia.
- **Enfoque territorial, diferencial e intercultural:** incorpora acciones con enfoque de género, étnico, poblacional y territorial, reconociendo las particularidades de campesinos, pueblos

indígenas, comunidades afrodescendientes, víctimas del conflicto armado y población rural dispersa.

- **Fortalecimiento de infraestructura y dotación:** prioriza la construcción, adecuación y modernización de infraestructura en salud, así como el fortalecimiento del transporte asistencial terrestre, fluvial y aéreo en zonas de difícil acceso.
- **Talento humano en salud para la ruralidad:** promueve el fortalecimiento del personal de salud en territorios rurales mediante incentivos, ampliación de plazas de servicio social obligatorio y formación de personal comunitario para la promoción de la salud.
- **Participación social y comunitaria:** garantiza la participación activa de organizaciones sociales, campesinas y comunitarias en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- **Construcción de paz y cierre de brechas:** el plan se articula con el Acuerdo Final de Paz y prioriza territorios PDET, ZOMAC y zonas rurales afectadas históricamente por el conflicto armado.

Programa para mejorar el acceso a los servicios de salud en Colombia. Este programa busca facilitar el acceso a la atención en Salud Mental a toda la población, tanto en el desarrollo de infraestructura, transporte, e instauración de una Red Nacional de Salud Mental, con fortalecimiento de capacidades de los profesionales y los demás miembros, asesoría, investigación y otros elementos que permitan su fortalecimiento. De otro lado, se pretende transformar la cultura alrededor de la salud mental en poblaciones que habitualmente han sido discriminadas con una estrategia de comunicaciones para disminuir el estigma y la discriminación.

Red de atención en salud mental. Es la organización articulada de servicios, actores y dispositivos de atención en salud mental que operan de manera integrada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con enfoque territorial, garantizando la promoción de la salud mental, la prevención, la atención integral, la rehabilitación y la inclusión social.

Esta red se estructura en el marco de la Atención Primaria en Salud y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, e incluye la articulación entre Centros de Referencia Nacional y Regional, prestadores locales de atención y dispositivos comunitarios, asegurando la continuidad del cuidado, la accesibilidad y la calidad de los servicios en todos los niveles de complejidad.

Redes Integrales e Integradas de Salud. Conjunto de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y proveedores de tecnologías en salud, que articulan y coordinan los procesos de atención en salud de manera armónica y secuencial conforme con las competencias y



responsabilidades establecidas en la normatividad vigente, para asegurar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Lo anterior, en función de su capacidad operativa, de gestión y resolutivez, buscando el fortalecimiento del nivel primario y la continuidad del cuidado de la salud en el nivel complementario.

Red mixta regional y territorial de salud mental. La Red Mixta Nacional y Territorial de Salud Mental es una instancia de gobernanza participativa e intersectorial que articula actores institucionales, académicos, comunitarios y sociales en los niveles nacional y territorial, con el propósito de fortalecer la implementación, seguimiento y apropiación social de la Política Nacional de Salud Mental

Rehabilitación Basada en Comunidad. Estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país (Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, 2014)

Salud mental. Se entiende como un estado dinámico de bienestar en el cual las personas, familias y comunidades desarrollan sus capacidades, afrontan las tensiones de la vida cotidiana, trabajan de forma productiva y contribuyen a su entorno, en interacción con sus condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales. En el marco de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 (Decreto 729 de 2025) y la Ley 2460 de 2025, la salud mental se reconoce como un derecho fundamental, abordado desde un enfoque comunitario, territorial, diferencial y de curso de vida, que integra la promoción del bienestar, la prevención de problemas y trastornos mentales, la atención integral y la rehabilitación psicosocial

Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. (Ley 1751 de 2015).

Territorio. Es entendido como el espacio físico-social donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades; donde se producen los procesos de salud, enfermedad, modulados por la



interacción de los determinantes sociales, diferenciados por los niveles geopolíticos: regional, departamental, subregional, municipal en zonas urbanas y rurales (corregimientos y veredas), que comparten condiciones físicas, ambientales y socioculturales y microterritorios de salud. Entender y abordar el concepto de territorio es fundamental para comprender las inequidades en los procesos de salud-enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de mantener la salud, enfermar y morir, en las formas de sufrir y en las posibilidades de bienestar.

3. OBJETIVO

Reiterar instrucciones técnicas a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, Entidades Territoriales, Prestadores de Servicios de Salud, Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, y, las entidades que administran regímenes de excepción (según aplique), para la atención en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

4. ALCANCE

Reiterar instrucciones técnicas para la atención en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad en el marco del artículo 13 de la Ley 2297 de 2023 y de las funciones propias de los diferentes actores del sistema de salud colombiano: Entidades Promotoras de Salud – EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, Entidades Territoriales, Prestadores de Servicios de Salud y Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, así como también las entidades que administran regímenes de excepción (según aplique).

5. ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD Y COMPETENCIAS

- **Ministerio de Salud y Protección Social:**

Decreto 120 de 2026. Se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, así:

“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.”

- **Superintendencia Nacional de Salud:**



Inspección, Vigilancia y Control (IVC): Dirigir y ejecutar las políticas de IVC sobre las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud (Decreto 1765 de 2019, Ley 1122 de 2007).

Competencia Jurisdiccional. Resolver controversias sobre cobertura de servicios, denegación de servicios incluidos en el POS, recobros entre entidades y pago de prestaciones económicas (Art. 41 Ley 1122/2007; Art. 126 Ley 1438/2011).

Capacidad Sancionatoria. Imponer multas y medidas cautelares a los actores del sistema (EPS, IPS, entidades territoriales) que incumplan las normas vigentes (Ley 1949 de 2019).

Protección al Usuario. Ejercer control para garantizar la atención, cobertura y calidad de los servicios de salud (Decreto 452 de 2000, 2462 de 2013).

Medidas Especiales. Intervenir entidades, remover representantes legales y ordenar medidas de salvamento a sujetos vigilados que afecten el servicio o la sostenibilidad financiera (Ley 1438 de 2011, Ley 1949 de 2019).

- **Entidades territoriales:**

Departamentos (Ley 715 de 2001, Artículo 43 y Ley 1438 de 2011):

- Gestionar la prestación de servicios de salud a población pobre no asegurada en su jurisdicción.
- Ejercer la rectoría y vigilancia del sistema de salud en su territorio.
- Implementar el Plan Decenal de Salud Pública.

Municipios y Distritos (Ley 715 de 2001, Art. 44 y Art. 45):

- Dirigir y coordinar el sector salud y el SGSSS en su jurisdicción.
- Administrar recursos del Fondo Local de Salud y ejecutar acciones de salud pública (PIC).
- Garantizar la APS en el marco del modelo de atención vigente.

Gestión Integral

- **Decreto 1599 de 2022:** Política de Atención Integral en Salud y áreas geográficas.
- **Resolución 1597 de 2025:** Disposiciones para la gestión territorial integral y PIC.



- **Entidades Promotoras de Salud – EPS¹:**

Ley 100 de 1991. Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, y determina la función para la organización y garantía de la prestación del Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados de manera directa por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud o indirecta (a través de contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS o de profesionales).

Así mismo, establece que estas pueden ser de carácter público, privado o mixto y son entidades que gozan de personería jurídica y tienen su propia organización administrativa y financiera.

Ley 1122 de 2007. Designa a las EPS como las responsables de **cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento** y tienen la obligación de asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Adicionalmente, definió el aseguramiento como: *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”*

Resolución 2718 de 2024. Establece que las EPS y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud.

- **Entidades que administran regímenes de excepción**

Ley 100 de 1993. El artículo 279 exceptúa del Sistema General de Seguridad Social a ciertos grupos (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio, Ecopetrol y universidades públicas), otorgando a sus respectivos fondos y entidades la competencia exclusiva para administrar su propia seguridad social y salud.

¹ El Decreto 441 de 2022 incluye a las *entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas y las entidades territoriales, entre otras, como Empresas Responsables de Pago, cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas.*



Ley 1751 de 2015. El artículo 1 señala la garantía del derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, así mismo, establece que los principios de accesibilidad, oportunidad y continuidad aplican a todos los regímenes por igual.

Decreto 780 de 2016. El Decreto único reglamentario en salud, en su articulado (y las adiciones del Decreto 527 de 2025), se dictan las reglas sobre multifiliación, reafirmando que los afiliados a regímenes de excepción no pueden estar cubiertos simultáneamente por el régimen contributivo o subsidiado general.

Resolución 2335 de 2023. Regula los acuerdos de voluntades entre los actores del sistema y reconoce explícitamente a las entidades que administran los regímenes exceptuados como entes con competencias y obligaciones de contratación con los prestadores de servicios de salud.

- **Prestadores de Servicios de Salud:**

Ley 100 de 1991. Define a las IPS como aquellas entidades públicas, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud, bajo los principios de calidad y eficiencia, a los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y determinan que son organismos con autonomía administrativa, técnica y financiera.

Ley Estatutaria 1751 de 2015: Consagra la salud como derecho fundamental y obliga a los prestadores a garantizar el acceso oportuno, eficaz y de calidad.

Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud que compila las normas de habilitación, funcionamiento y relación entre EPS e IPS.

Decreto 1599 de 2022 y Decreto 182 de 2026: Regulan la prestación de servicios primarios/complementarios y la organización de redes de atención por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

- **Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud**

Ley 1955 de 2019. Se adicionan como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, de conformidad con el



artículo 155 de la Ley 100 de 1993. Igualmente se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los requisitos financieros y de operación de estos agentes.

Ley 1966 de 2016. Se definen a los gestores farmacéuticos como los operadores logísticos, cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio, entre otros, cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las EPS, IPS y de otros actores del sistema.

Resolución 1809 de 2025. Reglamenta los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019.



6. MARCO NORMATIVO²

El presente marco normativo se fundamenta en el conjunto de disposiciones constitucionales y legales que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, garantizan el derecho fundamental a la salud y desarrollan el enfoque de derechos humanos, inclusión social y la atención integral en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

LEYES.

Ley 100 de 1991. Define a las IPS como aquellas entidades públicas, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud, bajo los principios de calidad y eficiencia, a los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y determinan que son organismos con autonomía administrativa, técnica y financiera.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la "*Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

Ley 1392 de 2010. Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

² El marco normativo se modificará y actualizará en la medida que las leyes, decretos y resoluciones sean modificadas, derogadas o sustituidas



Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1955 de 2019. Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad.

Ley 1966 de 2019. Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 2297 de 2023. Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 2460 de 2025. Por medio del cual se modifica la ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental.

DECRETOS.

Decreto Ley 019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Decreto 1599 de 2022 y Decreto 182 de 2026: Regulan la prestación de servicios primarios/complementarios y la organización de redes de atención por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Decreto 441 de 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.



Decreto 0729 de 2025. Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental.

Decreto 120 de 2026. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

RESOLUCIONES.

Resolución 1552 DE 2013. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Resolución 2138 de 2023. Por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

Resolución 2718 de 2024. Establece que las EPS y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud.

Resolución 2335 de 2023. Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2646 de 2024. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad.

Resolución 1597 de 2025. Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).



Resolución 2765 de 2025. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Resolución 1809 de 2025. Por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 102 de la Ley 50 de 1990 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2628 de 2025. Por la cual se establecen los requisitos y condiciones para la autorización de funcionamiento y operación de las Organizaciones de Base Comunitaria y su articulación en el Sistema de Salud, a través de acciones que concurren en el cuidado integral de la salud, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0347 de 2026. Por la cual se establece la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud de personas con Conducta Suicida, establece el “Código Dorado” de emergencias clínicas y comunitarias como un protocolo de atención inmediata, integral y articulada frente a casos de conducta suicida en el territorio Nacional, incluyendo ideación (con método y plan específico) o intento, en el ámbito clínico y ámbito comunitario; definido como un sistema para la alerta ante conductas de riesgo y Permite la activación por cualquier ciudadano (familia, docente, líder social) vía líneas, WhatsApp o aplicaciones.

Como aparte transversal en el presente documento se relaciona a continuación:

Bases normativas y referentes internacionales de la Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria en Salud (APS) se fundamenta en referentes internacionales y disposiciones normativas nacionales que orientan su implementación como estrategia central para garantizar el derecho a la salud, el acceso equitativo a los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

A nivel internacional, la **Declaración de Alma-Ata de 1978**, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, estableció que los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes nacionales que permitan iniciar y mantener la APS como parte esencial de un sistema de salud integral y articulado con otros sectores. Posteriormente, la **Declaración de Astaná de 2018** reafirmó el compromiso global con la Atención Primaria en Salud como base fundamental para alcanzar la cobertura sanitaria universal y mejorar las condiciones de salud de las poblaciones.

En el contexto nacional, la **Ley 1438 de 2011**, en su artículo 12, adopta la Atención Primaria en Salud como estrategia orientadora del sistema de salud, integrada por tres componentes interdependientes:



los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial para la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana.

De igual manera, la **Resolución 1035 de 2022**, mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, incorpora en su eje estratégico 3 la Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud, orientada al fortalecimiento de las capacidades territoriales y la articulación de acciones en salud pública.

Asimismo, la **Resolución 2696 de 2024** define atributos de calidad para los prestadores de servicios de Atención Primaria en Salud, promoviendo además criterios de sustentabilidad ambiental en la prestación de los servicios.

El **Decreto 0351 de 2025** y su anexo técnico establecen lineamientos específicos para la implementación de la APS en territorios rurales, dispersos y de difícil acceso, con el propósito de fortalecer la equidad y garantizar una atención integral acorde con las particularidades territoriales.

Normativa del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) se adopta mediante el **Decreto 0351 de 2025**, “por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural”. Este decreto establece las disposiciones generales, lineamientos y condiciones para la implementación del PNSR en todo el territorio nacional, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas.

Su fundamento normativo se sustenta principalmente en:

- **Constitución Política de Colombia – artículo 49:** reconoce la salud como un derecho y un servicio público a cargo del Estado, garantizando el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- **Constitución Política de Colombia – artículo 64:** establece la protección especial al campesinado y el deber del Estado de garantizar el acceso a bienes y servicios, incluyendo la salud, en condiciones de igualdad material.
- **Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (2016):** en el punto 1.3.2.1. dispone la formulación de un Plan Nacional de Salud



Rural orientado a acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades rurales y fortalecer la red pública hospitalaria.

- **Ley Estatutaria 1751 de 2015:** establece el derecho fundamental a la salud y señala que el Estado debe garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, especialmente en zonas marginadas o dispersas.
- **Ley 1438 de 2011:** fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y adopta la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia orientadora del sistema, así como la organización de redes integradas de servicios de salud.
- **Ley 2294 de 2023 – Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026:** incorpora el fortalecimiento de la salud rural y la implementación de un modelo preventivo y predictivo basado en APS como parte de la Reforma Rural Integral.
- **Decreto 780 de 2016:** Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, al cual se adiciona la Parte 13 correspondiente al Plan Nacional de Salud Rural mediante el Decreto 0351 de 2025.

7. CONTEXTO

El presente documento de reiteración de Instrucciones para la de atención en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad se encuentra en el siguiente contexto:

- **Ley 2297 de 2023 “Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones”**

ARTÍCULO 13°. GARANTÍAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO. Para garantizar la atención oportuna en la prevención y tratamiento de enfermedades físicas y mentales, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, los regímenes de excepción y los entes territoriales deberán:

1. Garantizar que los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad accedan oportunamente a los servicios de salud, a recibir atención psicosocial a través

de Rutas de Atención (RIA) en el marco del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) o el que haga sus veces a fin de evitar factores de riesgo físicos y psicosociales por el trabajo que realizan, los cuales demandan capacidades físicas y emocionales todo el tiempo.

2. Eliminar la fragmentación de los servicios, la dispersión terapéutica, así como las barreras administrativas que les impiden el acceso a los servicios de salud física y mental.

3. Simplificar los trámites administrativos para los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad. (...)

- **Cuarenta (40) acuerdos nacionales – Entidades del orden nacional y Red Nacional de cuidadores familiares marchantes 24/7**

El presente documento de reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, es producto de la concertación con la Red Nacional de cuidadores marchantes 24/7 provenientes de varios territorios del país realizado en el mes de mayo de 2025, en el marco del seguimiento a la implementación del artículo 13 de la Ley 2297 de 2023, específicamente en lo relacionado con la solicitud expresa, entre otras, de la atención en salud prioritaria y continua para las personas cuidadoras de personas con discapacidad, ello resultado de un primer encuentro realizado con dicha organización.

Por tanto, la reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, en mención aplicarán para todo el territorio nacional.

- **CONPES 4143 de 2025**

El CONPES 4143 del 14 de febrero de 2025 constituye la Política Nacional de Cuidado en Colombia, se menciona el “*cuidado como una dimensión fundamental para garantizar, proteger y sostener la vida en interdependencia de todo lo que existe y en todas sus expresiones, humana y no humana, presente en todos los distintos territorios (...)*”; dentro del contexto general de la población objetivo de la política pública en comento se refieren, entre otros, **las personas cuidadoras** que, a su vez se desagregan en dos (2) grupos: personas cuidadoras no remuneradas y personas remuneradas, y, la **Población que requiere cuidado, apoyo o asistencia**.

En el marco del primer grupo alusivo a las personas cuidadoras no remuneradas se menciona que, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2021, “*entre septiembre de*

2020 y agosto de 2021 en Colombia, 32,2 millones de personas realizaron actividades de trabajo de cuidado no remunerado. De estas, 19,5 millones eran mujeres, lo cual representa el 90,3 % de las mujeres mayores de 10 años. Por su parte, las personas cuidadoras no remuneradas de tiempo completo ascendieron a 6,8 millones, de las cuales el 85,7 % eran mujeres. Por otra parte, en 2023 las personas cuidadoras remuneradas, también llamadas trabajadoras y trabajadores del cuidado, ascendieron a 2.847.375 (DANE, 2023b), que corresponden al 12,5 % del total de personas ocupadas. De estas, el 74,8 % eran mujeres.”

Se alude en el CONPES 4143 de 2025, que la sobrecarga de trabajo de cuidado también afecta negativamente el goce efectivo del derecho a la salud de las personas cuidadoras no remuneradas, al respecto, en Colombia el 7,3 % de las personas cuidadoras no remuneradas no se encuentra afiliada al sistema de salud, ello según información de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) del DANE (2021). De igual forma, una alta proporción de personas cuidadoras informan estar afiliadas al sistema de salud con un 92,4 %, la gran mayoría de esta población que corresponde al 55,9% se encuentra en el régimen subsidiado.

Así mismo, se señala que, dentro de la población que requiere cuidado, apoyo o asistencia, se encuentra la población con discapacidad.

De la población con discapacidad se resalta que, del total de las personas con discapacidad en Colombia durante 2023, el 63 % requería apoyo o cuidado, lo cual corresponde a 1.593.810 personas según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2024). De dicho número de personas el 46% recibe cuidados de una persona de su hogar, el 7,3 % lo recibe de una persona de otro hogar que no recibe remuneración y el 2,3 % recibe cuidado de una persona remunerada. Así mismo, se señala que solamente el 7,4% de la población en comento permanece sola.

Conforme a la literatura señalada en el documento CONPES, para el caso específico de las personas cuidadoras de personas con discapacidad, por ejemplo, se puede experimentar el síndrome de sobrecarga de la persona cuidadora, información que fue confirmada según lo referido por las personas cuidadoras de personas con discapacidad que participaron en los encuentros poblacionales y en el estudio sobre necesidades de personas cuidadoras liderado por la Vicepresidencia de la República (2023d).

- **Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad - Resolución 2646 de 2024**

En el marco de la implementación de la Resolución 2646 de 2024 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad”, cuyo módulo se encuentra incorporado al Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD, que hace parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO, con corte al 30 de abril de 2026 se cuenta con la siguiente información:

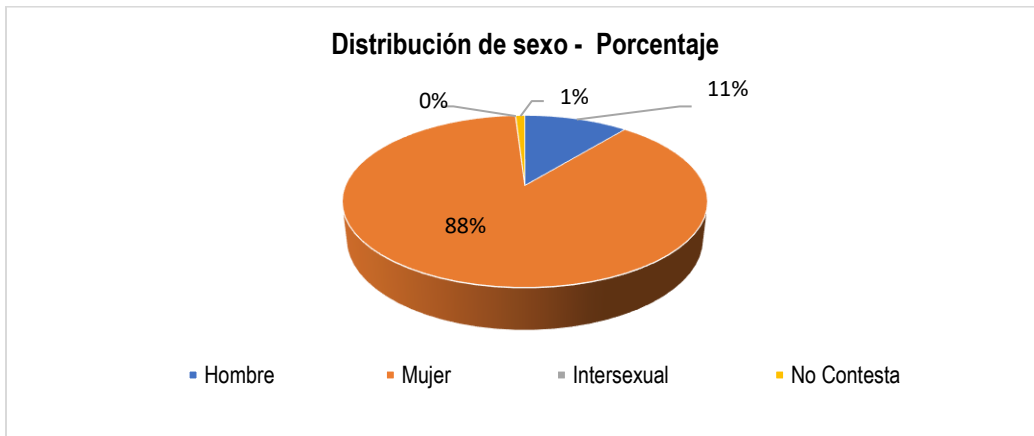
Distribución por sexo:

Tabla No. 1

Distribución de sexo		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	4.185	11%
Mujer	33.569	88%
Intersexual	14	0%
No Contesta	367	1%
Total	38.135	100%

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 1



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad - RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La tabla de distribución por sexo de las personas cuidadoras o asistentes personales evidencia una marcada feminización del cuidado. Del total de 38.135 personas registradas, 33.569 corresponden a mujeres, lo que representa el 88 % del total, mientras que 4.185 son hombres, equivalentes al 11 %. Esta diferencia significativa pone de manifiesto que las labores de cuidado continúan recayendo de manera predominante sobre las mujeres.

La baja participación masculina en las labores de cuidado refleja patrones culturales y sociales profundamente arraigados, en los cuales el cuidado ha sido históricamente asignado como una responsabilidad femenina, generalmente no remunerada y poco visibilizada. Esta realidad tiene implicaciones directas en la autonomía económica, el bienestar físico y emocional, y las oportunidades laborales de las mujeres cuidadoras.

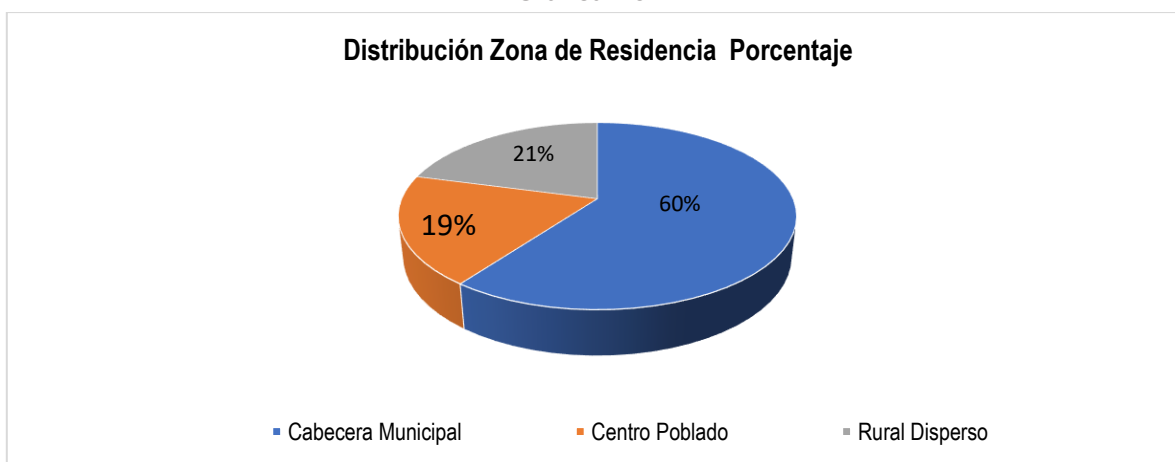
Zona de Residencia

Tabla No. 2

Distribución Zona de Residencia		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Cabecera Municipal	22.944	60
Centro Poblado	7.231	19
Rural Disperso	7.960	21
Total	38.135	100

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad
RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 2



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad
- RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La distribución por zona de residencia, de las 38.135 personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad registradas evidencia una concentración mayoritaria en la cabecera municipal, donde se ubican 22.944 personas, lo que corresponde al 60 % del total.

Este dato sugiere que una proporción significativa de las labores de cuidado se desarrolla en áreas urbanas, donde existe mayor acceso a servicios de salud, oferta institucional, infraestructura y programas sociales.

No obstante, un 40 % de las personas cuidadoras reside en zonas no urbanas, lo que representa un porcentaje relevante desde el enfoque de equidad territorial. En particular, 7.231 cuidadores (19 %) se encuentran en centros poblados, mientras que 7.960 (21 %) residen en zonas rurales dispersas.

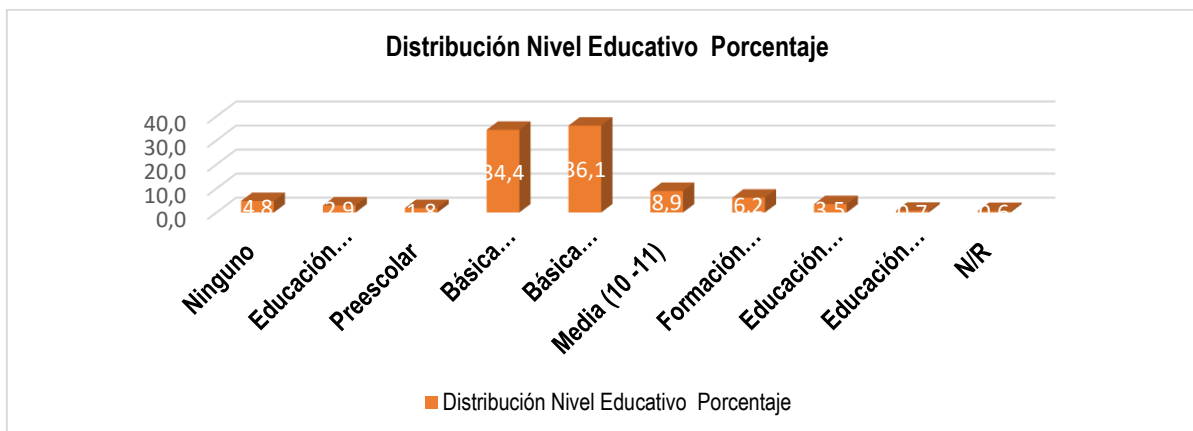
Nivel Educativo

Tabla No. 3

Distribución Nivel Educativo		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1.830	4,8
Educación Inicial	1.122	2,9
Preescolar	703	1,8
Básica Primaria (1-5)	13.104	34,4
Básica Secundaria (6-9)	13.784	36,1
Media (10 -11)	3.410	8,9
Formación para el Trabajo	2.354	6,2
Educación Superior (pregrado)	1.325	3,5
Educación Superior (postgrado)	268	0,7
N/R	235	0,6
Total	38.135	100,0

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 3



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La información relacionada con el nivel educativo de las 38.135 personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad registradas evidencia una concentración mayoritaria en niveles de educación básica, lo cual constituye un factor determinante para comprender las condiciones sociales, económicas y laborales asociadas al ejercicio del cuidado.

En particular, se observa que 13.784 personas (36,1 %) alcanzaron la básica secundaria (grados 6° a 9°) y 13.104 personas (34,4 %) cuentan con básica primaria (grados 1° a 5°). En conjunto, estos dos niveles agrupan al 70,5 % de la población cuidadora, lo que indica que más de dos tercios presentan una formación escolar limitada, lo cual puede restringir su acceso a oportunidades laborales formales, procesos de capacitación especializada y a mayores ingresos.

Adicionalmente, 1.830 personas (4,8 %) no poseen ningún nivel educativo y 1.122 (2,9 %) cuentan únicamente con educación inicial, mientras que 703 cuidadores (1,8 %) alcanzaron el nivel preescolar. Estas cifras reflejan condiciones de vulnerabilidad educativa que pueden incidir negativamente en la comprensión de derechos, el acceso a información, la autonomía personal y el uso adecuado de los servicios de salud y protección social.

En los niveles educativos más altos, se evidencia una disminución progresiva en la participación. Solo 3.410 personas (8,9 %) finalizaron la educación media (grados 10° y 11°), mientras que 2.354 cuidadores (6,2 %) reportan formación para el trabajo, lo cual representa una oportunidad importante para fortalecer competencias laborales y promover la empleabilidad de esta población.

Por su parte, únicamente 1.325 personas (3,5 %) cuentan con educación superior a nivel de pregrado y apenas 268 cuidadores (0,7 %) con formación de posgrado, lo que evidencia una baja cualificación profesional dentro del grupo de cuidadores. Esta situación puede limitar el acceso a empleos formales y especializados, perpetuando condiciones de informalidad, dependencia económica y sobrecarga del cuidado no remunerado.

Finalmente, 235 personas (0,6 %) no reportaron información sobre su nivel educativo, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de captación y actualización de datos con enfoque de calidad, inclusión y confidencialidad.

Asistencia en el último año a los servicios de salud

Tabla No. 4

Distribución de asistencia a servicios de salud en el último año		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	4.021	11
No	33.910	89
NS/NR	204	1
Total	38.135	100

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026.

Gráfica No. 4



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La tabla sobre la asistencia a servicios de salud durante el último año evidencia una baja utilización de los servicios de salud por parte de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad. Del total de 38.135 personas registradas, únicamente 4.021 personas (11 %) reportaron haber asistido a algún servicio de salud, mientras que la mayoría concerniente a 33.910 personas (89 %) señaló no haber hecho uso de estos servicios. Adicionalmente, 204 personas (1 %) no suministraron información al respecto (NS/NR).

Este resultado resulta especialmente preocupante si se considera que la labor de cuidado implica una alta carga física, emocional y mental, la cual puede derivar en el deterioro progresivo de la salud de la persona cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad.

La baja asistencia a servicios de salud puede estar asociada a múltiples factores, tales como la priorización del bienestar de la persona sujeta de cuidado sobre la salud propia, la falta de tiempo, barreras económicas, dificultades de acceso geográfico, desconocimiento de derechos, así como limitaciones en la disponibilidad de servicios adecuados y oportunos.

El hecho de que casi nueve de cada diez personas cuidadoras no hayan asistido a servicios de salud en el último año sugiere un riesgo elevado de subdiagnóstico de enfermedades, ausencia de controles preventivos y acumulación de afectaciones en la salud física y mental. Esta situación puede agudizar condiciones como el estrés crónico, agotamiento emocional, trastornos musculoesqueléticos y problemas de salud mental, especialmente en contextos donde el cuidado se ejerce de manera continua y no remunerada.

Asimismo, esta baja utilización de servicios puede profundizar las desigualdades existentes, particularmente si se considera que gran parte de la población cuidadora se encuentra en condiciones de pobreza o vulnerabilidad socioeconómica, lo que limita aún más el acceso efectivo a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pese a su carácter universal.

Parentesco con sujeto de cuidado

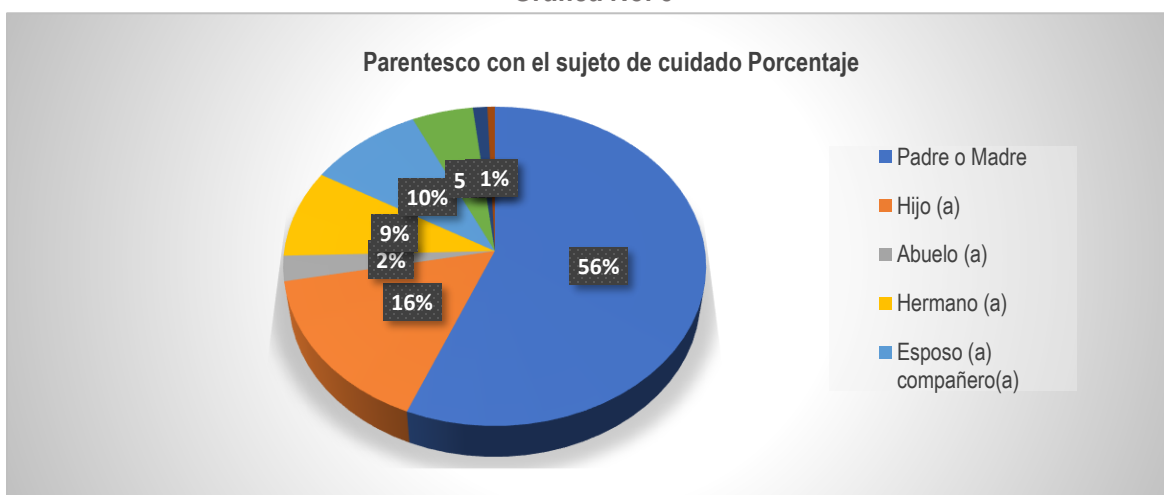
Tabla No. 5

Parentesco con el sujeto de cuidado		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Padre o Madre	21.436	56
Hijo (a)	6014	16
Abuelo (a)	973	3
Hermano (a)	3390	9

Parentesco con el sujeto de cuidado		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Esposo (a) compañero(a)	3668	10
Otro Familiar	1957	5
No es familiar	460	1
NR	237	1
Total	38.135	100

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 5



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La distribución del parentesco entre las 38.135 personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad registradas y la persona sujeta de cuidado evidencia que el cuidado se ejerce predominantemente dentro del núcleo familiar, lo que confirma que esta labor continúa siendo asumida principalmente en el ámbito doméstico y por la red familiar más cercana.

De acuerdo con la información, el 56 % de las personas registradas (21.436 personas) son padres o madres del de la persona con discapacidad, constituyéndose como el grupo mayoritario. Este dato refleja que el cuidado suele recaer directamente sobre los progenitores, quienes asumen de manera prolongada y frecuente la responsabilidad del acompañamiento, atención y apoyo diario, especialmente cuando se trata de personas con discapacidad, enfermedades crónicas o condiciones

de dependencia desde edades tempranas. Esta situación suele implicar una alta carga física, emocional y económica.

En segundo lugar, se encuentra el grupo de hijos e hijas, que representa el 16 % (6.014 personas). Este porcentaje es significativo y suele estar asociado al cuidado de personas adultas mayores o con condiciones de salud adquiridas a lo largo del ciclo vital. El cuidado filial puede generar importantes tensiones en la conciliación entre la vida laboral, personal y familiar, particularmente cuando no existen redes de apoyo suficientes.

Asimismo, el 10 % de los cuidadores (3.668 personas) corresponde a esposos(as) o compañeros(as), seguido por los hermanos(as) con un 9 % (3.390 personas). Estas cifras evidencian que el cuidado también es asumido entre pares dentro del hogar, lo que puede modificar dinámicas familiares, roles tradicionales y proyectos de vida individuales, especialmente cuando el cuidado se extiende en el tiempo y no es remunerado.

Por otra parte, los abuelos(as) representan un 3 % (973 personas), y el grupo de otros familiares alcanza el 5 % (1.957 personas). Aunque porcentualmente menores, estos cuidadores suelen encontrarse en condiciones de mayor vulnerabilidad, ya sea por la edad avanzada o por la falta de recursos económicos y apoyo institucional.

Resulta relevante señalar que solo 460 personas (1 %) reportan no tener vínculo familiar con el sujeto de cuidado. Este bajo porcentaje confirma que la figura del cuidador no familiar o asistente externo es aún limitada, lo que refuerza la idea de que el cuidado en Colombia continúa siendo una responsabilidad principalmente familiar y no suficientemente socializada ni institucionalizada.

Finalmente, 237 personas (1 %) no reportaron información sobre el parentesco (NR), lo que sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de registro y caracterización para una mejor comprensión de las redes de cuidado.

Tiempo dedicado al cuidado

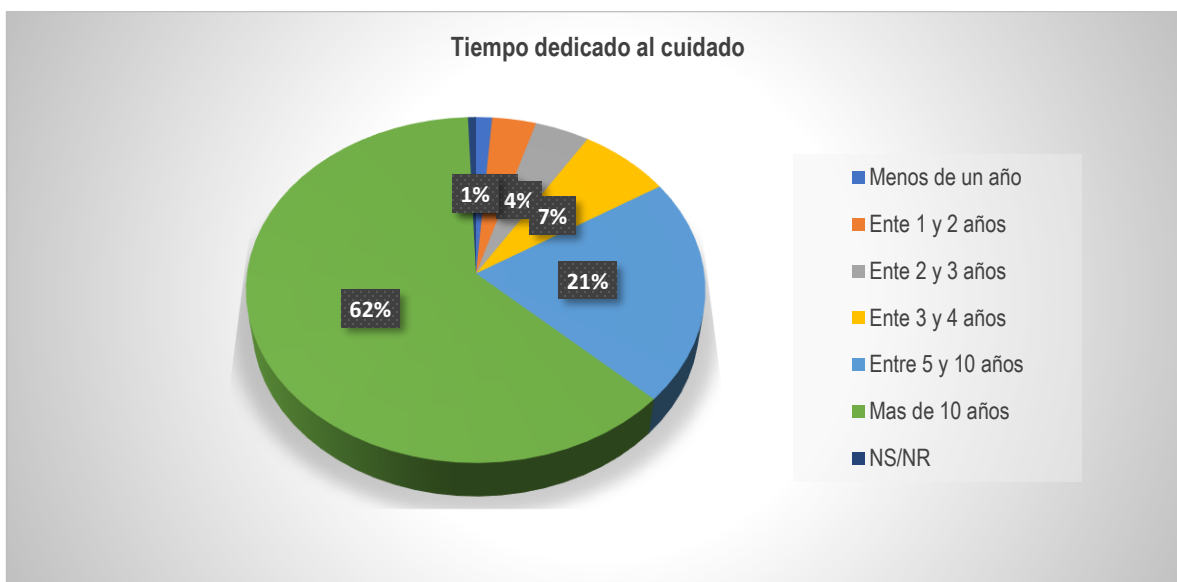
Tabla No. 6

Tiempo dedicado al cuidado		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	473	1
Ente 1 y 2 años	1294	3
Ente 2 y 3 años	1612	4

Tiempo dedicado al cuidado		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ente 3 y 4 años	2732	7
Entre 5 y 10 años	7.991	21
Mas de 10 años	23756	62
NS/NR	277	1
Total	38.135	100

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 6



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La distribución del tiempo dedicado al cuidado por parte de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad evidencia que esta labor se ejerce de manera prolongada y sostenida en el tiempo, configurándose como una responsabilidad de largo plazo para la mayoría de quienes la asumen.

Del total de 38.135 personas registradas, el grupo mayoritario corresponde a quienes han dedicado más de 10 años al cuidado, con 23.756 personas, lo que representa el 62 % del total. Este dato refleja una cronificación del rol de cuidado, en el que la labor no es transitoria, sino permanente, impactando

de forma significativa el proyecto de vida, la salud física y mental, la autonomía personal y las oportunidades educativas y laborales de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

En segundo lugar, 7.991 personas (21 %) reportan dedicar entre 5 y 10 años al cuidado. Al sumar este grupo con quienes llevan más de 10 años, se evidencia que el 83 % de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad han asumido esta labor por más de cinco años, lo que confirma que el cuidado es una responsabilidad de largo aliento y no una respuesta temporal a una situación coyuntural.

Por otro lado, las personas cuidadoras o asistentes personales de personas cuidadoras con trayectorias más cortas representan un porcentaje significativamente menor. Solo 2.732 personas (7 %) reportan entre 3 y 4 años de cuidado; 1.612 personas (4 %) entre 2 y 3 años; 1.294 personas (3 %) entre 1 y 2 años; y apenas 473 personas (1 %) llevan menos de un año ejerciendo esta labor. Esta baja proporción sugiere que, una vez asumido el rol, este tiende a mantenerse en el tiempo, con escasas posibilidades de relevo o apoyo sostenido.

Adicionalmente, 277 personas (1 %) no reportaron información (NS/NR), lo que no afecta de manera significativa la lectura general, pero evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de caracterización y seguimiento.

Desde un enfoque social y de derechos, la alta concentración de personas que dedican más de una década al cuidado permite inferir una elevada sobrecarga física, emocional y económica, especialmente cuando esta labor se realiza de manera no remunerada y en contextos de pobreza o vulnerabilidad. El cuidado prolongado sin apoyos adecuados incrementa el riesgo de agotamiento, deterioro de la salud, aislamiento social y dependencia económica.

Estos resultados refuerzan la necesidad de avanzar hacia un sistema de apoyos al cuidado que reconozca el carácter permanente de esta labor, en línea con lo establecido en la Ley 2297 de 2023, promoviendo medidas como el relevo del cuidador, programas de respiro, acompañamiento psicosocial, acceso prioritario a servicios de salud, formación para el trabajo y generación de ingresos.

Asimismo, se hace indispensable fortalecer la corresponsabilidad del Estado, la comunidad y las familias para evitar que el cuidado continúe recayendo de forma exclusiva y prolongada sobre una misma persona.

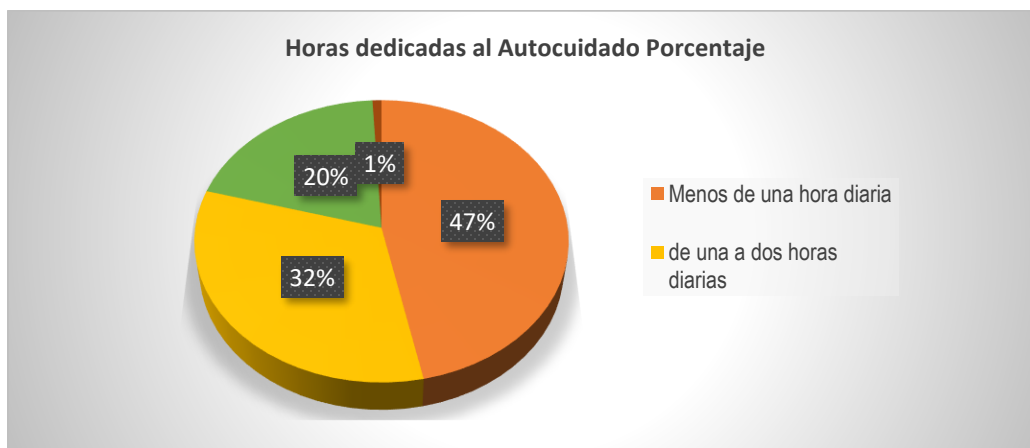
Horas dedicadas al autocuidado

Tabla No. 7

Horas dedicadas al Autocuidado		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de una hora diaria	17.813	47
de una a dos horas diarias	12.442	33
más de dos horas diarias	7.556	20
N/R	324	1
Total	38.135	100

Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

Gráfica No. 7



Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026

La tabla sobre las horas dedicadas al autocuidado evidencia una limitada disponibilidad de tiempo para el cuidado personal entre las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, lo cual constituye un factor crítico para su bienestar físico, mental y emocional.

Del total de 38.135 personas registradas, 17.813 personas (47 %) reportan dedicar menos de una hora diaria al autocuidado, lo que representa casi la mitad de la población. Este dato es especialmente preocupante, dado que refleja una situación de priorización casi exclusiva del cuidado del otro, en detrimento del propio bienestar, y sugiere altos niveles de sobrecarga, agotamiento y riesgo de deterioro en la salud.

Por su parte, 12.442 personas (33 %) indican dedicar entre una y dos horas diarias al autocuidado, lo que, si bien representa una mejora relativa frente al grupo anterior, continúa siendo un tiempo limitado si se considera la exigencia física y emocional que implica el cuidado prolongado, especialmente en contextos de dependencia severa y cuidado no remunerado.

Solo 7.556 personas cuidadoras (20 %) reportan dedicar más de dos horas diarias al autocuidado, lo que evidencia que apenas una quinta parte logra contar con un tiempo adecuado para atender sus propias necesidades personales, recreativas, emocionales o de salud. Esta minoría suele estar asociada a la existencia de redes de apoyo familiar o comunitario, o a mejores condiciones socioeconómicas que facilitan la redistribución del cuidado.

Adicionalmente, 324 personas (1 %) no suministraron información (N/R), proporción que no altera de manera significativa la tendencia general, pero que reafirma la necesidad de fortalecer los procesos de registro y caracterización.

Desde un enfoque social y de derechos, estos resultados reflejan una alta vulneración del derecho al cuidado propio, entendido como un componente esencial del bienestar integral. La escasez de tiempo para el autocuidado está directamente relacionada con el aumento del estrés crónico, el desgaste emocional, la aparición de enfermedades físicas y afectaciones en la salud mental, especialmente en personas que llevan varios años dedicadas al cuidado de manera continua.

- **Equipos Básicos en Salud – Aplicación Escala Zarit**

Desde el abordaje del plan de cuidado primario de los Equipos Básicos en Salud, con presencia en todo el territorio nacional se han reportado en el Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- con corte al 29 de abril de 2026 la siguiente información:

- 3.498.207 hogares visitados, los cuales aglutinan 6.512.042 personas y de éstas se han identificado 248.138 personas con discapacidad.
- Cuando se identifica o se autoreconoce en el hogar una cuidadora o cuidador se aplica la escala Zarit³

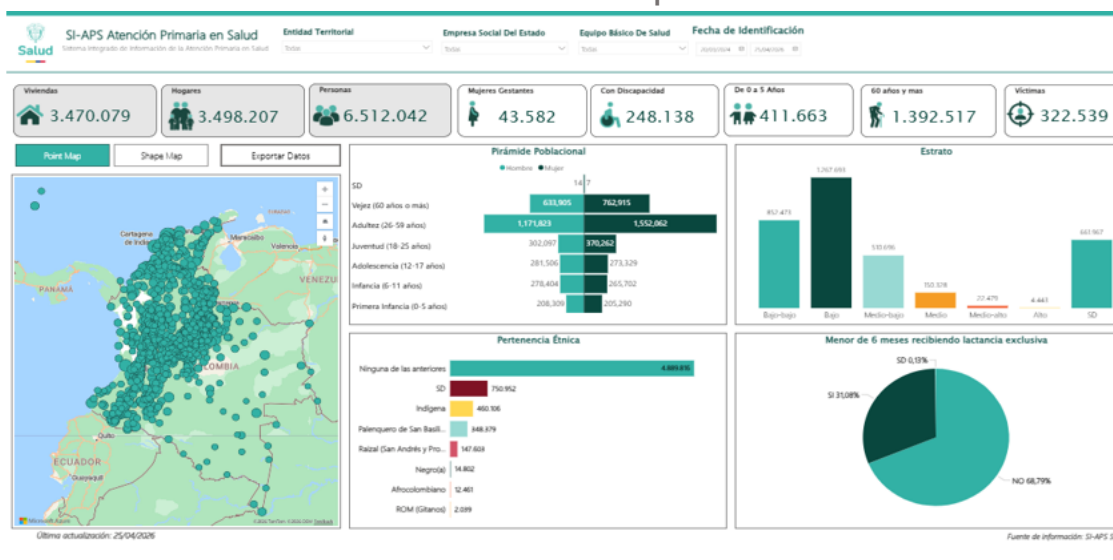
³ La escala de Zarit es un instrumento de evaluación psicométrico destinado a medir el nivel de afección que pueden tener las personas dedicadas a cuidar. Este instrumento está destinado a medir el nivel de consciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.

A continuación, se presenta el resultado de la aplicación de la escala Zarit en las personas cuidadoras identificadas.

La información recogida por los Equipos Básicos de Salud -EBS- identifica a 455.872 personas que se autoreconocieron como cuidadoras, a estas personas se les aplicó la escala Zarit, y se identificaron 23.182 (5,51%) con sobrecarga de trabajo según la escala Zarit (instrumento de evaluación diseñado para medir la sobrecarga que experimentan los cuidadores y tiene como propósito evaluar el impacto emocional, físico y social que tiene la tarea de cuidar sobre el cuidador). Consta de 22 ítems que abordan diferentes aspectos de la vida del cuidador. A través de una escala de Likert que va de 1 (nunca) a 5 (casi siempre), los cuidadores responden sobre la frecuencia con que experimentan sentimientos relacionados con el cuidado de un individuo dependiente.

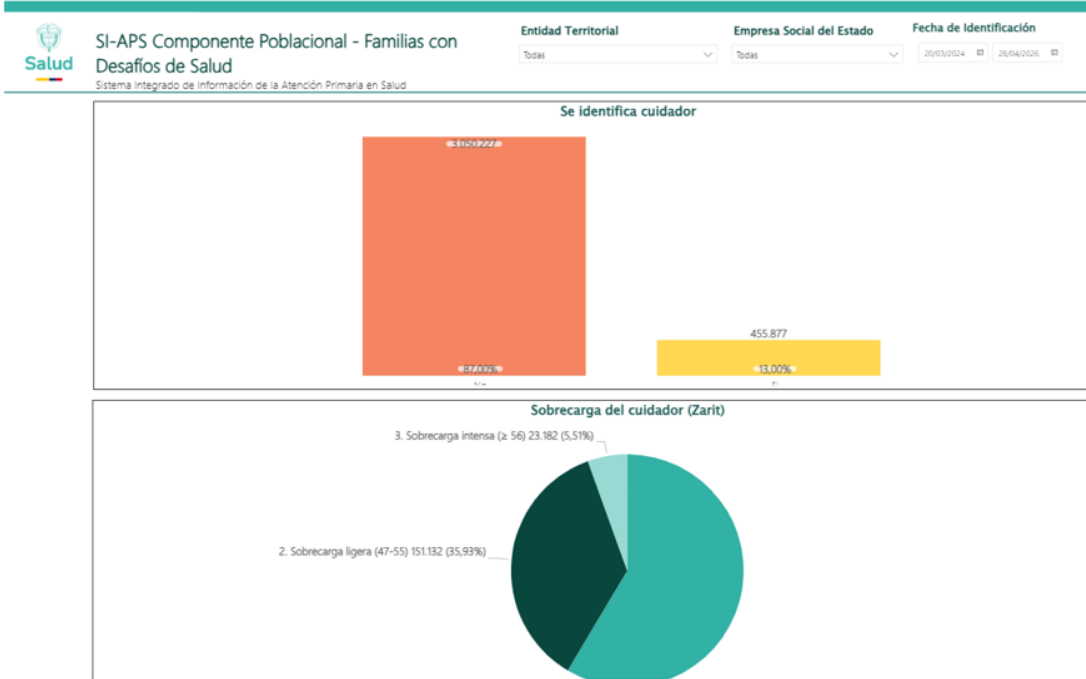
Del universo de 220.000 personas a las que se les aplicó la escala el 7,32% puntuó con una sobre carga intensa, un 24,23 % puntuó con sobre carga ligera y 46% no presentó sobrecarga. (ver gráfica No 8).

Gráfica No 8. Tablero poblacional



Fuente: SISPRO tablero poblacional. Atención Primaria en Salud SI-APS corte abril 29 de 2026.

Gráfica No 9. Tablero poblacional



Fuente SISPRO tablero poblacional. Atención Primaria en Salud SI-APS corte abril 29 de 2026.



8. MARCO GENERAL

La reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, están dirigidos a las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, Entidades Territoriales, Prestadores de Servicios de Salud y Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, y, las entidades que administran regímenes de excepción (según aplique), dichas instrucciones tienen como propósito orientar la prestación de servicios de salud en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, Ley 2297 de 2023, la Resolución 2765 de 2025 y demás normatividad vigente.

A continuación, se mencionan algunos aspectos generales basados en la actual reglamentación colombiana:

8.1 Derechos en Salud

En Colombia, la salud es un derecho fundamental consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política, el cual establece que *“la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”*. Este derecho se reglamenta y desarrolla mediante diversas normas legales y políticas públicas orientadas a garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud.

Cuando hablamos de los derechos en salud para la población colombiana, se entiende que toda persona tiene derecho a:

- Acceso universal a los servicios de salud sin discriminación alguna, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud).
- Recibir atención integral en salud, incluyendo prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Ser atendido con dignidad, respeto, oportunidad y calidad, y a recibir información clara y suficiente sobre su estado de salud.
- Elegir libremente la EPS y el prestador de servicios de salud, así como a participar en las decisiones sobre su atención.
- Acceder a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) sin barreras administrativas.



8.2 Atención integral en salud - Ley 1751 de 2015

La atención integral en salud es reconocida de manera imperativa a partir del 2015, mediante la expedición de la Ley 1751 donde se expresa la integralidad, en el artículo 8, en un marco donde *“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. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”*. Adicionalmente, los desarrollos de la política pública han visualizado la necesidad de articular e integrar lo correspondiente al aseguramiento, la prestación de los servicios y las intervenciones colectivas, como herramienta para el goce efectivo del derecho a la salud. En este sentido, el enfoque de la integralidad implica que las acciones de salud deben ser encauzadas en el conjunto articulado y continuo de las acciones individuales y colectivas, preventivas y curativas, a lo largo de la estructura y organización del sistema de salud la cual debe responder a las necesidades de la población desde una amplia mirada y bajo un enfoque territorial, poblacional, diferencial y cultural.

En este sentido y con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud a toda la población en el territorio nacional, de forma accesible, equitativa, integral e integrada, se avanza en el mejoramiento de la adecuación, disponibilidad y organización de los servicios de salud con un enfoque poblacional y territorial, bajo principios de universalidad y equidad, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud a través de la continuidad del cuidado, la participación social y la gestión integral de los determinantes sociales de la salud.

Con la Atención Primaria en Salud se permite acercar los servicios de salud a los territorios y comunidades mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y seguimiento continuo, especialmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad, como las personas cuidadoras y las personas con discapacidad. Esto contribuye a reforzar la visión de una estrategia centrada en las personas, familias y comunidades, con respuestas resolutivas e intersectoriales desde el nivel primario de atención.

Dicha Estrategia se centra en las personas, familias y comunidades en los territorios, lo que permite la integración de la perspectiva de cuidado de la vida, la participación de actores institucionales y comunitarios y una respuesta territorial para la prestación integrada de los servicios de salud individuales e intervenciones colectivas y de gestión de la salud pública, para el reconocimiento de las



necesidades, potencialidades y expectativas de la población, de las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad.

La atención integral en salud a su vez implica, la incorporación del enfoque de género y del enfoque diferencial, desde la interseccionalidad, tanto en la planeación de las acciones como en las atenciones en salud. En este sentido se deben atender las orientaciones que brinda el MSPS mediante la resolución 2138 de 2023 (y sus actualizaciones) con el fin promover que la población en condiciones de vulnerabilidad social ya sea por su sexo, género u orientación sexual, tenga acceso a las oportunidades y recursos necesarios para participar de manera igualitaria a la garantía de sus derechos en salud.

8.3 Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS

La Atención Primaria en Salud es la estrategia intersectorial, orientada a generar condiciones para la materialización del goce efectivo del derecho a la salud, la afectación positiva de determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades. Tiene como atributos: la accesibilidad o primer contacto, la longitudinalidad o atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, la integralidad orientada a cubrir todas las necesidades de salud a través de servicios promocionales, preventivos y curativos, la coordinación sectorial e intersectorial y la participación social y comunitaria. Su operación se concreta a través de acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutiveas a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud – RIIS.

A través del cuidado integral de la salud se busca organizar las acciones sobre una población para obtener resultados en salud y en este sentido, la participación de individuos y familias y según el caso, la comunidad, no sólo en su elaboración e inicio, sino en su ejecución y seguimiento en el tiempo.

Es así como, los Equipos de Salud tendrán acciones territorializadas, universales, integrales, integradas, continuas y resolutiveas con calidad y oportunidad para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades y gestionarán la continuidad del cuidado entre el nivel primario y el nivel complementario de la Redes Integrales e Integradas de Salud - RIIS o a través de la oferta de los otros sectores de acuerdo con las necesidades identificadas, garantizando el despliegue operativo de los planes de cuidado individual, familiar y comunitario, de acuerdo con las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Equipos Básicos de Salud (EBS) tienen su origen en el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, donde se establecen como un concepto funcional y organizativo del talento humano en salud con carácter interdisciplinario. Su propósito se fundamenta en brindar servicios esenciales de salud a una



comunidad en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, asegurando accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado desde la promoción de la salud, la prevención, atención, rehabilitación y los cuidados paliativos.

En este sentido, los EBS se constituyen como la unidad funcional del nivel primario de atención en los territorios, contribuyendo al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades identificadas y sus necesidades en salud, incluyendo a las personas que llevan a cabo acciones de cuidado a sus familiares. Su accionar se desarrolla a través del Plan de Cuidado Primario (PCP) y en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud, bajo un enfoque territorial. Estos equipos están conformados por talento humano en salud de nivel técnico, profesional y especializado, cuya composición responde a las necesidades específicas de cada territorio.

En lo relacionado con la coordinación y los acuerdos para el cuidado integral de la salud en los territorios, y como parte de los procesos de planeación y organización en el marco de implementación de los Equipos Básicos de Salud (EBS), es fundamental partir de la comprensión territorial de la salud. Esta comprensión se construye a partir del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), del proceso de territorialización y de la sistematización de lecciones aprendidas, logros alcanzados y dificultades identificadas en la gestión territorial. Con base en estos insumos, se orienta la operación de los EBS en el nivel primario de atención, garantizando su despliegue en territorios urbanos, rurales y rurales dispersos, en correspondencia con las características y particularidades de cada municipio o distrito. La distribución y organización de los Equipos Básicos de Salud se fundamenta en el proceso de territorialización para el cuidado integral de la salud, entendido como un ejercicio orientado a identificar, analizar y comprender las dinámicas históricas, culturales, sociales, económicas, políticas y ambientales que inciden en el proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades. Este proceso permite la organización funcional de territorios y microterritorios en los ámbitos municipal y distrital, con el propósito de orientar la respuesta integral en salud, incluyendo la implementación de los EBS como parte de las Redes Integrales e Integradas de Salud, y contribuir al cierre de brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Los EBS conformados deben tener adscripción territorial que busca establecer relaciones a largo plazo enfocadas en la confianza y el conocimiento de las personas, las familias y las comunidades para brindar una atención en salud sin interrupciones que permita la oportunidad en el diagnóstico, la pertinencia en el tratamiento y la promoción y prevención, así como la participación activa en la toma de decisiones para el mejoramiento de salud, considerando sus valores y preferencias.



Con la adscripción territorial, la institución prestadora de servicios de salud que opera los EBS, en coordinación imprescindible con la entidad territorial asigna formalmente a un Equipo Básico de Salud un territorio específico para el desarrollo de sus funciones en el marco de la Red. Esto implica definir con precisión qué población, qué microterritorios y qué entornos quedan bajo la responsabilidad directa del equipo, tanto para las intervenciones colectivas, como las atenciones individuales y las acciones de gestión según el alcance del equipo se deben establecer de manera sistemática las gestiones, coordinaciones y acuerdos necesarios para garantizar las condiciones adecuadas para la operación de los equipos básicos de salud en el marco del nivel primario de atención.

La operación de los equipos debe estar acompañada de acuerdos comunitarios, concertados, contruidos con líderes sociales, juntas de acción comunal, COPACOS, consejos comunitarios, cabildos indígenas, kumpanias y otras estructuras de gobierno propio o espacios de participación social y veedurías ciudadanas. Los acuerdos deben permitir que la comunidad participe en la planeación, implementación y monitoreo de los EBS. Por tanto, la participación social es un eje transversal que legitima la acción de los EBS, permite intervenciones situadas y fortalece el control ciudadano sobre la gestión.

Así mismo, los acuerdos institucionales son esenciales para la implementación y operativización exitosa de los Equipos Básicos de Salud, ya que definen los compromisos, roles y responsabilidades de las entidades del sector salud y otras entidades que ayudan a afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. Se pueden generar acuerdos sectoriales centrados en las instituciones y actores dentro del propio sector de la salud en el nivel primario de atención, o acuerdos intersectoriales que abarcan una red más amplia y fomentan la colaboración y la coordinación entre los diferentes sectores para generar sinergias que contribuyan al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

8.4 Aseguramiento en Salud

Reglas para la afiliación de personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal en el SGSSS

¿Qué es la afiliación al SGSSS?

La afiliación al SGSSS para las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal, al igual que para el resto de la población residente en Colombia, se define como el acto de ingreso que se realiza por una sola vez ante el Sistema General de Seguridad social en Salud - SGSSS, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual implica la

declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado de acuerdo con su nivel de ingreso y condiciones de vida.

Derecho a los servicios de salud del plan de beneficios

Todos los residentes en Colombia incluyendo personas con discapacidad y cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Exceptuados o Especiales establecidos legalmente, estos son: Ecopetrol, Magisterio, Policía y Ejército Nacional y universidades públicas con servicios de salud propio.

¿La EPS pueden exigir como requisito para la afiliación la declaración del estado de salud de las personas con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad?

En ningún caso las EPS podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS de las personas con discapacidad y cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad. El incumplimiento de esta prohibición dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Con posterioridad a la afiliación la EPS podrá levantar la información sobre el estado de salud de las personas afiliadas con el objeto de administrar el riesgo en salud. Conforme a esto, el Decreto 780 en su Artículo 2.1.1.6, expresa que las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona debido a condición actual o potencial de salud, toda vez que esto se considera una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.

¿Puede una EPS negarse a afiliar a personas con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad?

En ninguna circunstancia podrá negarse la afiliación o el traslado de entidad aseguradora a personas con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad, y no se deberá generar ninguna barrera administrativa que se imponga en detrimento de la garantía del derecho fundamental a la salud.

¿Qué sucede si se evidencian barreras en el proceso de afiliación de la población personas con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad?

La inobservancia, o incumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS, IPS o Entidades Territoriales -ET, dará lugar a que la Superintendencia Nacional de Salud, los órganos de control y demás entidades protectoras de derechos, adelanten las investigaciones e impongan sanciones en el marco de sus competencias, conforme a la garantía del derecho fundamental a la salud.

¿Cuándo inicia la cobertura en salud para personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal afiliados?

Las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal afiliadas tiene derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios a partir de la radicación del Formulario Único de Afiliación y Novedades (FUA) en la EPS o, a partir de la afiliación a través del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT - www.miseguridadsocial.gov.co, el cual es el medio virtual dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social para que los ciudadanos puedan realizar sus procesos de afiliación y novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

- Certificado de nacido vivo y registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad – Menores de 18 años
- Cédula de ciudadanía – Mayores de edad

Para extranjeros:

- Cédula de extranjería
- Carné diplomático
- Salvoconducto de permanencia
- Permiso por Protección Temporal – PPT

¿A qué regímenes en salud se pueden afiliar las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal?

- Afiliación en el régimen contributivo: las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal que tienen una vinculación laboral se deben afiliar en el régimen contributivo en el SGSSS, es decir, las personas con vinculación laboral y capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. También podrán afiliarse estas personas como beneficiarios en un grupo familiar de un cotizante.
- Afiliación en el régimen Subsidiado: son beneficiarios del régimen subsidiado en el SGSSS las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal sin capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización en el régimen contributivo, y que se encuentran

clasificados en el SISBEN como pobres y vulnerables en los grupos de: A al C, y, población no pobre o vulnerable en el grupo D, en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBEN, quienes recibirán subsidio pleno en el caso de las personas clasificadas en los grupos A al C y, de manera parcial el subsidio por parte del Estado para las personas clasificadas en el grupo D del Sisbén.

¿Qué pasa si una persona con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad se encuentra afiliados en un Régimen especial o de Excepción, tal como la Policía, Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol o Universidades Públicas?

Las personas con discapacidad y cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad que se encuentran afiliados en alguna de las bases de datos de la Policía, Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol o Universidades Públicas, no podrán afiliarse al SGSSS, ni registrar novedad en la BDUA ni ante el SAT.

¿Cuáles son las rutas de afiliación al SGSSS para la población de personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal?

A continuación, se detallan las rutas de afiliación de las personas al SGSSS, lo cual es aplicable para las personas con discapacidad y cuidadoras o asistente personal residentes en Colombia:

Imagen N° 1



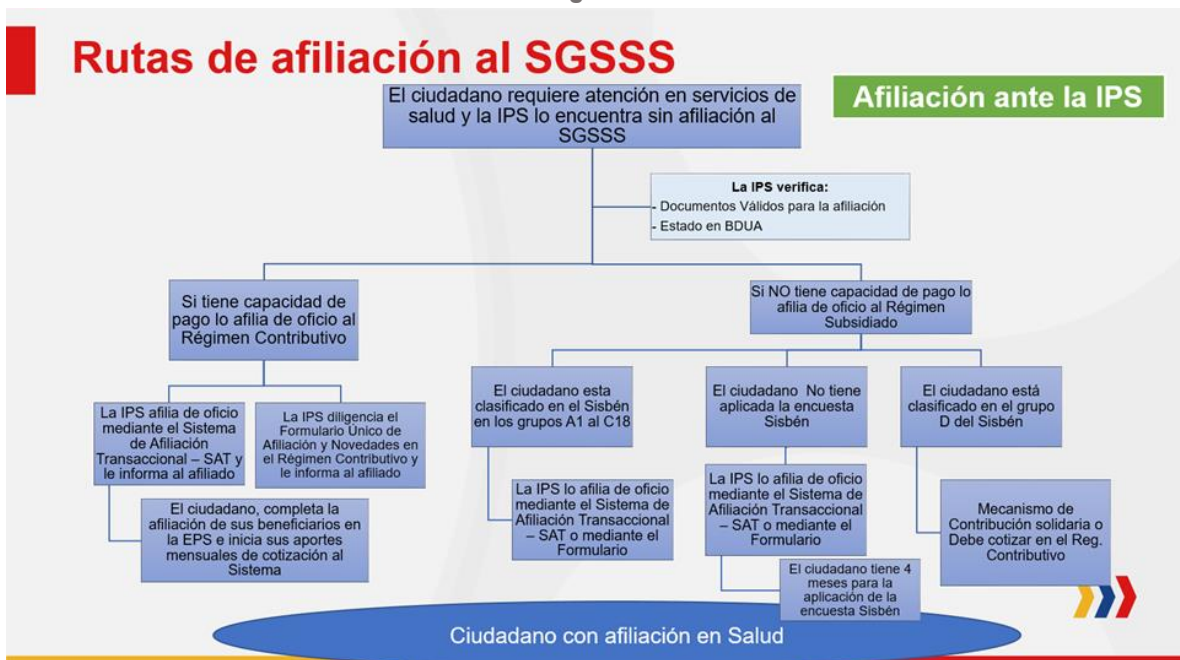
Fuente: Elaboración Propia de la Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud

Imagen N°2



Fuente: Elaboración Propia de la Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud

Imagen N°3



Fuente: Elaboración Propia de la Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud

En el caso de que usted decidiera hacer su afiliación a través de SAT, me permito orientarlo (a), para que pueda acceder al sistema, ingresando al portal web www.miseguridadsocial.gov.co

1. Ingrese en: ir al portal ciudadano.

Trámites del Portal Ciudadano

Es un portal creado con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los afiliados el reporte de sus novedades.



Como afiliado tiene disponible la consulta del estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado para usted y todo su grupo familiar, la inclusión y exclusión de beneficiarios, la actualización de datos complementarios y del documento de identidad, entre otras.

[IR A PORTAL CIUDADANO](#)

2. Una vez se apertura el inicio de sesión debe registrar usuario y contraseña.

Tips de seguridad de la información y protección de datos personales

En la era digital, proteger nuestra información personal y credenciales de acceso es más importante que nunca. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, te ofrecemos algunos consejos prácticos para mantener tus datos seguros:

- **Usa contraseñas fuertes y únicas:** Evita usar la misma contraseña para múltiples cuentas.
 - **Longitud:** Utiliza contraseñas de al menos 12 caracteres. Cuanto más largas, más difíciles son de adivinar.
 - **Combinación:** Mezcla letras mayúsculas y minúsculas, números y símbolos (!@#\$%^&*).
 - **Evita información personal:** No incluyas nombres, fechas de nacimiento, direcciones o palabras comunes.
 - **Administrador de contraseñas:** Considera usar un programa para generar y almacenar contraseñas de forma segura.
- **Mantén tu software actualizado:** Las actualizaciones de navegadores de internet incluyen mejoras de seguridad.
- **Sé cauteloso con los correos electrónicos y enlaces sospechosos:** No hagas clic en enlaces dudosos.
- **Usa redes Wi-Fi seguras:** Evita redes públicas para transacciones sensibles.
- **Configura la privacidad en redes sociales:** Ajusta quién puede ver tu información.
- **Realiza copias de seguridad regularmente:** Protege tus datos contra pérdidas.

3. Si aun no cuenta con usuario y contraseña, en esta misma página WEB de este ministerio, debe proceder a registrar allí los datos requeridos en el formato digital, mediante el cual, al finalizar el proceso, el sistema emitirá un usuario y contraseña correspondiente. Puede acceder a través del siguiente link: <https://miseguridadsocial.gov.co/> (ver captura de pantalla)

Para registrarse en el portal debe tener a la mano su documento de identidad y completar los cuatro pasos que se muestran a continuación:

- 1 Registro de datos básicos
- 2 Validación de identidad
- 3 Información de contacto
- 4 Creación de usuario

Para registrarse como empleador es importante que ya tenga un registro como Ciudadano y que sea el Representante Legal Principal

[REGISTRARSE](#)

¿Puede la población con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad pertenecer simultáneamente al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo?

Ninguna persona en el sistema puede estar simultáneamente en el Régimen Subsidiado y en el Régimen Contributivo, ni inscribirse en más de una EPS. Por lo tanto, si un joven cumple las condiciones para cotizar deberá pertenecer obligatoriamente al Régimen Contributivo. Así mismo, si reúne simultáneamente, las condiciones para pertenecer a un Régimen Exceptuado o Especial y al Régimen Contributivo, deberá permanecer en el Régimen Exceptuado o Especial de manera preferente.

II. Novedades en el SGSSS

¿Qué se entiende por novedad en el SGSSS para la población personas con discapacidad y cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad?

Son los cambios que afectan el estado de la afiliación de la afiliación de las personas, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de



los afiliados, al respecto, sólo pueden realizarlas el cotizante o afiliado cabeza de familia según aplique el régimen en el que esté afiliado.

¿Cómo se realiza el reporte de novedades en el SGSSS?

A través del diligenciamiento, suscripción y radicación del Formulario Único de Afiliación y Novedades ante la EPS y/o mediante el registro de la novedad en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT en la plataforma www.miseguridadsocial.gov.co, donde las personas en su calidad de cotizantes o cabeza de familia, pueden registrar el traslado, movilidad, portabilidad, actualización o cambio de datos de identificación y de domicilio, entre otras.

Traslado de EPS

¿Qué se entiende por traslado de EPS en el SGSSS?

El traslado es el cambio de EPS dentro de un mismo régimen o el cambio de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS siempre que se cumplan las condiciones previstas para el mismo.

¿Cuáles son las condiciones para el traslado de EPS por parte de un afiliado?

Para ejercer el derecho al traslado, el cotizante o cabeza de familia debe:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.
- No estar internado en una institución prestadora de servicios de salud ni él ni ninguno que haga parte de su grupo familiar
- Diligenciar y radicar la solicitud de traslado en el Formulario Único de Afiliación y Novedades ante la EPS a la cual será trasladado.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

El período mínimo de permanencia de un (1) año para tener derecho al traslado de EPS, se contará a partir de su inscripción en la última EPS. El año de permanencia consiste en un periodo de 360 días continuos o discontinuos.

¿Cuándo no aplica la regla general de permanencia?

- Cuando la EPS deje de operar por disolución o liquidación, revocatoria de la autorización o retiro del municipio.
- Cuando el joven afiliado cambie la residencia y la EPS donde se encuentra inscrito no tiene cobertura en el respectivo municipio.
- Cuando se presenten deficiencias en la prestación o suspensión del servicio o haya menoscabo a la libre escogencia de IPS o cuando red de prestadores no corresponda a la prometida; previa autorización de la Supersalud.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional

¿Cómo se solicita la novedad de traslado y ante quien se debe tramitar?

El traslado se debe solicitar mediante el diligenciamiento, suscripción y radicación del Formulario Único de Afiliación y Novedades ante la EPS, a la cual se va a trasladar la persona afiliada en calidad de cotizante o cabeza de familia, o, a través de la plataforma del Sistema de Afiliación Transaccional – SAT en la plataforma www.miseguridadsocial.gov.co

¿Cuáles son los tiempos para que el traslado de EPS se haga efectivo en el SGSSS?

El traslado entre EPS producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el Sistema de Afiliación Transaccional o en la EPS, cuando éste se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, momento a partir del cual la EPS a la cual se traslada el afiliado cotizante o el cabeza de familia y su núcleo familiar deberá garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro, es decir, del segundo mes posterior al que hizo la afiliación.



¿A partir de qué momento la EPS debe garantizar los servicios de salud después del traslado?

La EPS debe garantizar los servicios de salud desde el momento en que se hace efectivo el traslado, entretanto la EPS de la que se traslada continuará prestando los servicios de salud.

Movilidad

¿Qué es la movilidad en el SGSSS?

La movilidad en el SGSSS es el cambio de pertenencia a un régimen (de subsidiado a contributivo o lo contrario) dentro de la misma EPS cuando se trate de personas afiliadas clasificados en los niveles I y II del SISBÉN, es decir clasificados en los grupos A, B, C y D de la metodología IV del Sisbén, y pertenecientes a poblaciones especiales, sin que se pueda interrumpir la prestación de los servicios de salud.

¿Cómo y cuándo se reporta la novedad de movilidad en el SGSSS?

La novedad de movilidad del Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado debe ser reportada por cada uno de los afiliados en calidad de cotizantes o cabeza de familia, es decir de manera individual y directamente ante la EPS a través del Formulario Único de Afiliación y Novedades o a través del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT. Cuando el usuario no registre la solicitud de movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado, la EPS deberá reportarla en la BDUA e informar al afiliado y a la respectiva entidad territorial. Cuando aplique la movilidad al Régimen Subsidiado bajo el mecanismo de contribución solidaria, la EPS antes de registrar dicha novedad, deberá informar al afiliado la tarifa que le corresponde asumir por cada uno de los miembros del núcleo familiar y los canales dispuestos para el pago del monto total, y recibir la solicitud a través del SAT o en el formulario físico. La EPS deberá conservar los soportes que den cuenta de las actuaciones que se adelantaron, en el marco de los términos y condiciones dispuestos en los artículos 2.1.7.7 y 2.1.7.8 el Decreto 780 de 2016.

Portabilidad

¿Qué es Portabilidad?

Es la novedad en el SGSSS, que permite garantizar el acceso a los servicios de salud en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente del afiliado.

¿En qué circunstancias se aplica la Portabilidad?

La portabilidad se debe aplicar cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. **Emigración ocasional:** entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

2. **Emigración temporal:** cuando el joven afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.
3. **Emigración permanente:** cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el joven afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el joven afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.
4. **Dispersión del núcleo familiar:** cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un



municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

¿Cuál es el procedimiento para garantizar la Portabilidad de los afiliados?

Las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud (EPS), allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.

En todo caso, la no existencia o no vigencia de dichos acuerdos, no puede ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿Cómo puede hacer el procedimiento?: por página web, por correo electrónico, por teléfono, por escrito o personalmente.

8.5 Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud - Resolución 3280 de 2018

La Resolución 3280 de 2018 establece los lineamientos técnicos y operativos para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Su propósito es orientar los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, centrando la atención en el sujeto y sus necesidades integrales. Para lograrlo, define un conjunto de procesos de priorización e intervención que deben ser ejecutados de forma coordinada por las entidades territoriales, las EPS, los prestadores de servicios de salud y las entidades que administran los regímenes de excepción.

Ahora bien, su objeto principal es integrar las intervenciones individuales y colectivas para garantizar el derecho fundamental a la salud, de forma que se logre el desarrollo integral de las personas en sus entornos, mediante la gestión oportuna de riesgos y el fomento de capacidades para el autocuidado. Su implementación se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), el enfoque poblacional y diferencial, así como la gestión integral del riesgo, asegurando que la atención sea continua, pertinente y centrada en el sujeto.

La gestión de esta ruta se orienta hacia resultados de salud específicos, divididos en impactos a largo plazo y logros intermedios. Ahora, los resultados de impacto se centran en la reducción de la mortalidad evitable y el mantenimiento de un estado óptimo de salud visual, auditiva, bucal y sexual. Por otro lado, los resultados intermedios buscan fortalecer las capacidades de las personas para gestionar sus emociones, establecer relaciones sanas y consolidar redes de apoyo comunitario. Para alcanzar estas metas, la ruta abarca a toda la población residente en el territorio nacional, organizando la atención en entornos estratégicos como el hogar, el ámbito educativo, comunitario, laboral e institucional.

En cuanto a la operatividad, la resolución distingue claramente entre tres tipos de intervenciones. Las intervenciones individuales se enfocan en la atención directa a las personas según su momento del curso de vida, abarcando desde la primera infancia hasta la vejez. Estas incluyen valoraciones integrales de salud física, mental, visual, auditiva y bucal, así como acciones de protección específica como la vacunación y la asesoría en planificación familiar. Además, comprenden procedimientos de detección temprana para diversos tipos de cáncer (cuello uterino, mama, próstata y colon) y procesos de educación para la salud como estrategia orientada al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades para el cuidado. Particularmente con relación a personas en su rol de cuidado, la Resolución 3280-2018 sugiere el fortalecimiento de las siguientes capacidades desde los niveles individual, familiar y comunitario:

En las personas:

- Reconocen el valor de su labor como cuidadores
- Mantienen una actitud positiva en el trato hacia la persona sujeto de cuidado, así como a su propio ser.
- Comprenden las características tanto del sujeto de cuidado como de sus propias características, para definir acciones de cuidado y autocuidado pertinentes al momento de vida de las dos partes.
- Manifiestan de forma asertiva, las necesidades de su propio cuidado.
- Implementan las acciones de cuidado sin generar dependencia ni en el sujeto de cuidado, ni en el cuidador.

En las familias y comunidades:

- Reconocen y despliegan recursos y estrategias propias para el cuidado de sus cuidadores.
- Reconocen el valor del cuidado en un marco relacional de apoyo y de convivencia



- o Comunidades que apoyan y favorecen las relaciones armoniosas y saludables entre cuidadores y personas a su cuidado
- o Comunidades que gestionan entornos favorables para los cuidadores y las personas a su cuidado.

Paralelamente, las intervenciones colectivas se desarrollan principalmente a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y buscan impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud en diferentes escenarios. Estas acciones se despliegan en entornos como el hogar, el ámbito educativo, comunitario, laboral e institucional para fomentar prácticas saludables y fortalecer factores protectores. Entre sus principales componentes se encuentran la información en salud, la educación grupal y colectiva, y la movilización social, orientadas a construir capacidades en las redes comunitarias para la gestión del riesgo colectivo.

Por último, las intervenciones poblacionales hacen referencia a todas aquellas políticas públicas que afectan determinantes sociales, información en salud y promoción de la participación social.

Un componente transversal de la RPMS es la atención a personas con discapacidad y el apoyo a sus cuidadores. La normativa exige que todos los servicios realicen ajustes razonables y apliquen el diseño universal para eliminar barreras de acceso. Esto implica la capacitación del talento humano en un enfoque de derechos y la implementación de estrategias educativas adaptadas que promuevan la autonomía de la persona con discapacidad. Asimismo, se reconoce la importancia del cuidador, estableciendo sesiones de educación para fortalecer sus capacidades de cuidado y prevenir el agotamiento, fomentando siempre una relación que respete la voluntad y las preferencias del sujeto de atención.

En lo referente a la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la resolución la posiciona como una estrategia de gestión esencial dentro del entorno comunitario para garantizar la inclusión social y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. Esta perspectiva busca trascender el modelo clínico tradicional al movilizar recursos locales y redes de apoyo para eliminar barreras que impiden la participación plena en la sociedad. La RBC se articula con las intervenciones de la ruta para facilitar el acceso a servicios de salud oportunos y promover la igualdad de oportunidades, asegurando que la rehabilitación no sea un proceso aislado, sino una acción integrada en el territorio y la cultura de la persona.



Finalmente, la normativa subraya que tanto la educación para la salud como la rehabilitación deben implementarse bajo un enfoque diferencial que considere las particularidades de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Esto implica la aplicación de ajustes razonables en las metodologías educativas y el fortalecimiento de las capacidades de las familias para brindar un apoyo que respete la dignidad y autonomía del individuo. De este modo, la resolución busca consolidar una cultura de la salud donde la inclusión y el empoderamiento comunitario sean los ejes para el mantenimiento del bienestar de toda la población, sin dejar a nadie atrás por razones de su condición funcional.

La Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal tiene como objeto principal garantizar la atención integral, segura y de calidad para las mujeres en etapa pre-concepcional, durante el embarazo, el parto, el posparto y para el recién nacido. Este proceso busca identificar y gestionar oportunamente los riesgos asociados a la maternidad para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, promoviendo el desarrollo saludable desde el inicio de la vida. Su población objeto comprende a todas las mujeres con intención de embarazo, gestantes, mujeres en periodo de puerperio y recién nacidos hasta los siete días de vida (o hasta completar el primer mes según el seguimiento), integrando acciones que aseguran un tránsito seguro por cada una de estas etapas.

La implementación de esta ruta se fundamenta en principios clave como la humanización del servicio, la seguridad del paciente, la pertinencia cultural y la calidad en la atención. Las intervenciones se dividen en acciones individuales y colectivas que incluyen la consulta pre-concepcional, el control prenatal integral, la atención institucional del parto con un enfoque humanizado, el cuidado posparto y la atención inmediata al recién nacido, que abarca desde la promoción de la lactancia materna hasta la realización de tamizajes metabólicos y auditivos. Además, se contempla la educación para la salud dirigida a la gestante y su familia, con el fin de fortalecer la preparación para la maternidad, la paternidad y el cuidado del nuevo integrante del hogar.

En cuanto a la atención de personas con discapacidad, la resolución establece la obligatoriedad de realizar adecuaciones que garanticen la accesibilidad física y comunicativa en todos los servicios de la ruta materna. Esto incluye la implementación de ajustes razonables y el uso de diseño universal para que las mujeres con discapacidad puedan acceder a los controles y procedimientos en igualdad de condiciones. Se hace especial énfasis en el respeto a la autonomía de la gestante para la toma de decisiones informadas sobre su cuerpo y su proceso reproductivo, así como en la capacitación del personal de salud para brindar una atención libre de discriminación que involucre de manera asertiva a los cuidadores o redes de apoyo cuando sea necesario.



8.6 Redes integrales e integradas de salud

Las Redes Integrales e Integradas de Salud – RIIS han sido concebidas como el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y proveedores de tecnologías en salud, que articulan y coordinan los procesos de atención en salud de manera armónica y secuencial conforme con las competencias y responsabilidades establecidas en la normatividad vigente, para asegurar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Lo anterior, en función de su capacidad operativa, de gestión y resolutivez, buscando el fortalecimiento del nivel primario y la continuidad del cuidado de la salud en el nivel complementario.

Bajo lo anteriormente mencionado, estas se conforman tomando en consideración las necesidades en salud de la población del respectivo territorio, en pro del acceso, integralidad, y continuidad de la atención en salud de dicha población, conjugando las necesidades en salud de la población, la garantía de la atención desde el ámbito local hacia el nacional, tomando en consideración como eje central a las personas, familias y comunidades. En tal sentido, las RIIS se construirán con enfoque hacia la atención integral y oportuna que requieran los usuarios del SGSSS, en pro de generar un impacto positivo en la atención en salud, y sobre la base de las condiciones de salud de la población, y del respectivo territorio.

Las RIIS se proyectan que cuenten con una estructura funcional que permita articular las diferentes formas de organización, y una adaptación a las realidades de los diferentes territorios, por lo que de manera progresiva se prevé adaptar los procesos de generación de las prestaciones de servicios de salud a las necesidades epidemiológicas y demográficas, así como a las expectativas en materia de salud de los usuarios

En consonancia con lo establecido en las bases del PND 2022 – 2026, se prevé que la conformación y organización de las RIIS, sea un proceso liderado por las entidades territoriales de orden departamental y distrital, dado su carácter de autoridades sanitarias de los respectivos territorios, quienes en todo caso, en lo referente a la gestión del proceso de atención integral en salud, deberán adelantar una acción coordinada con los actores del SGSSS (EPS, IPS, proveedores de servicios y tecnologías en salud), así como con las organizaciones transectoriales que intervienen de manera positiva en los determinantes sociales de la salud.

Por lo anterior, en su conformación y organización deben participar prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y mixto, así como proveedores de servicios y tecnologías en salud, y organizaciones sociales y comunitarias, de forma coordinada y secuencial; donde la mayoría de las necesidades en salud de la población se resuelvan en el nivel primario, y que, respecto de los demás servicios, las RIIS desplieguen una gestión coordinada con el respectivo departamento o distrito hacia el nivel complementario donde provea las atenciones de mayor complejidad que se requieran; que opere en red para garantizar la integralidad, continuidad y resolutivez de la atención.

8.7 Medicamentos y tecnologías en salud

De conformidad con lo previsto en el Decreto Ley 120 de 2026⁴, modificado por el Decreto 2562 de 2012⁵, este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del Poder Público, que, actuando como ente rector en materia de salud, le corresponde la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en consecuencia, es el ente regulador en materia sanitaria. Lo anterior, según el marco normativo señalado en la Tabla No. 8.

Tabla N°8. Marco normativo de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social.

Norma	Disposición
Ley 100 de 1993, Art. 155	Precisó la conformación y organización del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, definiendo entre otros actores, al Ministerio de Salud como un organismo de Dirección, Vigilancia y Control.
Ley 715 de 2001	Definió las competencias de la Nación y las entidades territoriales, con la finalidad de organizar, entre otros aspectos, la prestación de los servicios de salud, estableciendo como competencias a cargo del Ministerio de Salud, la dirección del sector salud y del SGSSS en el territorio nacional, entre otras, a través de la formulación de las políticas, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el SGSSS, coordinando su ejecución, seguimiento y evaluación.

⁴ “Por el cual se establece la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.”

Norma	Disposición
	Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.
Ley 1444 de 2011	Crea el Ministerio de Salud y Protección Social y otorga facultades extraordinarias al Presidente de la República para determinar los objetivos y la estructura orgánica de los Ministerios creados por disposición de la presente ley, así como la integración de los sectores administrativos respectivos.
Decreto Ley 120 de 2026	Se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, así: <i>“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.”</i>
Ley 1438 de 2011	Faculta al Gobierno nacional para realizar compras centralizadas de medicamentos insumos y dispositivos médicos dentro y fuera del país y desarrollar modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los medicamentos insumos y dispositivos médicos y facilitar el acceso de la población a estos”.
Ley 1751 de 2015	Es obligación del Estado, entre otras, la de formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población, en coordinación con todos los agentes del sistema

Fuente elaboración propia.

Ahora bien, según lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a sus competencias legales, establece los lineamientos de política en materia de salud en Colombia y define el marco regulatorio para la organización y articulación del sistema, pero no es el encargado del aseguramiento ni de la prestación de los servicios de salud, considerando que la función de aseguramiento y prestación de servicios de salud está en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, los prestadores de servicios de salud y las entidades territoriales, según corresponda, como se muestra en la Tabla No. 9.

Tabla N°9. Competencias de actores relevantes del sistema de salud

Actor	Norma	Disposición
Empresas Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB	Ley 100 de 1993	Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, y determina la función para la organización y garantía de la prestación del Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados de manera directa por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud o indirecta (a través de contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS o de profesionales). Así mismo, establece que estas pueden ser de carácter público, privado o mixto y son entidades que gozan de personería jurídica y tienen su propia organización administrativa y financiera.
	Ley 1122 de 2007	Designa a las EPS como las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento y tienen la obligación de asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Adicionalmente, definió el aseguramiento como: “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”

Actor	Norma	Disposición
	Resolución 2718 de 2024	Establece que las EPS y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud.
Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS	Ley 100 de 1993	Define a las IPS como aquellas entidades públicas, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud, bajo los principios de calidad y eficiencia, a los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y determinan que son organismos con autonomía administrativa, técnica y financiera.
Entidades territoriales	Ley 715 de 2001	Definió las funciones para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable que no cuentan con afiliación ni al régimen contributivo, subsidiado o especial.
Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud	Ley 1955 de 2019 Ley 1966 de 2019 Resolución 1809 de 2025	Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad y se reglamentan a los gestores farmacéuticos y operadores logísticos de tecnologías en salud como actores como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente, se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los requisitos financieros y de operación de los agentes de los que trata este texto normativo Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones y se definen a los gestores farmacéuticos como los operadores logísticos, cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio, entre otros, cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las EPS, IPS y de otros actores del sistema.

Actor	Norma	Disposición
		Reglamentó los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, de que trata el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019 y así fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control.

Fuente: Elaboración propia

Así, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de su Red Prestadora de Servicios de Salud, deben suministrar a sus pacientes los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el facultativo tratante a tiempo y cerca del lugar de atención.

En ese orden de ideas, en relación con la no entrega de medicamentos, el artículo 131 del Decreto 019 de 2012, define que las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.

Así mismo, el artículo 5 de la Resolución 1604 de 2013 establece las responsabilidades de los actores del sistema así:

“Artículo 5. Responsabilidad de los miembros del Sistema, las entidades y organismos que conforman el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos, tendrán las siguientes responsabilidades:

(..) 3. Superintendencia Nacional de Salud. En su función de inspección, vigilancia y control de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, le corresponde proteger los derechos de los usuarios a fin de que se les garantice el acceso y entrega de medicamentos, so pena de la imposición de sanciones, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

(..) 6. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB Y las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes a regímenes exceptuados. les corresponde establecer los procedimientos que conduzcan a asegurar que se realice la entrega de medicamentos, en los términos dispuestos en la presente resolución. Igualmente, deben reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, de forma veraz y oportuna, la información establecida en la presente resolución.

De igual forma, la referida Resolución, estableció los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta o no entrega de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos.

De otra parte, la Resolución 1403 de 2007, en su artículo 4, establece los principios dentro de los cuales se encuentra el relacionado con la oportunidad en la dispensación de los medicamentos, así; *“10. Oportunidad. El servicio farmacéutico garantizará la distribución y/o dispensación de la totalidad de los medicamentos prescritos por el facultativo, al momento del recibo de la solicitud del respectivo servicio hospitalario o de la primera entrega al interesado, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud y/o la vida del paciente. También garantizará el ofrecimiento inmediato de la información requerida por los otros servicios, usuarios, beneficiarios y destinatarios. Contará con mecanismos para determinar permanentemente la demanda insatisfecha de servicios y corregir rápidamente las desviaciones que se detecten. La entidad de la que forma parte el servicio farmacéutico garantizará los recursos necesarios para que se cumpla este principio”.*

Lo anterior, con el fin de garantizar principalmente el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, de acuerdo con lo relacionado en Resolución 2765 de 2025, así:

“ARTÍCULO 42. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas, deberán garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes”.

En relación con el seguimiento a la prescripción y suministro de medicamentos, mediante la expedición de la Resolución 2622 de 2024 se amplió el alcance de la herramienta tecnológica MIPRES, incorporando otras tecnologías en salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En su artículo cuarto, dicha resolución establece que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir los mecanismos de monitoreo sobre los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, con el propósito de garantizar la protección del derecho fundamental a la salud, el acceso oportuno y efectivo, y la continuidad en la prestación de los servicios. Lo anterior, con



el fin de realizar la incorporación progresiva de la prescripción, a través de MIPRES, de tecnologías UPC relevantes para la salud pública.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2622 de 2024, se expidió la Circular 006 de 2025, mediante la cual se dispuso la incorporación en MIPRES de la prescripción de los medicamentos antirretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH, en aras de contar de manera oportuna con información sobre la demanda real de estas tecnologías. De manera complementaria, la Circular 010 de 2025 estableció la obligatoriedad de realizar la prescripción de dichos medicamentos a través de esta herramienta a partir del 1 de abril de 2025.

Adicionalmente, estas disposiciones señalan que los gestores farmacéuticos deben reportar el suministro efectivo de los medicamentos prescritos, lo que permite realizar un seguimiento detallado de su entrega a los pacientes. Esta información resulta clave para evaluar la disponibilidad y oportunidad en el acceso a los tratamientos, contribuyendo al fortalecimiento de la continuidad terapéutica y a la toma de decisiones en materia de política pública en salud.

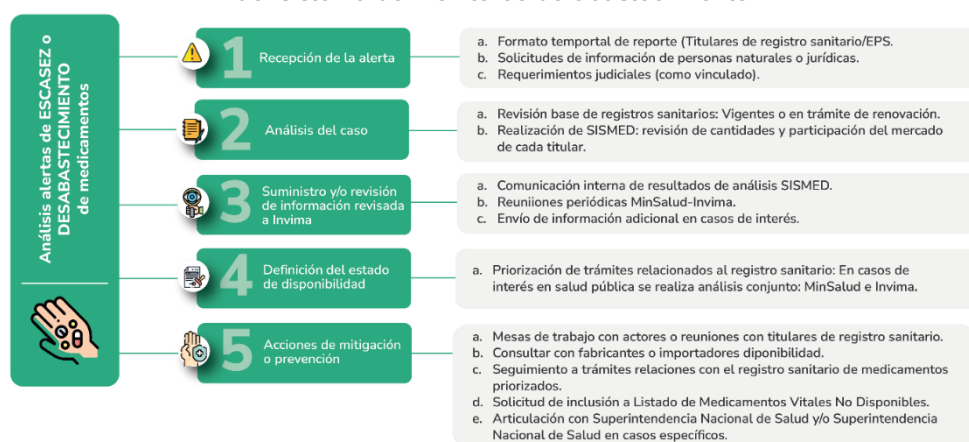
Posteriormente, se expidió la Circular 044 de 2025 mediante la cual se amplió el uso de MIPRES para la prescripción de los medicamentos cubiertos con cargo a la UPC, con el objetivo de disponer de información integral y confiable sobre la demanda real de estas tecnologías, así como, fortalecer los procesos de seguimiento al suministro efectivo y al acceso oportuno por parte de la población afiliada y continuidad del tratamiento.

Ahora bien, es claro que pueden presentarse situaciones que afecten la disponibilidad de medicamentos particulares, tales como el aumento en su demanda o problemas en la cadena de suministro del medicamento, generando en algunos casos escasez de medicamentos y en otros desabastecimiento, entendido este último como *“la situación en la cual se presenta una insuficiente oferta para satisfacer la demanda de un producto farmacéutico que ya ha sido aprobado por el Invima y comercializado en el país”*.

Frente a lo anterior, en el marco de la implementación del sistema de monitoreo al abastecimiento por parte de este Ministerio, establecido en la línea de acción 6.2.1.3 del Anexo 1, de la Resolución 1411 de 2022, se han detectado los problemas de disponibilidad en la cadena de suministro, además de fortalecer la captura y centralización de la información de los titulares de registro sanitario, gestores farmacéuticos y EPS, lo cual ha permitido una mayor agilidad y oportunidad en la actualización del listado de abastecimiento que publica el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

- INVIMA, y en caso de ser necesario se adelanten las acciones de mitigación o prevención de forma articulada con otras entidades que tienen funciones de inspección, vigilancia y control como la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio para favorecer la disponibilidad de medicamentos en el país (imagen 4).

Imagen 4. Gestión de las alertas de escasez o desabastecimiento de un medicamento en el marco del sistema de monitoreo de abastecimiento.



Fuente: Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Es importante anotar que, los titulares de registro sanitario deben reportar al INVIMA, las novedades en su estado de comercialización de los productos e informar oportunamente aquellas situaciones o incidentes que impidan la comercialización o que conlleven a una interrupción temporal o definitiva en el abastecimiento de medicamentos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 334 de 2022⁶ y en el Decreto 1474 de 2023⁷; para que esa Entidad en conjunto con los fabricantes y titulares de los registros sanitarios y dependiendo del impacto en salud pública con el Ministerio de Salud y Protección Social, evalúen el caso y adopten medidas que prevengan y minimicen el riesgo de su desabastecimiento.

⁶ Por el cual se establecen disposiciones para la renovación, modificación y suspensión de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química, gases medicinales, biológicos y homeopáticos; de información y publicidad de medicamentos y productos fitoterapéuticos; de adopción de medidas para garantizar el abastecimiento de medicamentos de síntesis química, gases medicinales y biológicos; y se dictan otras relacionadas con estos productos

⁷ Por el cual se modifican los artículos 5 del Decreto 2086 de 2010, numerales 8.1, 8.2.2, del artículo 8 y el artículo 18 del Decreto 334 de 2022, se establece la agrupación de modificaciones de que tratan los numerales 8.2.3 y 8.2.4 del artículo 8 del Decreto 334 de 2022, en relación con las modificaciones sobre aspectos administrativo-legales,

aspectos de calidad relacionados con cambios de riesgo menor, moderado y mayor, y medidas para prevenir y mitigar el desabastecimiento de medicamentos.

En este sentido, el INVIMA es la Entidad encargada de la declaración del desabastecimiento en el país, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VI del Decreto 334 de 2022 sobre las medidas para prevenir y mitigar el desabastecimiento de medicamentos, así:

Artículo 19. Análisis de casos de desabastecimiento por no comercialización temporal. *El INVIMA, a partir de la información radicada por el titular del registro sanitario, hará un análisis global de la evidencia del caso de desabastecimiento por no comercialización, para lo cual esa entidad convocará de forma expedita al titular, y a aquellas entidades o partes interesadas que considere pertinentes (...)*

Parágrafo 2°. El INVIMA, con base en el análisis de caso, determinará la medida aplicable, de acuerdo con la complejidad de la situación o incidente y su prolongación en el tiempo, de tal forma que, pueda aplicarse una medida temporal al registro sanitario, como lo pueden ser, el estatus de temporalmente no comercializado o suspensión del mismo. En ambos casos, el cambio de estado del registro sanitario deberá verse reflejado en las bases de datos de acceso y consulta pública por las partes interesadas. Es relevante anotar que, frente a las situaciones de escasez y desabastecimiento, se tienen previstas acciones e intervenciones tales como:

- i) Incentivo a la fabricación de otros titulares de registros sanitarios; priorización de trámites asociados con el registro sanitario;
- ii) Inclusión en forma temporal en el Listado de Medicamentos Vitales No Disponibles (LMVND) conforme a lo dispuesto en el Decreto 481 de 2004;
- iii) Autorización de importación por única vez;
- iv) La evaluación del uso de alternativas terapéuticas ante un desabastecimiento definitivo de un medicamento. Estas medidas contribuyen en diferentes niveles de la cadena del suministro y permiten una solución variable en el tiempo según la molécula y el estado de abastecimiento que sea definido por el INVIMA.

Estas medidas contribuyen en diferentes niveles de la cadena del suministro y permiten una solución variable en el tiempo según el medicamento y el estado de abastecimiento que sea definido por el INVIMA.

La autorización de importación por única vez es una figura que permite la importación de un producto que tiene registro sanitario en el país pero que, por circunstancias propias del proveedor, presentan

diferencias en el empaque o etiquetado respecto al aprobado en el registro sanitario otorgado en Colombia. Para lo anterior, el titular de registro sanitario interesado deberá realizar la solicitud directamente al INVIMA, quien evaluará el caso y emitirá la decisión correspondiente.

Respecto a la importación como medicamentos vitales no disponibles, este es un mecanismo para garantizar la oferta y el acceso a medicamentos vitales que ostenten la calidad de difícil consecución, baja frecuencia de uso y poca rentabilidad. Actualmente el Decreto 481 de 2004 define un vital no disponible como aquel medicamento “*indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes*”. Esta misma normatividad determina que, la Sala Especializada de Medicamentos de la Comisión Revisora del INVIMA es la encargada de establecer y actualizar el listado de los medicamentos vitales no disponibles, los cuales no requieren registro sanitario para su producción, importación y/o comercialización.

En cuanto a los medicamentos vitales no disponibles, el Ministerio emitió la Circular Externa 0016 de 2024, mediante la cual, en cumplimiento de la responsabilidad indelegable de aseguramiento atribuida a las Entidades Promotoras de Salud (artículo 14 de la Ley 1122 de 2007), se exhorta a las EAPB a realizar todas las gestiones necesarias e inmediatas para la importación de dichos medicamentos, con la finalidad de evitar el desabastecimiento de aquellos medicamentos necesarios para la garantía y eficacia de los derechos fundamentales de la Vida y la Salud de toda la población colombiana.

Finalmente, es pertinente señalar que la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, mediante Auto 559 de 2025, impartió instrucciones a las EPS en relación con la entrega de medicamentos. En dicho auto, **se ordena a las EPS garantizar el suministro oportuno y continuo de los medicamentos prescritos por el médico tratante, incluso en casos de desabastecimiento o falta de disponibilidad**. En tales situaciones, las EPS están obligadas a **reformular el tratamiento con un medicamento equivalente** y asegurar su entrega efectiva. Además, se exige que las EPS establezcan **canales de comunicación claros y eficientes** con los usuarios para informar sobre el punto de dispensación, la fecha de entrega y la persona responsable del suministro. Estas medidas buscan proteger el derecho fundamental a la salud y evitar la interrupción de tratamientos médicos esenciales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el mes de noviembre de 2023 solicitó a las EPS, conforme a los deberes otorgados en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 019

de 2012, que hicieran uso de los mecanismos normativos y procedimientos especiales descritos en el Decreto 481 de 2004 con la finalidad de evitar el desabastecimiento de aquellos medicamentos vitales no disponibles y en consecuencia, importe y adquiera los medicamentos necesarios para suplir las necesidades en materia de salud frente a sus afiliados.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

En lo concerniente a Dispositivos médicos sobre medida, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud ha expedido normas que establecen requisitos que deben cumplir los Dispositivos Médicos sobre medida y quienes los fabrican, para asegurar la calidad de estos.

Así mismo, se han expedido normas para atender las necesidades de las personas con discapacidad conforme con su categoría de discapacidad visual, auditiva y física, que se resume así:

Para la **Discapacidad visual**, el Decreto 1030 de 2007⁸, cuyo objeto es *“expedir el Reglamento Técnico a través del cual se señalan los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en donde se elaboren, adecúen, procesen, almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen estos insumos, con el fin de proteger la vida, la salud y la seguridad humana y prevenir las prácticas que puedan inducir a error, confusión o engaño a los consumidores”*.

La misma norma refiere que, los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular deberán comercializarse, diseñarse, fabricarse y almacenarse en forma tal que su utilización no comprometa el estado clínico, la salud, ni la seguridad de los pacientes o de quienes estén en contacto con los mismos, cuando se empleen en las condiciones y con las finalidades previstas, así mismo este refiere que, toda prescripción de dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular deberá hacerse por escrito y previa evaluación del paciente, solo por los profesionales de la salud optómetras y oftalmólogos debidamente autorizados.

La prescripción debe permitir la verificación entre el dispositivo médico sobre medida para salud visual u ocular prescrito con el diagnóstico, y el dispositivo médico entregado por parte del profesional responsable de la dispensación, quien a su vez deberá Informar al usuario sobre los aspectos

⁸ “Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobremedida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones”

indispensables que garanticen el efecto terapéutico y promuevan el uso adecuado de su dispositivo, tales como: condiciones de almacenamiento, cuidados y la importancia de la adherencia a la terapia.

Para la **Discapacidad auditiva**, se destaca que la Resolución 5491 de 2017⁹ tiene por objeto “establecer los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva y los establecimientos ubicados en el territorio nacional, en los que se fabrican, ensamblan, reparan, dispensan y adaptan dichos dispositivos, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas”.

Así mismo dicha norma establece, que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, los prestadores de servicios de salud que conforman la red pública y privada, incluido el profesional independiente, deberán articularse con los establecimientos que fabrican, ensamblan, reparan, dispensan o adaptan estos dispositivos, de manera que se garantice la atención del paciente y la provisión oportuna de tales dispositivos. Para este propósito, las EAPB darán a conocer a su red de prestación de servicios, la lista de establecimientos contratados para su fabricación, ensamble o reparación. Los dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva deben ser prescritos por un prestador de servicios salud y realizado por un profesional en la fonoaudiología/especialista en audiolgía, una vez que se haya establecido el diagnóstico, las necesidades del paciente y la tecnología según el caso y posterior a los exámenes que considere el especialista. El desempeño del dispositivo médico sobre medida se verificará por un fonoaudiólogo/especialista en audiolgía, en el consultorio debidamente habilitado comprobando que el dispositivo prescrito dispensado este acorde con el diagnóstico.

Finalmente, para la **Discapacidad física** la Resolución 2968 de 2015¹⁰, tiene por objeto “establecer los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa”.

En esta categoría se encuentran las personas que presentan, en forma permanente, deficiencias corporales funcionales a nivel músculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido; pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar, en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad funcional para el movimiento corporal y su

⁹ “Por la cual se establecen los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva y los establecimientos que fabrican, ensamblan, reparan, dispensan y adaptan dichos dispositivos ubicados en el territorio nacional”.

¹⁰ “Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional”

relación en los diversos entornos al caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo; llevar, manipular o transportar objetos y realizar actividades de cuidado personal, o del hogar, interactuar con otros sujetos, entre otras (Ministerio de la Protección Social & ACNUR, 2011).

Para aumentar el grado de independencia, las personas con alteraciones en su movilidad requieren en algunos casos, de la ayuda de otras personas o productos de apoyo como prótesis (piernas o brazos artificiales), órtesis, sillas de ruedas, bastones, caminadores o muletas, entre otros. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB, articularán con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS que conforman su red y con los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa, el manejo del paciente en las fases pre y pos protésica. La articulación implica la coordinación armónica entre las EAPB, las IPS y los establecimientos de que trata esta resolución, de manera que se garantice la atención del paciente y la provisión oportuna de estos dispositivos médicos. Las EAPB darán a conocer a su red de prestación de servicios la lista de establecimientos contratados para elaborar y adaptar dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa.

Los cuidadores deben estar capacitados en el uso, mantenimiento y limpieza del dispositivo según las indicaciones dadas por el fabricante de estos, ya que su uso incorrecto puede causar lesiones o no cumplir su función terapéutica. En este sentido, los usuarios y cuidadores deben vigilar permanentemente el estado del dispositivo y reportar al programa de tecnovigilancia cualquier falla o evento adverso, teniendo en cuenta que estos equipos deben someterse a revisiones periódicas. Así mismo, deberán informar sobre aquellos dispositivos médicos a la medida respecto de los cuales tengan conocimiento y que se encuentren alterados o sean fraudulentos, así como sobre cualquier hecho relacionado con estos, cuando se advierta una disfunción, una alteración de sus características o de su desempeño, o cualquier otra situación que haya causado o pueda causar un deterioro grave del estado de salud de un paciente o usuario.

En cualquiera de los casos anteriormente descritos, la situación deberá ser comunicada de manera inmediata a las entidades departamentales, distritales o municipales de salud de la respectiva jurisdicción, con copia al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

8.8 Entrega insumos como pañales, citas de medicina especializada y procedimientos

El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de



la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, salvo las tecnologías que cumpla alguno de los criterios de exclusión de financiación con recursos públicos asignados a la salud señalados en el mismo artículo.

Por lo anterior, las tecnologías y servicios en salud disponibles y aprobados en el país (procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos), que no cumplan con los criterios de exclusión, deben ser garantizados. La financiación de dichos servicios y tecnologías en salud está organizada a través de dos componentes que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer un monto o valor de manera *ex ante* denominado Unidad de Pago por Capitación - UPC, reconocido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES y adicionalmente se presenta el reconocimiento del presupuesto máximo que busca gestionar el riesgo en salud de manera integral financiando aquellos servicios y tecnologías en salud que no son financiadas con cargo a la UPC. Por otra parte, se cuenta con otro componente, a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías en salud que aún no hacen parte del aseguramiento, los cuales son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Ahora bien, en lo correspondiente a las consultas por medicina especializada, su cobertura se encuentra establecida mediante la Resolución 2765 de 2025 *“Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”* la cual en su artículo 11 hace referencia a los servicios especializados en salud.

Por último, respecto al suministro de pañales, estos se garantizan con cargo a los presupuestos máximos, debiendo ser prescritos a través de la herramienta de Mipres como servicio complementario, requiriendo la aprobación por parte de la junta de profesionales de la salud cuando el número de pañales prescritos supera los 120 pañales mensuales.

8.9 Salud mental

Desde el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, se ha priorizado un enfoque de salud mental comunitaria, integral y centrada en el curso de vida, con acciones que promueven el bienestar psicosocial de las personas cuidadoras y de las personas con discapacidad. Es menester la articulación con la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 (Decreto 729 de 2025),



particularmente en lo relacionado con el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, el cuidado en el curso de vida y el reconocimiento del rol de las familias y cuidadores en la continuidad del cuidado.

En este sentido, la salud mental de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad se reconoce como un componente fundamental del cuidado integral, dado que la sobrecarga física, emocional y social derivada del rol de cuidado puede generar afectaciones significativas en su bienestar psicosocial. Por lo anterior, se hace necesario fortalecer la implementación de rutas diferenciales de atención en salud mental para personas cuidadoras o asistentes personales, articuladas con los servicios comunitarios, los Equipos Básicos de Salud y las Redes Integrales e Integradas de Salud, garantizando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.

Se promueven acciones de atención psicosocial con enfoque diferencial y territorial, tales como jornadas comunitarias, zonas de orientación y centros de escucha, donde se brindan servicios de acogida, contención emocional, acompañamiento y referenciación. Así mismo, se fomentan espacios grupales para el autocuidado y la reconstrucción del proyecto de vida de personas cuidadoras, a través de metodologías participativas que reconozcan sus saberes y vivencias. De igual forma, desde el marco de la Política Nacional de Salud Mental, también se impulsa la implementación de intervenciones breves en salud mental desde los Equipos Básicos de Salud, el desarrollo de capacidades en el talento humano en salud sobre detección temprana de afectaciones emocionales, y la promoción de una cultura de cuidado emocional tanto individual como colectivo.

Asimismo, se recomienda promover estrategias de respiro para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, entendidas como espacios de Respiro, actos temporales de relevo, descanso, recuperación emocional y fortalecimiento de capacidades para el autocuidado, desarrollados mediante acciones comunitarias, familiares, institucionales o intersectoriales. Estas estrategias contribuyen a disminuir la sobrecarga asociada al cuidado, prevenir el agotamiento físico y emocional, favorecer la permanencia de las redes de apoyo y fortalecer la salud mental de quienes ejercen labores de cuidado de manera continua.

De igual forma, se considera pertinente incorporar acciones de acompañamiento psicosocial frente a los procesos de duelo que pueden experimentar las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, tanto en situaciones de pérdida, fallecimiento o cambios significativos en la condición de salud de la persona sujeta de cuidado, como en aquellos casos de duelo anticipado asociados a procesos de dependencia progresiva, discapacidad adquirida o enfermedades crónicas.



Estas acciones deberán promover espacios de escucha, orientación, apoyo mutuo y atención psicosocial oportuna, articulados con las redes comunitarias, los Equipos Básicos de Salud y las Redes Integrales e Integradas de Salud.

8.10 Fortalecimiento de redes de apoyo de la población

En cuanto al fortalecimiento de redes de apoyo, se considera importante liderar estrategias para el fortalecimiento de redes de apoyo, con el propósito de reconocer y potenciar las capacidades comunitarias, familiares e institucionales en el acompañamiento a personas con discapacidad y a sus cuidadoras o asistentes personales a través de acciones intersectoriales en los territorios con enfoque en el nivel primario de las Redes Integrales e Integradas de Salud. Así mismo, se trabaja en el impulso de redes comunitarias de salud mental con enfoque territorial, que promuevan vínculos solidarios, cuidado entre pares, apoyo mutuo y corresponsabilidad en salud. Se busca que estas redes faciliten generar procesos colectivos de contención emocional, movilización social y defensa del derecho a la salud mental, especialmente en contextos rurales y con baja cobertura institucional.

Adicionalmente, se articulan acciones entre las diferentes direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social y otros actores del sistema de salud para conformar rutas de atención y redes integradas e integrales de servicios de salud mental, en las que se incluyan dispositivos comunitarios, servicios de apoyo, y referentes técnicos y sociales que favorezcan la continuidad del cuidado y la participación de las personas cuidadoras de personas con discapacidad. El fortalecimiento de redes también contempla la formación de liderazgos comunitarios en salud mental, así como el acompañamiento para la sostenibilidad de estas iniciativas en los territorios.

En el marco del fortalecimiento de redes de apoyo, se recomienda impulsar la conformación de grupos de apoyo entre personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, círculos de cuidado, estrategias de acompañamiento entre pares y otras modalidades comunitarias orientadas a generar espacios de respiro emocional, intercambio de experiencias y afrontamiento de situaciones asociadas a la sobrecarga del cuidado y los procesos de duelo. Estas acciones contribuyen a la reducción del aislamiento social, al fortalecimiento de factores protectores en salud mental y a la construcción de entornos solidarios y corresponsables frente al cuidado.

8.11 Rehabilitación Basada en Comunidad – Salud mental

Se hace énfasis en la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como una estrategia intersectorial que articula acciones de inclusión social y desarrollo comunitario para las personas con discapacidad y con afectaciones en salud mental. En este marco, se promueve el fortalecimiento de redes comunitarias y de apoyo que garanticen el ejercicio de derechos, la autonomía y la participación, tanto de las personas cuidadoras como de las personas con discapacidad.

La RBC impulsa procesos de corresponsabilidad comunitaria y gubernamental para el cuidado integral, fomentando espacios de formación y acompañamiento psicosocial, la participación en dispositivos comunitarios como zonas de orientación, centros de escucha, redes de pares, y, jornadas de salud mental en territorios con alta ruralidad o dispersión poblacional.

Como se mencionó en el apartado de Salud mental, se destaca la importancia de la articulación con la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) 2025-2034 (Decreto 729 de 2025), particularmente en lo relacionado con el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, el cuidado en el curso de vida y el reconocimiento del rol de las familias y cuidadores en la continuidad del cuidado. La PNSM promueve el reconocimiento del rol de cuidado como generador de afectaciones psicosociales y propone acciones orientadas a: i) la mitigación del desgaste emocional; ii) el fortalecimiento de redes sociales; iii) el acceso a espacios de cuidado colectivo y autocuidado para personas cuidadoras, y iv) la inclusión de las cuidadoras como población prioritaria en acciones territoriales de salud mental.

Adicionalmente, se promueve el tamizaje mediante instrumentos como la Escala Zarit, que permite identificar signos de sobrecarga emocional en cuidadores, con el fin de activar rutas de atención psicosocial. La articulación entre RBC y PNSM permite una respuesta integral a las necesidades de salud mental y apoyo comunitario, que contribuye a la dignificación del cuidado y al reconocimiento de los entornos como escenarios de transformación social.

8.12 Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - Discapacidad

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), definida por la OIT, la UNESCO y la OMS como *“una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades”*, ha evolucionado significativamente a partir de la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta



transformación ha permitido alinearla con los enfoques de derechos humanos y justicia social, además de contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En Colombia, se ha construido una definición concertada por la Red de Redes de RBC, que concibe la estrategia como un proceso de desarrollo socioeconómico e inclusión social, orientado a satisfacer integralmente las necesidades de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Esta definición destaca la importancia de generar oportunidades, fortalecer capacidades, promover el liderazgo local y la participación de los gobiernos, así como aprovechar los marcos legislativos y sociales existentes.

La Matriz de RBC, promovida por la OIT, la OMS y la UNESCO con el respaldo de la Red Internacional de Discapacidad y Desarrollo (IDDC), proporciona una estructura común para los programas de RBC. Esta matriz se compone de cinco componentes: Salud, Educación, Subsistencia, Inclusión Social y Empoderamiento. Cada uno se subdivide en cinco elementos, reforzando un enfoque multisectorial y articulado que reconoce que ningún programa aislado puede abordar todas las dimensiones de la discapacidad.

La RBC se consolida como una estrategia que operacionaliza los derechos humanos, fomentando la corresponsabilidad social y la inclusión. Sus principales ventajas incluyen:

- Reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derechos.
- Promoción activa de la inclusión y participación corresponsable.
- Disminución de barreras actitudinales y visibilización social.
- Participación en la toma de decisiones.
- Abandono de modelos jerárquicos en favor de esquemas colaborativos.

En particular, la implementación de la RBC mediante tecnologías como la telemedicina aporta beneficios como:

- Mejora en la calidad de vida al reducir la necesidad de desplazamientos.
- Reducción de desigualdades en el acceso a servicios de salud.
- Fortalecimiento del vínculo entre el equipo de salud, la persona con discapacidad y su red de apoyo.

La RBC se articula con la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia que favorece la atención integral, intersectorial y centrada en la comunidad. Esta articulación permite promover la salud, prevenir la enfermedad, ofrecer atención médica, facilitar la rehabilitación y garantizar el acceso



a dispositivos de ayuda en todos los niveles de atención, contribuyendo a un mayor bienestar de las personas con discapacidad.

De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, se destacan acciones clave para esta población, como:

- Detección temprana de riesgos en salud.
- Derivación oportuna a procesos de rehabilitación funcional.
- Orientación sobre derechos, certificación y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).
- Promoción del bienestar de cuidadores y familias.
- Accesibilidad comunicativa mediante tecnologías como el Centro de Relevó o el software ConVertic.

La RBC desde el componente salud enfatiza el enfoque comunitario y político-local, promoviendo la inclusión y participación activa de las personas con discapacidad en los procesos de salud.

Actualmente el Ministerio de salud desde el grupo de Gestión en Discapacidad lidera la actualización del lineamiento y sus indicadores. Este documento establece los lineamientos conceptuales y metodológicos que deben seguirse por parte de organizaciones locales, líderes comunitarios, entidades no gubernamentales y del sector público para diseñar, implementar, monitorear y evaluar programas y proyectos basados en la estrategia RBC, en todo el territorio nacional, conforme a su adopción por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se busca en el proceso de actualización incluir **Brindar elementos conceptuales y normativos** sobre la discapacidad y la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), en el contexto de las políticas públicas nacionales e internacionales, **Fortalecer la comprensión del enfoque de derechos, interseccionalidad y participación comunitaria**, como principios fundamentales de la estrategia RBC, orientados a garantizar la inclusión plena de las personas con discapacidad, **Promover el trabajo articulado e intersectorial** entre los sectores que lideran los componentes de la estrategia, para la implementación efectiva de la estrategia RBC en el nivel territorial, **Desarrollar habilidades para la identificación de barreras y facilitadores del entorno**, así como para la planificación de acciones orientadas a la rehabilitación, inclusión y participación de las personas con discapacidad en la comunidad y **Fomentar la incorporación de la RBC en los planes, programas y proyectos institucionales**, contribuyendo a la sostenibilidad de las acciones en favor de la población con discapacidad todo ello integrando las acciones predictivas, preventivas y resolutivas de la estrategia de Atención Primaria en Salud y la inclusión de cuidadores como actores primarios de la red de apoyo de las personas con discapacidad.



8.13 Participación Social en Salud.

En el marco de la ley Estatutaria 1751 de 2015, y según el **Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud.** se adopta, la Resolución 2063 de 2017 para la implementación de la Política de Participación Social en Salud-PPSS, donde se realiza el fortalecimiento institucional con asistencias técnicas y acompañamiento a las entidades territoriales, específicamente a las secretarías departamentales y distrital de los 32 departamentos y los 6 distritos certificados en salud, para avanzar en la garantía efectiva del derecho a la participación a nivel local.

La implementación de la política en mención se garantiza mediante la elaboración y ejecución del respectivo de los Planes de Acción Anual de la PPSS, en el cual se materializa el conjunto de actividades a desarrollar en el territorio en esta materia.

En este contexto las entidades territoriales deben adelantar las acciones necesarias en el ámbito técnico, metodológico, pedagógico y operativo, necesarias para garantizar el derecho a la participación de las personas con discapacidad y las /los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad, en las diferentes formas creadas por la norma para estos efectos y que están relacionadas con los COPACOS, las asociaciones de usuarios, los comités de ética hospitalaria y las veedurías en salud.

Esto debe relacionarse con la obligación de la Ley 2460 de 2025 y Decreto 0729 de 2025 de incluir la voz de usuarios, familias y cuidadores en la planeación territorial de la salud mental, lo que fortalece la gobernanza participativa en el sistema de salud de acuerdo con la conformación de la Red mixta nacional y territorial en salud mental.

De igual forma, dichas acciones también deben estar orientadas al fortalecimiento de sus capacidades para ejercer sus derechos a la participación teniendo en cuenta el enfoque diferencial, territorial y poblacional, de tal manera que puedan hacer el control social a los recursos públicos de la salud e incidir en los proyectos, programas y políticas relacionadas con el sector salud en el ámbito local.

Así mismo del Diseño e Implementación de una estrategia para reconocer y posicionar las organizaciones y prácticas de cuidado en las dinámicas del sector, así como en los diferentes espacios e instancias de participación social en salud; proyectada a iniciar a partir del 01/08/2026, una vez registradas las organizaciones y prácticas de cuidado en las dinámicas del sector salud.



Esta labor será acompañada técnicamente desde el nivel nacional por el Grupo para la Gestión y Fomento de la Participación Social en Salud en coordinación con los referentes territoriales de participación social en salud de las 32 secretarías departamentales de salud y las 6 distritales certificadas en el sector, contribuyendo con ello al goce efectivo del derecho a la participación y la salud de la población con discapacidad y las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

8.14 Planificación y gestión del talento humano en salud para la atención integral y continua de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

De acuerdo con las orientaciones técnicas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal implementan el Modelo Integral de Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud que se fundamenta en un trabajo colaborativo con otros actores del sistema para la construcción, puesta en marcha y actualización del plan territorial que responde a las brechas de disponibilidad, distribución, formación, condiciones de empleo y trabajo digno y decente del talento humano en salud en función del análisis situacional de salud y de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), de acuerdo con las orientaciones dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La humanización debe comprender no solo la relación usuario-servicio, sino también las condiciones laborales y emocionales del talento humano en salud, como lo plantea la Política Nacional de Salud Mental, promoviendo bienestar y prevención del desgaste profesional (burnout) para que la atención humanizada sea sostenible.

8.15 Humanización de la atención en salud

Las disposiciones normativas y técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social para el Talento Humano en Salud se fundamentan en la Ley 1164 de 2007 *“por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”* y en los principios de equidad, calidad, ética e integralidad. Sumado a lo anterior, las características de la formación del talento humano en salud responden a las necesidades en salud de la población y a los requerimientos actuales del sistema de salud; así mismo, la política pública del talento humano en salud orienta la formación en contexto con la Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, con énfasis en la atención primaria en salud, integral, familiar, comunitaria, preventiva, predictiva, resolutive y centrada en la persona. Por tanto, la formación del talento humano en salud requiere de prácticas formativas en el marco de la relación docencia-



servicio, que, para efectos de estos lineamientos, es fundamental para los Programas de Formación del área de la salud, integrar y fortalecer escenarios de práctica formativa que brindan atención o desarrollan acciones de salud pública dirigidas a personas con discapacidad y las /los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad.

Sin embargo, como lo plantea la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS), la atención humanizada en salud, incluyendo a las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad, es la realización en la práctica de una disposición-acción solidaria que vincule el personal de salud habilitosamente ético y la virtuosidad institucional para abordar las necesidades en salud de dichas personas, creando y aplicando directrices orientadas a garantizar los cuidados y beneficios necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener una vida saludable, por lo tanto, la formación profesional debe integrar aspectos humanísticos-científicos-técnicos aplicados a desarrollos tecnológicos y diseños institucionales, lo que permite obtener y administrar con eficiencia recursos económicos, locativos, técnicos y administrativos, orientados en el reconocimiento de la integridad del ser humano, de tal manera que en la práctica encuentre, conozca y comprenda modelos y referentes que orientan hacia enfoques de atención integral y humanizante centrado en la persona, familia y comunidad.

En ese sentido, las instituciones deben identificar y desarrollar acciones de formación continua del talento humano en salud buscando alianza y articulación con otros actores del sistema y de la academia, para la actualización, perfeccionamiento y profundización de conocimientos humanístico - científicos, habilidades relacionales, principios éticos, técnicas y prácticas de cuidado integral por parte del personal de la salud, que para efectos de este documento de reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, responden a las dinámicas y necesidades en salud de esta población.

8.16 Humanización de los Servicios de salud

Desde la Ley 1438 de 2011 se estableció que la Calidad es un principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual indica que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada (Congreso de Colombia, 2011). Elemento este, cardinal de las apuestas de la Política Nacional de Humanización en Salud que será emitida por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyos principios y enfoques se enmarcan en la equidad,



la acción solidaria, el relacionamiento constructivo, la responsabilidad compartida, la transversalidad de la humanización a todas las acciones, y la protección de los derechos humanos por curso de vida, reconociendo la importancia a de los vínculos, redes y relaciones en la constitución de la realidad personal, familiar y comunitaria de cada individuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Es pertinente resaltar que la Ley 2460 de 2025, al reconocer la salud mental como derecho fundamental, profundiza en la necesidad de que la humanización de los servicios trascienda lo biomédico, incorporando un enfoque de curso de vida y de determinantes sociales que la PNSM 2025-2034 operacionaliza en entornos comunitarios, educativos y familiares.

Es importante en la humanización de los servicios de salud relacionar el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud -OMS- referente a la estrategia de atención centrada en la persona, el cual pone las necesidades de las personas y las comunidades en el centro de los sistemas de salud, no solamente desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso de capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud (World Health Organization, 2015). La OMS propone cinco objetivos estratégicos que son interdependientes para que la administración, el aseguramiento, la financiación, la gestión, el suministro, la prestación de servicios y la atención en salud, se centren integralmente en las personas, en este caso, personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad.

En consonancia de los tres (3) párrafos anteriores, es indispensable articular con las disposiciones de la Ley 2460 de 2025, la PNSM 2025-2034 y la Política de Talento Humano en Salud, en tanto comparten principios de equidad, dignidad y trato diferencial, y reconocen a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad como población prioritaria. Esto asegura coherencia intersectorial y evita incongruencia normativa.

A su vez, la PNSM 2025-2034 adopta este marco de la OMS, promoviendo un modelo comunitario y territorial. Se recomienda hacer explícita esta conexión, destacando que la humanización es transversal en los procesos de salud como son el cuidado colectivo (zonas de orientación, centros de escucha, RBC), los cuales son mecanismos de materialización de la atención centrada en la persona, su familia y su comunidad.

Como primer objetivo se encuentra el empoderamiento y compromiso de las personas proporcionándoles la oportunidad, las habilidades y los recursos necesarios para gerenciar su salud. El segundo apunta al “fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas promoviendo la



transparencia en la toma de decisiones y el diálogo con la ciudadanía en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

En tercer lugar, la OMS propone reorientar el modelo de atención a través de modelos de cuidado que prioricen la atención primaria y comunitaria; como cuarto refiere mejorar la prestación de servicios, articular la atención en torno a las necesidades de las personas en los niveles de atención, como, de promover actividades para integrar a diferentes actores de la atención, mediante la creación de redes entre la salud y otros sectores. Y finalmente, indica como quinto objetivo crear un entorno propicio que reúna a las diferentes partes interesadas y comprometidas en emprender un cambio transformador.

Ahora bien, recogiendo los postulados descritos, se tienen como reiteración de Instrucciones técnicas para la atención en salud a personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, los Lineamientos Estratégicos propuestos para la Política Nacional de Humanización en Salud, resaltándolos como fundamentos para la acción.

Entre ellos se destacan: la gobernanza en el cuidado integral y humanizado de la salud y la formación en habilidades de **comunicación solidaria constructiva** con los diferentes actores del sector salud; la **hospitalidad** respetando las diferencias humanas y el **profesionalismo** consistente en el rigor técnico-científico y ético en el uso del saber en los diferentes roles del sector salud; la formación de **líderes** para la humanización en salud que dirijan acciones de trabajo colaborativo en favor de las personas como centro de los servicios de salud y la **conciencia de colectividad en salud** enfocado en el trabajo en equipo a favor de la persona como centro del sector salud; el **pensamiento filosófico-científico** relacionado con la utilización de mecanismos de validación de razones filosóficas y científicas para legitimar prácticas en salud y la formación en habilidades relacionales - comunicativas incluyendo en el accionar colectivo prácticas moralmente aceptables y éticamente correctas respetando las diferencias humanas; y el **mejoramiento continuo en salud** que impulsa la investigación y la innovación en las prácticas y la investigación e innovación colaborativa incorporando avances científicos, humanísticos y tecnológicos en salud.



9. REITERACIÓN DE INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS.

En concordancia con el Marco general señalado en el capítulo anterior, a continuación, se presenta la reiteración de las instrucciones específicas para la atención en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad que, por su condición o rol, requieren un abordaje prioritario en el marco del derecho fundamental a la salud. Estas instrucciones permiten operativizar acciones concretas por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, Entidades Territoriales, Prestadores de Servicios de Salud y Gestores farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, y, las entidades que administran regímenes de excepción (según aplique), que respondan a sus necesidades en salud, en coherencia con los principios de equidad, accesibilidad y dignidad humana.

9.1 Reiteración de Instrucciones específicas para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad cumplen un rol esencial en el sostenimiento de la vida de las personas con discapacidad, por lo cual es imperativo reconocer y proteger su salud física y mental. A continuación, se presentan las reiteraciones específicas para la atención en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

9.1.1. Registro e identificación de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

Fortalecer el proceso de registro y caracterización de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad en el marco de la Resolución 2646 de 2024 *“Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad,”* o norma que la modifique, sustituya o derogue, cuya implementación se realiza de manera progresiva en todo el territorio nacional mediante el desarrollo de asistencias técnicas lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, dirigidas a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal así como el seguimiento periódico del proceso.

Lo anteriormente mencionado afianzará la vinculación de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad a programas sociales conforme a la oferta institucional de

planes, programas y proyectos dirigidos a esta población, así como su priorización en el proceso de atención en salud.

9.1.2. Marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad -EPS- y entidades que administran regímenes de excepción e interoperabilidad con SI-APS.

1. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS- y entidades que administran regímenes de excepción, conforme a sus procesos y procedimientos internos y de sus sistemas de información, implementarán un marcador de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, ello en el marco del fortalecimiento de la interoperabilidad de datos de la información contenida en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad –RLCPD- y en el módulo específico para el Registro e identificación de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, cuya plataforma hace parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, y es la fuente oficial de información en ambos casos sobre las personas con discapacidad y las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad en Colombia.

Se presentan las siguientes opciones para permitir la interoperabilidad de la información del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD- y del Registro e identificación de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, cuyo objetivo se encamina a que las EPS y entidades que administran regímenes de excepción puedan consultar la información necesaria para identificar cuáles de sus afiliados se encuentran registrados como personas con discapacidad y como personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, y, con base en esta información, puedan implementar o actualizar el marcador de prioridad en sus propios sistemas.

Para este propósito, se plantean las siguientes alternativas:

- **Consulta individual de personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad**

Se podrá desarrollar un servicio de consulta que permita validar la información de una persona con discapacidad y persona cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad de manera individual. Para esto, la EPS o las entidades que administran regímenes de excepción enviarán el tipo

y número de documento del afiliado que desea consultar, y el sistema retornará la información correspondiente, en caso de que la persona se encuentre registrada en alguno de los dos (2) registros.

- **Consulta masiva de personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad**

Se podrá desarrollar un servicio que permita consultar varias **personas con discapacidad y/o personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad**. En este caso, la EPS o entidades que administran regímenes de excepción enviarán un listado con los tipos y números de documento de los afiliados que desea validar, y el sistema responderá con la información correspondiente para cada persona consultada.

- **Consulta de la base de datos de personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad**

Se podrá desarrollar un servicio que permita a cada EPS o entidades que administran regímenes de excepción consultar la información de todas las personas con discapacidad **y/o de todas las personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad** registrados que se encuentren afiliados a dicha entidad.

Esta información podrá entregarse de forma paginada, es decir, por grupos de registros hasta obtener la información completa. Esto permite manejar de mejor manera grandes volúmenes de datos.

- **Generación de archivo en texto plano con la información de personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad, por EPS y entidades que administran regímenes de excepción**

Se podrá desarrollar un servicio que genere un archivo en texto plano con la información de todas las personas con discapacidad y/o personas cuidadoras o asistentes personales de persona con discapacidad registrados que correspondan a una EPS determinada o entidad que administra régimen de excepción. Esta opción permitiría entregar la información en un archivo consolidado para su posterior revisión o procesamiento por parte de la entidad.

Es importante tener en cuenta que la forma en que cada EPS o entidad que administra régimen de excepción gestionará los datos anteriormente mencionados, así como la implementación o actualización del marcador de prioridad, deberán ser definidos y desarrollados por cada entidad de

acuerdo con sus propios sistemas de información. Estos marcadores de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad impactarán positivamente en su proceso de atención en salud.

2. Equipos Básicos de Salud: del mismo modo, resulta pertinente destacar que, en el marco del fortalecimiento de las acciones de atención integral dirigidas a las personas con discapacidad y a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, está desarrollando un proceso de interoperabilidad entre:

- a) El Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SI-APS)¹¹ y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD- y,
- b) El Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SI-APS) con el Registro e identificación de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

Lo anterior, con el propósito de consolidar mecanismos de articulación interinstitucional que permitan optimizar los procesos de identificación, priorización y prelación de las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad dentro de las estrategias territoriales de Atención Primaria en Salud, así como fortalecer la planeación, focalización y operatividad de los Equipos Básicos de Salud.

9.1.3. Gestión administrativa de las Empresas Promotoras de Salud – EPS- y entidades que administran regímenes de excepción (según aplique).

- Las Empresas Promotoras de Salud y entidades que administran regímenes de excepción implementarán los marcadores de prioridad para las personas con discapacidad y para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad dentro de sus procesos y procedimientos internos, así como en sus sistemas de información.

Los mencionados marcadores de prioridad tendrán efecto en los trámites administrativos y en el proceso de atención en salud que incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Así mismo, estos marcadores tendrán repercusión en la herramienta tecnológica MIPRES, que permite registrar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios financiadas

¹¹ El Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SI-APS) es la plataforma que hace parte de SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) para el registro, integración y gestión de la información poblacional, técnica y financiera de la Estrategia de Atención Primaria en Salud que se centra en la persona, la familia y la comunidad, con un enfoque territorial y de interoperabilidad

con los presupuestos máximos, con ámbito de aplicación según las disposiciones contenidas en la normatividad vigente.

- Conforme a la Resolución 1552 de 2013 *“Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”*, las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes contributivo y subsidiado de manera directa o a través de la red de prestadores que definan, deberán:
 - **Mantener agendas abiertas para citas de medicina especializada** todos los días hábiles del año; al recibir la solicitud, la EPS debe informar inmediatamente la fecha de la cita, sin negarse a asignarla.
 - **Plazos concretos:** Medicina general y odontología general: máximo 3 días hábiles contados a partir de la solicitud, salvo que la persona las solicite de manera expresa para un plazo diferente; en el momento en que las entidades reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.
 - **Autorización para citas con especialistas:** máximo 5 días hábiles desde la solicitud.
 - **Cuando por la condición clínica del paciente**, especialmente, tratándose de Gestantes y personas que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer: la cita debe asignarse dentro del término definido por el médico tratante, dada su prioridad clínica; con ello, la EPS, gestionará la cita, buscando que la misma sea asignada, en lo posible, dentro del término establecido por dicho profesional.
 - **Contar con mecanismos no presenciales** para recibir la solicitud y asignar las citas de odontología, medicina general y medicina especializada e incrementar su cobertura de manera progresiva.

- Conforme a la Resolución 2335 de 2023 *“Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones”*, se reitera a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y demás entidades aludidas en el artículo 2 de la precitada resolución, dar cumplimiento a lo allí señalado, en el marco de mejorar la gestión, operatividad y transparencia en el sistema de salud, lo que permitirá a las personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad:
 - Facilidad en el acceso a servicios de salud
 - Actualización y contacto con la persona usuaria



- Canales de atención accesibles
- Continuidad e integralidad del tratamiento.

9.1.4. Atención en Salud y Prestación de servicios de salud.

1. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud -RPMS- y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal -RIAMP-

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad deberán recibir las atenciones de RPMS –RIAMP de acuerdo con el momento del curso de vida y con las orientaciones definidas en la Res. 3280 del 2018 que incluyen:

1. En el marco de la RPMS las atenciones para la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud de acuerdo con el momento del curso de vida
2. En el caso de las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento deben recibir las atenciones de la RIAMP que incluye la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y el puerperio, así como las atenciones y cuidados del recién nacido en la primera semana de vida

Gestión del riesgo en el marco de la RPMS - RIAMP

La RPMS- RIAMP tienen dentro de sus objetivos realizar promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como la detección de riesgo tal como se describió previamente en el documento, es así como con respecto a la discapacidad se ha definido diferentes atenciones que permitan realizar prevención y detección temprana de la misma a continuación se describe brevemente el procedimiento:

- Consulta preconcepcional: se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación, el objetivo es promover la salud de la mujer a fin de alcanzar la gestación en las mejores condiciones posibles, a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales, el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación, e información para que la mujer tome decisiones en relación con la planeación de la gestación, esto muy relevante en caso de patologías hereditarias con alto riesgo de discapacidad.
- Atención para el cuidado prenatal: se realiza en una gestación de curso normal en una mujer nulípara un mínimo 10 controles prenatales durante la gestación, si ella es multípara se



programarán mínimo 7 controles durante la gestación, la periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. En la vigilancia del proceso de la gestación, se deben identificar precozmente los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno, dentro de la atención del cuidado prenatal se definen los procedimientos de tamizaje de alteraciones anatómicas del feto, los tamizajes de patologías que afectan la gestación y se acompaña a la mujer y su familia en la toma de decisión para la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho.

- Enfoque antenatal de riesgo: se realiza en el marco del cuidado prenatal. Permite la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada disminuyendo el riesgo de secuelas asociadas al riesgo identificado
- Tamizaje neonatal: se realiza a todos los recién nacidos idealmente antes del egreso hospitalario, tiene como objetivo evitar la progresión, secuelas, discapacidades o modificar la calidad de vida de los recién nacidos, por lo que integra condiciones metabólicas, endocrinológicas, cardiológicas, auditivas y visuales teniendo en cuenta la incidencia de estas en la población. La Res 117 del 2026 adopta los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.
- Consulta de valoración integral por momento del curso de vida: se realiza en una frecuencia establecida de acuerdo con el momento del curso de vida, en la valoración y seguimiento de la salud, se identifica tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.

2. Responsabilidades de las EPS, red prestadora de servicios de salud, operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, y, entidades que administran regímenes de excepción (según aplique):

- Establecer e implementar una ruta prioritaria para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad dentro de la EPS, la Red prestadora de servicios de salud, Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, y, entidades que administran regímenes de excepción teniendo en cuenta el marcador de prioridad mencionado en uno de los apartados anteriores, el cual involucrará: procedimientos administrativos y la atención en salud propiamente dicha (promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), todo ello en el contexto de las condiciones de salud de dicha población.



- Atención Dual para la persona con discapacidad y su persona cuidadora o asistente personal, teniendo en cuenta el curso de vida de estas poblaciones, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las condiciones de salud y los procesos operativos y administrativos propios de la Red prestadora de servicios de salud de la EPS o de las entidades que administran regímenes de excepción, se definirá la asignación de citas consecutivas y prioritarias reconociendo con ello el carácter inseparable del cuidado.
- Las Entidades Promotoras de Salud, las entidades que administran regímenes de excepción y los Prestadores de Servicios de Salud deberán implementar y fortalecer las modalidades de atención que favorezcan el acceso de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, a la atención en salud en el marco del enfoque interseccional, reconociendo sus particularidades y contexto, lo que conlleva al cuidado permanente y continuo por parte de la última población en mención.

Se recomienda a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a los Prestadores de Servicios de Salud fortalecer e implementar la modalidad de telemedicina en sus diferentes categorías definidas por la normativa vigente, como estrategia para favorecer el acceso efectivo, continuo y oportuno de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Esta modalidad contribuye a mejorar la calidad de vida al reducir desplazamientos innecesarios, disminuir desigualdades en el acceso y fortalecer el vínculo entre el equipo de salud, la persona con discapacidad y su red de apoyo, incluyendo cuidadores o asistentes personales. Así mismo, las EPS deberán garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a los servicios de telemedicina cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, evitando barreras administrativas o tecnológicas que limiten esta modalidad de atención, e informando de manera clara los canales, condiciones y procedimientos habilitados dentro de su red de prestadores.

3. Equipos Básicos de Salud - Estrategia de Atención Primaria en Salud

Los Equipos Básicos de Salud -EBS-, favorecerán la accesibilidad y oportunidad en los servicios e intervenciones en el continuo de la atención con el objetivo de contribuir a la garantía de las atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de alteraciones y educación para la salud en todos los entornos de las personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad (incluyendo rural, rural disperso y de difícil acceso), en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y del Plan Nacional de Salud Rural.



El Plan de Cuidado Primario (PCP) es un proceso dinámico que, desde el primer nivel de atención, permite identificar, planear, concertar, implementar, acompañar y monitorear las acciones esenciales para el cuidado integral de la salud a todos los integrantes del grupo familiar incluidas las personas que desarrollan acciones de cuidado, considerando las particularidades territoriales. Se caracteriza por ser flexible, participativo y centrado en los sujetos de derecho, promoviendo la corresponsabilidad entre los Equipos Básicos de Salud, las personas, las familias y las comunidades. Asimismo, incorpora un enfoque territorial e intercultural, que facilita su adaptación a contextos sociales, culturales y ambientales diversos, especialmente en comunidades étnicas.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, los EBS son responsables de garantizar el despliegue del PCP para la atención integral en salud, mediante la implementación de acciones individuales, intervenciones colectivas y acciones poblacionales que abordan de manera integral la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El PCP se desarrolla a través de momentos de despliegue que no son estáticos, sino dinámicos y susceptibles de reconfiguración y concertación conforme a las particularidades y cambios en las condiciones individuales, familiares y comunitarias. Estos momentos buscan, además, fortalecer la generación de vínculos entre los EBS, las familias y las comunidades.

Momento 1: formulación del plan de cuidado primario

Este momento incluye dos actividades:

1. Identificación y análisis integral de las condiciones de salud, capacidades y riesgos. Esto se logra, mediante un acercamiento progresivo a las familias para comprender sus dinámicas, condiciones y necesidades, generando confianza y una relación horizontal.

Durante actividad se realiza la identificación y priorización de las necesidades del grupo familiar, de acuerdo con lo establecido en los “*Lineamientos para la implementación de Equipos Básicos de Salud para el fortalecimiento del nivel primario de atención*” (actualización 2026). Este proceso de priorización tiene como propósito orientar la organización de la respuesta de los Equipos Básicos de Salud (EBS), particularmente en la planificación de tiempos y movimientos.

La clasificación de prioridades se establece de la siguiente manera:



- Prioridad baja: hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que no presentan situación o condición de prioridad alta o media, pero que deben ser atendidas como mínimo entre los 3 a 4 meses siguientes al primer encuentro para el acompañamiento y fortalecimiento de capacidades de cuidado de la salud.
 - Prioridad media: hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que presentan una situación o condición que debe ser atendida entre 1 y 2 meses.
 - Prioridad alta: hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que presentan una situación o condición que debe ser atendida en un tiempo menor a 1 mes. En esta priorización alta, se encuentran las familias con riesgo de disfunción familiar severa o con sobrecarga intensa del cuidador, esta última determinada por los resultados de la aplicación de la escala Zarit a personas que realizan acciones de cuidado a sus familiares.
2. Concertación de logros y acciones de cuidado, se logra mediante diálogo participativo, integrando saberes comunitarios y propuestas del equipo de salud, integrando intervenciones individuales, colectivas y acciones de gestión.

Momento 2: implementación del plan de cuidado primario

Este momento incluye dos actividades:

1. Acciones de cuidado a cargo de los Equipos Básicos de Salud.
2. Acciones de cuidado de la familia o comunidad.

En este momento, los EBS ejecutan las intervenciones acordadas y acompañan a las familias, articulando acciones con el sistema de salud y otros sectores. Este proceso incluye tanto acciones del equipo como prácticas cotidianas de autocuidado por parte de la familia y la comunidad, fortaleciendo su autonomía y capacidades.

Momento 3: monitoreo del plan de cuidado primario

Este momento permite evaluar el cumplimiento de los compromisos, actualizar la información y ajustar el plan según cambios en las condiciones de salud. Este seguimiento se realiza tanto con las familias como al interior del equipo, facilitando la mejora continua y el logro de resultados en salud.



En conjunto, el PCP se consolida como el eje central de la Atención Primaria en Salud, al organizar las intervenciones, fortalecer los vínculos comunitarios y contribuir al mejoramiento de los resultados en salud desde un enfoque integral, participativo y territorial.

De esta manera, los Equipos Básicos de Salud se adaptan a las necesidades y requerimientos de la población, velando por el cumplimiento de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud y reconociendo las diferencias culturales, sociales, económicas, ambientales de las personas, familias, comunidades en sus territorios.

El Plan de Cuidado Primario (PCP) es implementado por los perfiles técnicos y profesionales que integran los Equipos Básicos de Salud (EBS). Para su adecuada ejecución, se consideran esenciales los siguientes perfiles:

- Técnico auxiliar en enfermería o de salud pública.
- Profesional en psicología.
- Profesional en medicina.
- Profesional en enfermería.
- Agente o gestor comunitario / promotor de salud.
- Agente de la medicina ancestral/tradicional en territorios con grupos étnicos u otros perfiles definidos por la comunidad étnica.

En este contexto, los Equipos Básicos de Salud desempeñan un papel fundamental al acercar los servicios de salud a las comunidades, mediante la prestación de una atención integral y multidisciplinaria. Esta atención se desarrolla a través de procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través del Plan de Cuidado Primario.

Las acciones de los Equipos Básicos de Salud (EBS) se priorizan para áreas rurales y dispersas, cada equipo debe estar adscrito a un territorio que puede ser de dispersión alta, media y baja. En el caso de las zonas rurales se estima contar con cuatro (4) técnicos auxiliares de enfermería o de salud pública por microterritorio y para las áreas concentradas se sugiere contar con tres (3) técnicos auxiliares de enfermería o en salud pública por microterritorio.

9.1.5. Salud mental con enfoque integral

La salud mental con enfoque integral reconoce la interacción dinámica entre factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que inciden en el bienestar de las personas, por lo que su abordaje trasciende la atención clínica e incorpora acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación e inclusión social. Este enfoque se fundamenta en la Atención Primaria en Salud y en la articulación de actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, orientando intervenciones que respondan a los determinantes sociales de la salud mental y a las particularidades territoriales. Así mismo, integra los enfoques de derechos humanos, curso de vida, diferencial e interseccional, garantizando una atención continua, oportuna y centrada en las necesidades de las personas, sus familias y comunidades, en coherencia con lo establecido en la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025.

Acciones recomendadas en salud mental

1. Desarrollar rutas de atención diferencial en salud mental para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, que incluyan acciones de promoción de la salud mental, detección temprana de afectaciones emocionales, espacios de escucha, acompañamiento psicosocial, autocuidado y acceso oportuno a servicios especializados cuando se requiera, con el fin de prevenir el desgaste emocional, la sobrecarga asociada al cuidado y el síndrome del cuidador quemado.
2. Se incorpora el enfoque de determinantes sociales de la salud mental, reconociendo que la sobrecarga asociada al rol de cuidado está influenciada por condiciones socioeconómicas, desigualdades de género y barreras en el acceso a redes de apoyo formales e informales. En este sentido, el abordaje de la salud mental de las personas cuidadoras requiere intervenciones integrales que trasciendan el ámbito individual, orientadas a la reducción de inequidades, el fortalecimiento de entornos protectores y la garantía de condiciones sociales que favorezcan el bienestar psicosocial, en coherencia con los enfoques establecidos en la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025.
3. Fortalecer los mecanismos de articulación comunitaria, intersectorial y territorial para el acompañamiento integral de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, promoviendo la continuidad del cuidado, el fortalecimiento de redes de apoyo, el acceso a recursos comunitarios y la vinculación a estrategias de atención primaria en salud, rehabilitación basada en comunidad y salud mental comunitaria.

4. Fortalecer la construcción y sostenibilidad de redes de apoyo comunitarias que promuevan la corresponsabilidad social del cuidado, integrando actores comunitarios, organizaciones sociales, servicios de salud y dispositivos de salud mental comunitaria, implementando estrategias que incluyan espacios grupales de apoyo, orientación familiar, educación para el autocuidado y acompañamiento emocional a personas cuidadoras.
5. Promover estrategias de respiro para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, mediante acciones institucionales, comunitarias e intersectoriales que faciliten períodos de descanso, autocuidado, recuperación emocional y fortalecimiento de redes de apoyo, contribuyendo a la prevención de la sobrecarga física y emocional asociada al ejercicio prolongado del cuidado.
6. Incorporar acciones de acompañamiento psicosocial frente a los procesos de duelo de las personas cuidadoras, incluyendo el duelo anticipado asociado a enfermedades crónicas, condiciones degenerativas o situaciones de dependencia progresiva, así como el duelo derivado del fallecimiento de la persona cuidada. Estas acciones deberán favorecer la elaboración emocional de las pérdidas, la adaptación a los cambios vitales y el fortalecimiento de recursos individuales, familiares y comunitarios para el afrontamiento.

Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – Salud mental

1. Fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como un mecanismo intersectorial orientado a la inclusión social, el desarrollo comunitario y la garantía del cuidado integral de las personas con discapacidad, incorporando de manera explícita acciones dirigidas al bienestar y la salud mental de las personas cuidadoras o asistentes personales. Esta estrategia deberá promover la articulación entre actores institucionales, comunitarios y territoriales, el fortalecimiento de redes de apoyo y la generación de capacidades locales que contribuyan a la corresponsabilidad del cuidado, en coherencia con los enfoques de Atención Primaria en Salud, curso de vida y determinantes sociales establecidos en la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025.
2. Fortalecer las competencias técnicas y operativas de las direcciones territoriales de salud para la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del cuidado de la salud mental, incorporando de manera prioritaria a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad como grupo de especial énfasis a lo largo de todo el proceso de atención en salud. Lo anterior deberá desarrollarse integrando el enfoque de género, reconociendo

que la carga del cuidado recae de manera desproporcionada en las mujeres, lo cual incrementa su exposición a riesgos en salud mental, incluyendo estrés crónico, sobrecarga emocional y agotamiento, y requiere la implementación de acciones específicas de apoyo, acompañamiento y fortalecimiento de redes de cuidado.

9.1.6. Medicamentos y dispositivos médicos

1. Garantizar la oportunidad, accesibilidad y continuidad en la dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y servicios complementarios prescritos por el médico tratante.

De conformidad con la normatividad mencionada anteriormente, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de su Red Prestadora de Servicios de Salud, deben suministrar a sus pacientes los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el facultativo tratante a tiempo y cerca del lugar de atención.

En ese orden de ideas, en relación con la no entrega de medicamentos, el artículo 131 del Decreto 019 de 2012, define que las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos y en este sentido, en el artículo 5 de la Resolución 1604 de 2013 se establece las responsabilidades de los actores del sistema.

De otra parte, la Resolución 1403 de 2007, en su artículo 4, establece los principios dentro de los cuales se encuentra el relacionado con la oportunidad en la dispensación de los medicamentos, así:

“10. Oportunidad. El servicio farmacéutico garantizará la distribución y/o dispensación de la totalidad de los medicamentos prescritos por el facultativo, al momento del recibo de la solicitud del respectivo servicio hospitalario o de la primera entrega al interesado, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud y/o la vida del paciente. También garantizará el ofrecimiento inmediato de la información requerida por los otros servicios, usuarios, beneficiarios y destinatarios. Contará con mecanismos para determinar permanentemente la demanda insatisfecha de servicios y corregir rápidamente las desviaciones que se detecten. La entidad de la que forma parte el servicio farmacéutico garantizará los recursos necesarios para que se cumpla este principio”.

Adicionalmente, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, mediante Auto 559 de 2025, impartió instrucciones a las EPS en relación con la entrega de medicamentos. En dicho auto, se ordena a las EPS garantizar el suministro oportuno y continuo de los medicamentos prescritos por el médico tratante, incluso en casos de desabastecimiento o falta de disponibilidad. En tales situaciones, las EPS están obligadas a reformular el tratamiento con un medicamento equivalente y asegurar su entrega efectiva. Además, se exige que las EPS establezcan canales de comunicación claros y eficientes con los usuarios para informar sobre el punto de dispensación, la fecha de entrega y la persona responsable del suministro. Estas medidas buscan proteger el derecho fundamental a la salud y evitar la interrupción de tratamientos médicos esenciales.

2. Implementar la modalidad de entrega domiciliaria de medicamentos, dispositivos médicos e insumos según prescripción médica.

La normatividad vigente establece en la Resolución 1604 de 2013, *Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones*, los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta o no entrega de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Entendiéndose que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos.

3. Implementar el sistema de monitoreo del abastecimiento de los medicamentos y, dispositivos médicos, establecido en la Resolución 1411 de 2022.

La implementación de dicho sistema se encuentra conforme a lo establecido en el establecido en el Decreto 120 de 2026, donde se establece que este Ministerio forma parte de la Rama Ejecutiva del Poder Público y actúa como ente rector en materia de salud. Su función principal es la formulación y adopción de políticas, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), siendo además el organismo regulador en materia sanitaria.

En este marco, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las instituciones del SGSSS son las encargadas de garantizar el suministro oportuno y cercano de los medicamentos y dispositivos médicos prescritos por el profesional tratante.

Cabe destacar que la financiación de estas tecnologías en salud se realiza a través de recursos asignados ex ante a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a



Compensar (EOC), mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los presupuestos máximos, reconocidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para ello, estas entidades deben adelantar procesos de contratación que aseguren la atención en salud de la población afiliada, conforme a lo establecido en el Decreto 441 de 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016.

Dicha normativa, expedida por el MSPS, establece las disposiciones generales para los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, considerando las modalidades de pago y los servicios incluidos.

En este sentido, las EAPB son responsables de organizar y garantizar la prestación del plan de beneficios en salud, ya sea de forma directa o a través de terceros, así como de gestionar el riesgo en salud de sus afiliados, conforme al artículo 14 de la Ley 1122 de 2007. Para ello, el sistema reconoce a cada EPS una prima por persona afiliada denominada UPC, según lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993. Esta prima cubre el riesgo de ocurrencia y tratamiento de enfermedades generales, por lo que corresponde a las EPS evaluar las posibles consecuencias y su manejo en la población afiliada.

9.1.7. Prevención de las violencias basadas en género

Las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad se encuentran expuestas a múltiples formas de violencia basada en género derivadas de las desigualdades estructurales, la feminización histórica del cuidado, la dependencia económica, la sobrecarga física y emocional, el aislamiento social y la invisibilización institucional del trabajo de cuidado, en especial las mujeres cuidadoras no remuneradas.

Estas violencias pueden manifestarse en formas físicas, psicológicas, emocionales, económicas, patrimoniales, institucionales y simbólicas, afectando significativamente la salud física y mental, el bienestar y la calidad de vida de quienes ejercen labores de cuidado.

Por consiguiente, el sector salud deberá desarrollar acciones integrales de promoción, prevención, detección temprana, atención, acompañamiento psicosocial y articulación intersectorial frente a las violencias basadas en género que afectan a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.



1. Fomentar espacios protección que fortalezcan las redes de apoyo comunitario enfocados en la prevención de la violencia basada en género.

Se recomienda que los espacios de protección incluyan componentes psicosociales comunitarios, como círculos de escucha, grupos de apoyo entre mujeres y acompañamiento psicosocial, en articulación con la Red Nacional de Salud Mental, para atender las afectaciones emocionales derivadas de la violencia basada en género.

2. Garantizar el acceso y oportunidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud – Resolución 3280 de 2018)

3. Generar espacios de educación y sensibilización que capaciten al talento humano en salud, las familias y comunidades en temas direccionados a la prevención de la violencia basada en género. Al respecto, se sugiere complementar la capacitación del talento humano con formación en primeros auxilios psicológicos, detección temprana de señales de violencia y protocolos de referencia a servicios de salud mental, según los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental (2025–2034).

4. Fortalecer la articulación y complementariedad del sector salud con otros sectores, actores sociales y comunitarios para la construcción y trabajo conjunto en la prevención de la violencia basada en género, con la inclusión de los Equipos Básicos en Salud y Equipos Básicos Especializados en Salud (EBS y EBES) en las mesas intersectoriales de prevención de VBG, garantizando una respuesta integral que aborde tanto las consecuencias físicas como emocionales.

5. Implementar tamizajes periódicos para la detección temprana de violencias basadas en género, violencia intrafamiliar, violencia psicológica y violencia económica hacia las personas cuidadoras, especialmente durante visitas domiciliarias y acciones extramurales de los Equipos Básicos de Salud.

6. Incorporar valoración de riesgo psicosocial y sobrecarga del cuidado como parte de la atención integral a personas cuidadoras o asistentes personales.

7. Garantizar acceso prioritario a atención psicológica y acompañamiento psicosocial para cuidadoras víctimas de violencias basadas en género.

8. Desarrollar estrategias territoriales de respiro del cuidado y fortalecimiento de redes comunitarias orientadas a disminuir la sobrecarga física, emocional y el aislamiento social de las personas cuidadoras.
9. Fortalecer la articulación entre salud, justicia, protección social, comisarías de familia y organizaciones comunitarias para garantizar rutas integrales de atención y protección frente a las violencias basadas en género.

9.1.8. Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - Discapacidad

1. Fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad como una estrategia intersectorial que articula acciones de inclusión social y desarrollo comunitario para las personas con discapacidad.

La Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad se expresa a través de los lineamientos de rehabilitación cuyo documento se encuentra en proceso de actualización. Esta propuesta busca, integrar plenamente al sistema de salud y desarrollo social, incorporando elementos de innovación tecnológica, fortaleciendo la participación activa, de las personas con discapacidad, y respondiendo a los desafíos contemporáneos como el envejecimiento, la salud mental, la migración y la inequidad territorial, la Estrategia de Atención Primaria en Salud y el Plan Nacional de Salud Rural, así como el rol de los cuidadores de las personas con discapacidad en el ejercicio no solo de su labor de cuidado, sino en aquellos procesos de autocuidado y socio cuidado.

Estos lineamientos están dirigidos a las personas con discapacidad, sus familias y/o cuidadores, las comunidades locales, los líderes comunitarios, las organizaciones de la sociedad civil para y de personas con discapacidad, los entes gubernamentales, los servidores públicos, la academia, entre otros actores que estén interesados en su implementación a nivel nacional y local.

La implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) transforma los territorios al fortalecer la participación, la corresponsabilidad y la inclusión social de las personas con discapacidad. Esta estrategia permite articular actores comunitarios e institucionales, fortalecer redes de apoyo, garantizar el acceso a servicios esenciales y reducir las barreras que limitan la participación plena. Con la RBC, se pasa de una atención fragmentada a una respuesta integral, centrada en los derechos, la autonomía y la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias. (OMS ONU OIT, 2004).



Gracias a la RBC, las comunidades fortalecen sus capacidades para identificar, acompañar y responder de manera integral a las necesidades de las personas con discapacidad, promoviendo su autonomía, participación activa y acceso a servicios de salud, educación, medios de vida, protección social y empoderamiento.

Se espera que una vez se avale el documento de Lineamientos de atención en salud a personas con discapacidad y cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, este pueda ser guía para los diversos actores que participan en la estrategia.

9.1.9. Humanización del talento humano en salud y Humanización en salud:

Es un proceso gradual de mejoramiento hacia un buen trato y el reconocimiento de la dignidad de cada persona para una atención en salud integral, para ello es indispensable potenciar (o fortalecer) la formación al personal de salud humanístico-científico y el desarrollo en el marco del enfoque de derechos humanos y de atención centrada en la persona, familia y comunidad para personas con discapacidad teniendo en cuenta el apoyo o acompañamiento del cuidador o asistente personal de persona con discapacidad.

Adoptar prácticas institucionales que reconozcan la necesidad prioritaria de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad para su atención y cuidado de manera oportuna y eficaz y en el que se promueva el trato digno hacia estas personas cuidadoras, con el fin de reconocer las dificultades que pueden estar mediando en requerir una atención y cuidado de su propia salud, de esta manera se visibilice su rol fundamental del cuidado en el sistema de salud, mitigando unas de las barreras significativas en la atención en salud que son la indiferencia e invisibilidad del otro.

Se promoverá una cultura de reconocimiento a la labor y dedicación de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, garantizando el goce del derecho de la salud a través de la atención con sensibilidad frente a sus necesidades físicas, emocionales y laborales que pueden estar enfrentando a diario.

Lo anterior, se articula con las líneas operativas de la Política Nacional de Humanización en Salud y la Política Nacional de Calidad en Salud (políticas en proceso de acto administrativo), entre las cuales se encuentran:



- Crear una instancia colegiada nacional para la gobernanza de la calidad y la humanización en salud con participación de los actores en salud, otros sectores interesados como la academia y organizaciones de usuarios.
- Incluir en los espacios de rendición de cuentas y en espacios de socialización de resultados en salud con los actores del territorio, los avances en el mejoramiento de la calidad y la humanización en salud, la experiencia de los usuarios y sus familias, basándose en la analítica de datos cuantitativos y cualitativos.
- Hacer partícipe a organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en el análisis, concertación en la definición de acciones, estrategias, mecanismos de seguimiento y evaluación para el cuidado integral y atención humanizada y el mejoramiento de la calidad.
- Promover e incorporar entre todos los actores del sector salud la formación en el personal de salud y administrativo, como mínimo, una comunicación solidaria constructiva, hábitos saludables de autocuidado, cuidado al personal de salud, inclusión de la familia en el acompañamiento de la persona en los procesos de cuidado integral y atención humanizada.
- Incorporar y desarrollar en la práctica, los programas y módulos de formación continua institucional dirigido a todo el personal, temas relacionados con habilidades comunicativas, relacionales y conversacionales, y en la resolución temprana de conflictos entre los usuarios, familias, personal de salud, instituciones y comunidad, alineados a la PPTHs.
- Desarrollar comunidades de práctica y redes de aprendizaje entre el personal de salud, para compartir experiencias exitosas territoriales de comunicación solidaria, innovación, de cuidado integral y atención humanizada en la salud.
- Definir y desarrollar lineamientos o estándares nacionales de mejora en hospitalidad en salud que orienten a los actores en salud en la adopción de estrategias institucionales basadas en la evidencia en materia de humanización, como mínimo, en facilitar el acceso a la información acorde a la normatividad vigente y de los criterios éticos.
- Diseñar e incorporar en las estrategias de evaluación de la experiencia del usuario, las dimensiones de profesionalismo y hospitalidad, trato digno, confort emocional y con los ambientes, entre otras.



- Establecer y desarrollar directrices o estándares para el cuidado integral y la atención humanizada en salud, que orienten el actuar del personal de salud promoviendo la discrecionalidad reflexiva para actuar de manera flexible, ética y creativa en la toma de decisiones.
- Incorporar en los modelos de atención de los actores en salud, prácticas y herramientas basadas en la evidencia a nivel nacional o internacional en materia de humanización, que fortalezcan su efectividad en la implementación y en los resultados de cuidado integral y atención humanizada en salud.
- Fomentar en las instituciones en salud la conformación de un equipo de profesionales con experiencia para la identificación y difusión de buenas prácticas en liderazgo solidario y trabajo colaborativo.
- Identificar, sistematizar y divulgar experiencias exitosas de trabajo colaborativo desarrolladas por los actores en salud, que hayan mejorado el cuidado integral y la atención humanizada en salud, las relaciones constructivas entre las personas, familias, comunidades e instituciones.
- Desarrollar campañas de sensibilización sobre corresponsabilidad en salud, confianza y reconciliación entre los actores en salud que fortalezcan el sentido de comunidad, solidaridad y legitimidad en salud.
- Promover la formación del personal de salud sobre prácticas que articulen el pensamiento filosófico-científico y los procedimientos para una atención humanizada en salud.
- Realizar los análisis de casos clínicos y de salud pública desde múltiples perspectivas —científica, ética, social, cultural, comunitaria y territorial— incluyendo la participación de la persona y la familia como corresponsables del cuidado integral de la salud.
- Desarrollar procesos de formación continua para el personal de salud en competencias relacionales, ética del cuidado y enfoque centrado en las personas, con base en modelos o estándares nacionales o internacionales de calidad-humanización.
- Fortalecer y actualizar el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS) incorporando un Módulo de Humanización en Salud, que permita consolidar como mínimo una biblioteca de información en humanización, la identificación y monitoreo de prácticas, avances, resultados, brechas e innovaciones territoriales.

- Incluir, dentro de los procesos de formación continua del personal de salud, competencias en investigación, innovación y análisis crítico, articuladas y alineadas con la PPTHS, fortaleciendo la cultura en humanización incluyendo el pensamiento técnico-científico, humanístico e intercultural, gestión del conocimiento y el aprendizaje colaborativo.

10. Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud

En el marco del cumplimiento de lo anteriormente señalado, el Ministerio de Salud y Protección Social se permite emitir una circular conjunta con la Superintendencia Nacional de Salud con asunto: a la reiteración de instrucciones técnicas de atención en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, la cual genera una acción vinculante con el presente documento.

10.1. Prestación de Servicios de Salud

La Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las competencias legalmente asignadas y en cumplimiento de su función de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sobre los prestadores de servicios de salud, adelantará acciones dirigidas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), con el propósito de verificar la incorporación, aplicación y coherencia de la reiteración de instrucciones técnicas contenidas en el presente documento. Estas actuaciones estarán orientadas a garantizar la prestación efectiva, oportuna e integral de los servicios de salud a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

10.2. Inspección y Vigilancia a las PQR

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones conferidas por la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 1949 de 2019 y demás normas, ejerce las competencias de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de garantizar la protección del derecho fundamental a la salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, bajo un enfoque diferencial, territorial, de derechos humanos, curso de vida, equidad e inclusión social.

En el marco de la reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, la Superintendencia Nacional de Salud realizara seguimiento

permanente a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, entidades territoriales, gestores farmacéuticos, operadores logísticos de tecnologías en salud y demás actores responsables de la garantía del derecho con sus principios de acceso, continuidad, calidad y oportunidad en la atención en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

Las acciones de inspección, vigilancia y control estarán orientadas a verificar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con:

La garantía del derecho sobre los principios de aceptabilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad.

- La implementación del enfoque diferencial y de derechos en la prestación de los servicios de salud dirigidos a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.
- La eliminación de cualquier tipo de barrera que limite el acceso efectivo a los servicios de salud.
- La implementación de rutas integrales de atención en salud, estrategias de Atención Primaria en Salud – APS, gestión integral del riesgo en salud y articulación de redes integrales e integradas territoriales de salud (RIITS)
- La garantía de la atención integral en salud mental, incluyendo acciones de promoción de la salud mental, prevención del sufrimiento psíquico, atención de crisis emocionales, rehabilitación psicosocial y continuidad de tratamientos.
- La implementación de mecanismos de priorización y atención preferencial para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad y las personas con discapacidad que requieran acompañamiento permanente.
- La oportunidad en la asignación de citas médicas, procedimientos, consultas especializadas, servicios diagnósticos, entrega de medicamentos, autorizaciones y demás tecnologías en salud financiadas o no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
- El cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la referencia y contrarreferencia de pacientes, continuidad del tratamiento y coordinación entre niveles de complejidad.
- La implementación de acciones de humanización de la atención y fortalecimiento del trato digno, respetuoso y libre de discriminación.
- El cumplimiento de las disposiciones relacionadas con participación social en salud, atención comunitaria y articulación intersectorial para el cuidado integral.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá adelantar actuaciones administrativas de inspección y vigilancia mediante auditorías, requerimientos de información, visitas de inspección, seguimiento a



indicadores, monitoreo de PQRD, mesas de trabajo, verificación documental, evaluación de riesgos y demás mecanismos previstos en la normatividad vigente.

Así mismo, en ejercicio de sus funciones de control, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar medidas preventivas, planes de mejoramiento, acciones correctivas, medidas cautelares y sanciones administrativas frente a los actores vigilados que incumplan las obligaciones relacionadas con la garantía del derecho fundamental a la salud de esta población.

Las acciones de control podrán adelantarse especialmente frente a situaciones relacionadas con:

- Negación injustificada de servicios y tecnologías en salud.
 - Demoras en la prestación de servicios.
 - Fragmentación de la atención.
 - Interrupción de tratamientos.
 - Falta de disponibilidad de servicios especializados.
 - Barreras para la atención en salud mental.
 - Deficiencias en la entrega de medicamentos, ayudas técnicas o dispositivos médicos.
- Vulneración del derecho a la información y a la participación.
- Trato indigno, discriminatorio o deshumanizado.
 - Incumplimiento de las intervenciones descritas en las rutas integrales de atención en salud.
 - Barreras para la garantía integral de los procesos de referencia y contrarreferencia.

De igual modo, la Superintendencia Nacional de Salud fortalecerá las acciones de protección al usuario mediante mecanismos de atención, orientación, acompañamiento y gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes relacionadas con la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

Para tal efecto, promoverá la accesibilidad, disponibilidad y difusión de los diferentes canales de atención institucional, garantizando condiciones de accesibilidad física, comunicativa y tecnológica para la población con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales, de conformidad con los principios de accesibilidad universal, enfoque diferencial y atención humanizada.

Las entidades vigiladas deberán garantizar información clara, suficiente, comprensible y oportuna sobre los mecanismos de acceso a servicios de salud, rutas de atención, autorizaciones, entrega de tecnologías en salud, mecanismos de protección de derechos y canales de atención al usuario.



La Superintendencia Nacional de Salud realizará seguimiento a la adecuada implementación y funcionamiento de los canales de atención dispuestos por las EPS, IPS y demás actores vigilados, verificando que estos permitan:

- La recepción efectiva y oportuna de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes con un sistema de identificación en el formulario destinado.
- La atención prioritaria a personas con discapacidad y personas cuidadoras o asistentes personales.
- La disponibilidad de canales presenciales, telefónicos y virtuales accesibles.
- La entrega de información clara sobre trámites, servicios, autorizaciones y rutas de atención.
- La orientación frente a barreras de acceso, negación de servicios o interrupciones en tratamientos.
- La activación de rutas prioritarias frente a situaciones de riesgo en salud física o mental.
- La trazabilidad y seguimiento de las solicitudes radicadas por los usuarios.
- La garantía de respuesta oportuna dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente.

Dentro de las acciones de protección al usuario, la Superintendencia Nacional de Salud promoverá el fortalecimiento y articulación de canales institucionales tales como:

- Oficinas de atención al usuario y puntos de atención presencial.
- Líneas telefónicas nacionales y territoriales de atención y orientación.
- Plataformas virtuales y canales digitales de recepción de PQRD.
- Mecanismos de atención preferencial y prioritaria.
- Estrategias de atención comunitaria y territorial.
- Jornadas de atención descentralizada en territorios rurales o dispersos.
- Mecanismos de orientación y acompañamiento para el ejercicio del derecho a la salud.
- Canales de atención accesibles para personas con discapacidad múltiple.

Así mismo, promoverá para las EPS, IPS y demás entidades vigiladas las siguientes acciones para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad.

- Fortalecimiento de canales accesibles, interoperables y resolutivos para la radicación de PQRD
- Fortalecimiento al talento humano de atención directa al usuario para el desarrollo de capacidades de atención humanizada, enfoque diferencial, lenguaje claro, y garantía de derechos.
- Seguimiento específico a las PQRD relacionadas con barreras para la garantía del derecho a la salud identificando riesgos -Simple, priorizado y vital de acuerdo con la circular 202315100000010-5 de 2023 de reclamos en salud.
- Garantía de mecanismos de seguimiento a las solicitudes de los usuarios.

10.3. Inspección y Vigilancia a las Entidades Territoriales

El Decreto 1080 de 2021, en concordancia con las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, consolida el marco competencial en materia de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la facultad de emitir lineamientos e instrucciones técnicas orientadas a garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales y regulatorias relacionadas con la prestación de servicios de salud, la calidad de la atención, la protección de los derechos de los usuarios y la gestión integral del riesgo en salud.

En este contexto normativo, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales, orienta sus actuaciones hacia la armonización con los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad, enfoque diferencial y atención centrada en la persona. En ese sentido, promueve que las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal ejerzan de manera efectiva su rol en la implementación de las políticas públicas dirigidas a la protección integral de las personas con discapacidad y de sus cuidadores o asistentes personales, en observancia de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad establecidos en la Constitución Política y desarrollados en la normativa del sector salud y protección social.

La Ley 2297 de 2023 estableció un marco de protección y reconocimiento para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, imponiendo obligaciones concretas a las autoridades territoriales para adoptar medidas administrativas, sociales y sanitarias que permitan garantizar la atención integral y el acceso efectivo a derechos. La norma dispone expresamente que sus disposiciones son aplicables a “las autoridades nacionales, departamentales, distritales y municipales que adoptarán lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley”.

En este sentido, las entidades territoriales tienen la responsabilidad de incorporar dentro de sus planes territoriales de salud, planes de desarrollo y políticas públicas de discapacidad acciones dirigidas a:

- Identificar y caracterizar a las personas cuidadoras o asistentes personales presentes en sus territorios.
- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud física, mental y apoyo psicosocial para cuidadores y personas con discapacidad.
- Promover programas de capacitación, formación y fortalecimiento de competencias para el cuidado.

- Desarrollar estrategias de inclusión social, generación de ingresos y acceso a programas sociales.
- Implementar acciones de articulación intersectorial entre salud, educación, inclusión social y protección social.
- Garantizar enfoques diferenciales, territoriales, de género y de derechos humanos en la atención institucional.

La Ley 2297 de 2023 reconoce igualmente el deber estatal de promover medidas de acompañamiento a las familias y cuidadores, así como incentivar el acceso al empleo, emprendimiento y atención en salud de esta población.

Por su parte, la Ley 2456 de 2025 fortaleció las obligaciones territoriales mediante la creación de mecanismos financieros orientados a la protección y apoyo de personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales. La ley creó el Fondo Nacional de Protección y Apoyo a Personas con Discapacidad y sus Cuidadores o Asistentes Personales, y facultó a los concejos municipales y distritales para crear fondos territoriales destinados a financiar programas y estrategias de atención integral.

En desarrollo de esta ley, las entidades territoriales adquieren responsabilidades relacionadas con:

1. Planeación y financiación territorial

Incorporar recursos y programas dirigidos a cuidadores y personas con discapacidad dentro de los presupuestos territoriales y gestionar fuentes de financiación complementarias para el funcionamiento de los fondos territoriales.

2. Diseño e implementación de programas de apoyo

Crear y ejecutar programas de atención biopsicosocial, respiro familiar, rehabilitación, acompañamiento psicosocial, inclusión productiva y fortalecimiento comunitario.

3. Articulación institucional e intersectorial

Coordinar acciones entre secretarías de salud, desarrollo social, educación, trabajo y entidades del Sistema Nacional de Discapacidad para garantizar atención integral y continuidad de las intervenciones.

4. Seguimiento y evaluación

Establecer mecanismos de monitoreo, indicadores y evaluación de impacto sobre las acciones implementadas en favor de cuidadores y personas con discapacidad.

5. Garantía de accesibilidad e inclusión



Adoptar medidas orientadas a eliminar barreras físicas, administrativas, comunicacionales y sociales que limiten el acceso efectivo a servicios y programas.

6. Participación ciudadana y control social

Promover la participación de organizaciones de personas con discapacidad, cuidadores y redes comunitarias en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas territoriales.

De igual manera, las entidades territoriales, en el marco de sus competencias de salud pública y aseguramiento, deben articularse con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y prestadores de servicios de salud para garantizar la continuidad de la atención integral y el acceso efectivo a tecnologías y servicios requeridos por las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad.

La omisión en el cumplimiento de estas obligaciones puede generar responsabilidades administrativas, disciplinarias y fiscales, especialmente cuando se evidencie vulneración de derechos fundamentales, incumplimiento de deberes legales o inadecuada destinación de recursos públicos dirigidos a poblaciones de especial protección constitucional.

En consecuencia, las Leyes 2297 de 2023 y 2456 de 2025 consolidan un modelo de corresponsabilidad territorial que exige a los departamentos, distritos y municipios adoptar medidas efectivas de planeación, financiación, articulación y seguimiento para garantizar la protección integral de las personas con discapacidad y de quienes ejercen labores de cuidado o asistencia personal, bajo un enfoque de derechos humanos, inclusión social y atención integral; por tal razón podrán ser requeridas en cumplimiento de las acciones de IVC que le corresponden.

11. Bibliografía

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *ABECÉ Dispositivos Comunitarios*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abecd dispositiv os->

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/155002>

República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Artículo 49 (derecho a la salud). Diario Oficial No. 114.088.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41185>

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.146.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

República de Colombia. (2000). *Decreto 452 de 2000: Por el cual se reglamentan parcialmente las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud*. Diario Oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5472>

Congreso de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16644>

República de Colombia. (2004). *Decreto 481 de 2004: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 715 de 2001 en relación con los medicamentos vitales no disponibles*. Diario Oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16645>

República de Colombia. (2006). *Decreto 1011 de 2006: Por el cual se reglamenta la gestión del talento humano en el sector público*. Diario Oficial No. 46.505.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18716>



Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007: *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial No. 46.506. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>

República de Colombia. (2007). Decreto 1030 de 2007: *Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27069>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Resolución 1403 de 2007: *Por la cual se define el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos.* <https://www.invima.gov.co/biblioteca/resolucion-1403-2007-modelo-gestion-servicio-farmaceutico>

Congreso de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009: *Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad".* Diario Oficial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/ley%201346%20de%202009.pdf>

República de Colombia. (2010). Decreto 2086 de 2010: *Por el cual se reglamenta el registro sanitario de medicamentos de uso humano.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40052>

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1444 de 2011: *Por la cual se crea el Ministerio de Salud y Protección Social y se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43273>

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011: *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial No. 47.957. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

República de Colombia. (2012). Decreto 019 de 2012: *Por medio del cual se dictan normas para la eliminación de trámites innecesarios.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44444>



República de Colombia. (2012). *Decreto 2562 de 2012: Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47001>

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53647>

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1618 de 2013: Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>

República de Colombia. (2013). *Decreto 2462 de 2013: Por el cual se reglamentan las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53648>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1552 de 2013: Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1604 de 2013: Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf>

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49.427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/155002>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 2968 de 2015: Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos*



médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60734>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 2016: *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Resolución 2063 de 2017: Por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73456>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Resolución 5491 de 2017: Por la cual se establecen los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73457>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal*.
<https://www.ins.gov.co/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%203280%20DE%202018.pdf>

Congreso de Colombia. (2019). Ley 1949 de 2019: *Por medio de la cual se modifica la Ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83495>

Congreso de Colombia. (2019). Ley 1955 de 2019: *Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la equidad" y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83685>

Congreso de Colombia. (2019). Ley 1966 de 2019: *Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=84301>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *ABECÉ Dispositivos Comunitarios*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abecdispositivos->



República de Colombia. (2022). Decreto 441 de 2022: *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades*. Diario Oficial. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20441%20de%202022.pdf

República de Colombia. (2022). Decreto 1599 de 2022: *Por medio del cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. Diario Oficial. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201599%20de%202022.pdf

República de Colombia. (2022). Decreto 334 de 2022: *Por el cual se establecen disposiciones para la renovación, modificación y suspensión de registros sanitarios de medicamentos*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=149801>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 1411 de 2022: *Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=149802>

Congreso de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023: *Por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia, potencia mundial de la vida"*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168989>

Congreso de Colombia. (2023). Ley 2297 de 2023: *Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167532>

República de Colombia. (2023). Decreto 1474 de 2023: *Por el cual se modifican los artículos del Decreto 334 de 2022*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=166789>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 2138 de 2023: *Por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf



Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2335 de 2023: Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades.* <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168990>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2718 de 2024: Acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud.* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202718%20de%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2622 de 2024: Por la cual se amplía el alcance de la herramienta tecnológica MIPRES.* <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=187654>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2646 de 2024: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad.* <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=187655>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Circular Externa 0016 de 2024: Exhortación a las EAPB para la importación de medicamentos vitales no disponibles.* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%200016%20de%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Decreto 729 de 2025: Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental.* <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=30055091>

Congreso de Colombia. (2025). *Ley 2460 de 2025: Por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201411>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2025). *CONPES 4143 de 2025: Política Nacional de Cuidado.* Departamento Nacional de Planeación. <https://www.dnp.gov.co/CONPES-4143>



República de Colombia. (2025). *Decreto 858 de 2025: Por medio del cual se adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*. Diario Oficial. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20858%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1597 de 2025: Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201413>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1809 de 2025: Por medio de la cual se reglamentan los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201809%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 2628 de 2025: Por la cual se establecen los requisitos y condiciones para la autorización de funcionamiento de las Organizaciones de Base Comunitaria*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201414>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 2765 de 2025: Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201415>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Circular 006 de 2025: Incorporación en MIPRES de la prescripción de medicamentos antirretrovirales*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20006%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Circular 010 de 2025: Obligatoriedad de prescripción de medicamentos antirretrovirales a través de MIPRES*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20010%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Circular 044 de 2025: Ampliación del uso de MIPRES para la prescripción de medicamentos cubiertos con cargo a la UPC*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20044%20de%202025.pdf

República de Colombia. (2026). *Decreto 120 de 2026: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social*. Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201410>



República de Colombia. (2026). *Decreto 182 de 2026: Por medio del cual se regula la prestación de servicios primarios y complementarios de salud.* Diario Oficial. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201412>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Resolución 2460 de 2025: Por la cual se establece la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud de personas con Conducta Suicida y el "Código Dorado".* <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201416>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Resolución 117 de 2026: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.* <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=201417>

Conceptos:

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Aprobada por la Asamblea General el 13 de diciembre de 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Atención Primaria de Salud.* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPH-ALM-ATA-78.1>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever.* Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>



Organización Mundial de la Salud. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. <https://iris.who.int/handle/10665/155002>

Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, & UNESCO. (2004). *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guía para la planificación conjunta*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9243546250>

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. <https://iris.who.int/handle/10665/155002>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & ONU Mujeres. (2025). *Niñas adolescentes: trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en América Latina y el Caribe. Evidencia y un marco para la acción*. <https://www.unicef.org/lac/en/media/52381/file/ninas-adolescentes-cuidado-trabajo-domestico-no-remunerado-unicef-onu-mujeres.pdf>

Naciones Unidas. (2025). *La "revolución del cuidado" está en marcha en América Latina*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2025/07/1540200>

Delgado Gallego, M. E., Vázquez Navarrete, M. L., & Hernández Torres, A. M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 681-693.

Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Hunt, P., & Backman, G. (2008). Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, 10(1), 81-92. <https://www.jstor.org/stable/20460084>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *A life course approach to health: Improving health and reducing health inequities*.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/140247/Life_Course_Web.pdf

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Medical device regulations: Global overview and guiding principles*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241546187>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2622 de 2024: Por la cual se amplía el alcance de la herramienta tecnológica MIPRES*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=187654>



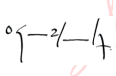





Arriaga, J. L., Hernández, G., Hernández, M. A., Gutiérrez, T., & Peñarrieta, M. I. (2023). Apoyo social y dependencia percibida en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. *Ciencia Latina*, 7(1), 3657-3673. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4681




Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *La sociedad del cuidado: Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47816-la-sociedad-del-cuidado-horizonte-para-una-recuperacion-sostenible-con-igualdad-de>

Bacca, A. L., Sabogal, J. E., & Arrivillaga, M. (2020). Análisis de la política pública de discapacidad en relación con los cuidadores. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.apdc>

Secretaría Distrital de la Mujer. (2020). *Bases técnicas del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá: Lineamientos técnicos y de gestión*. Alcaldía Mayor de Bogotá. <https://www.sdmujer.gov.co/>

ELABORADO POR:	Nombre y Cargo:	Visto Bueno:
	DECXY CHAPARRO ARAQUE Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades	 Firmado digitalmente por Decxy Yanibe Chaparro Araque
	LAURA STEPHANIA GONZÁLEZ SIERRA Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades	 Firmado digitalmente por Laura Stephania Gonzalez Sierra
JOSÉ MARTÍN MORALES TORRES Subdirección de Inclusión Social e Interseccionalidades	 Firmado digitalmente por Jose Martin Morales Torres	
REVISADO Y APROBADO POR:	MARITZA ISAZA GÓMEZ Dirección de Ciudadanías, Equidad y Salud	 Firmado digitalmente por Maritza Isaza Gomez
	INGRID TATIANA RODRÍGUEZ CORTÉS Coordinadora Grupo de Mujeres, género y diversidades sexuales	 Firmado digitalmente por Ingrid Tatiana Rodriguez Cortes
	ANA MILENA MONTES CRUZ Oficina de Calidad	 Firmado digitalmente por ANA MILENA MONTES CRUZ
	CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIÉGAS Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres	 Firmado digitalmente por Cesar Leonardo Picon Arciniegas
	TATIANA LEMUS PÉREZ Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención	 Firmado digitalmente por Tatiana Lemus P

	<p>LEIDY TATIANA AGUILAR RODRÍGUEZ Dirección de Atención Primaria en Salud</p>	 <p>Firmado digitalmente por Leidy Tatiana Aguilar Rodríguez</p>
	<p>CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud</p>	 <p>Firmado digitalmente por Claudia Marcela Vargas Peláez</p>
	<p>DANIEL FELIPE SOTO MEJÍA Dirección de Regulación de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones</p>	 <p>Firmado digitalmente por Daniel Felipe Soto Mejía</p>
	<p>JOHN EDISON BETANCUR ROMERO Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en salud</p>	 <p>Firmado digitalmente por John Edison Betancur Romero</p>
	<p>DIDIER ANIBAL BELTRÁN CADENA Dirección Estratégica de Tecnología de la Información</p>	 <p>Firmado digitalmente por Didier Beltran Cadena</p>