



CIRCULAR CONJUNTA N° 000021 DE 2026

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD (EAPB), Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD Y DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA Y MORTALIDAD INTEGRADA POR IRA, EDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS.

FECHA: 25 JUN 2026

La salud y el desarrollo infantil en Colombia son una prioridad del Estado, que se concretó en la Política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, en el Plan Nacional de Desarrollo "Colombia, potencia mundial de la vida 2022-2026", y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031, siendo en este último que se proyectó avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de modo que, en el PDSP se especifican las siguientes metas a alcanzar en el país con relación a los ODS: i) Reducir la Razón de Mortalidad Materna a 32 casos por 100.000 nacidos vivos, ii) Reducir la mortalidad perinatal a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos, iii) Reducir la mortalidad neonatal a 6 casos por cada 1.000 nacidos vivos, iv) Reducir la mortalidad infantil a 15,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, v) Reducir la mortalidad en menores de cinco años a 10,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos y vi) Reducir la mortalidad por desnutrición aguda a una tasa de 5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

En consonancia a estas prioridades nacionales de salud pública, desde el año 2022 el país hizo un llamado a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para acelerar las acciones estratégicas conforme a sus competencias y así cumplir con estas metas en un tiempo menor que el proyectado en los ODS.

El llamado a la acción que se concretó en el **Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna – PARE MM**¹, respaldado en la Resolución 3280 de 2018 y la Circular Externa 47 de 2022², e igualmente se concretó en el **Plan para la Reducción de la Mortalidad en Niñas y Niños en Primera Infancia**, expedido mediante la Circular Externa 022 del 2024³ por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las que además se reiteran las responsabilidades de los actores del SGSSS, en lo concerniente a la vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) de salud materna e infantil.

En particular, la Circular Externa 47 de 2022 establece directrices específicas para cada uno de los actores del sistema, frente a las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipales de salud y las EPS, Entidades adaptadas, regímenes especiales y de excepción, el literal m) de los numerales 1 y 2, y el literal q) del numeral 3 determina respectivamente: *"Garantizar el cumplimiento de los lineamientos y protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con la salud materna como mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos"*; respecto a las IPS, el literal o) del numeral 4 señala: *"o. Realizar el seguimiento a los casos de morbilidad materna extrema"* de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, la Circular Externa 22 del 2024 establece directrices específicas frente a las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal de salud, EPS, entidades adaptadas, EAPB e IPS para *"Garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales, protocolos de vigilancia en salud pública y el Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos relacionados con la salud infantil. Así mismo, revisar la información disponible en los tableros de control que permita conocer la situación epidemiológica actual de cada evento"*, y frente a los entes territoriales específicamente, se resalta la de *"Establecer acciones de mejora a cada integrante del SGSSS a partir de los hallazgos identificados en los tableros de problemas de las unidades de análisis y garantizar el seguimiento al cumplimiento de las mismas, teniendo en cuenta las fechas de cumplimiento y los medios de verificación concertados"*.

¹ Los territorios inicialmente priorizados en el plan concentraban 56 municipios que agrupan el 44% de la mortalidad materna y el 46% de las gestantes susceptibles de atender y correspondían a: i) Bogotá; ii) Valle del Cauca (Tuluá); iii) Cali; iv) Buenaventura; v) La Guajira (Riohacha; Barrancas; Dibulla; Fonseca; Maicao; Manaure; San Juan Del Cesar; Uribia; Villanueva); vi) Antioquia (Medellín; Apartadó; Bello; Caucasia; Chigorodó; El Bagre; Itagüí; Necoclí; Nechí; Turbo); vii) Norte de Santander (Cúcuta; El Tarra; Ocaña; Tibú; Villa Del Rosario); viii) Bolívar (Magangué; Mompós); ix) Cartagena; x) Magdalena (Aracataca; Ciénaga; El Banco; Fundación; Zona Bananera); xi) Santa Marta; xii) Atlántico (Soledad); xiii) Barranquilla; xiv) Chocó (Quibdó; Alto Baudó; El Litoral Del San Juan; Istmina; Riosucio); xv) Cauca (Popayán; Caldono; Páez; Santander De Quilichao; Silvia; Toribio); xvi) Nariño (Pasto; Barbacoas; El Charco; Ipiales; Olaya Herrera; San Andrés De Tumaco), luego en la semana epidemiológica 39 de 2022 se incluyeron los departamentos de Boyacá, Cesar y Córdoba; en consideración de razón de mortalidad materna y número de casos presentados. Ya para el año 2023 a semana epidemiológica 16 se amplió el plan a todo el territorio nacional, de manera que, desde abril de 2023 las 38 entidades territoriales departamentales y distritales realizan acciones concretas y efectivas en cada una de las seis líneas estratégicas del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE MM).

² Circular Externa 47 del 2022. "Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos con el propósito de reducir la mortalidad materna." Disponible en el enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2047%20de%202022.pdf

³ Circular Externa 22 del 2024. "Directrices Para La Intensificación Y Fortalecimiento De Las Acciones De Atención Integral En Salud De Niños Y Niñas Con El Propósito De Reducir La Mortalidad En Las Niñas Y Niños En Primera Infancia" Disponible en el enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2022%20de%202024.pdf

Lo anterior, en cumplimiento de la normatividad vigente y las directrices técnicas sobre el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 del 2016, específicamente en relación con la notificación, análisis, seguimiento y uso de la información en salud pública y en relación a las orientaciones de la acción en salud pública, los mecanismos de seguimiento, la evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia con base en la información generada por la vigilancia en salud pública, para la prevención y control de los problemas de salud de la población, que incluyen los procesos asociados a las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública y la definición de planes de mejoramiento con los actores relacionados.

Ahora bien, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el año 2023 fue de 46,9 casos por cada 100.000 nacidos vivos respecto al año 2022 de 48,5 casos por cada 100.000 nacidos vivos para una reducción del 3%, siendo esta la razón más baja de los últimos 5 años (2019, 2020, 2021, 2022, 2023)⁴, para el año 2024 la RMM fue de 45,6 casos por cada 100.000 nacidos vivos⁵ frente al 2023 se evidencia una reducción del 2,8% y frente al año 2022 una variación porcentual de reducción en la razón del 6%. Lo que sugiere progresos en la reducción del indicador a partir del 2022, año de implementación del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Igualmente, según las últimas estimaciones de mortalidad materna 2000 a 2023, para Colombia la tasa de reducción anual promedio de la RMM para el periodo del 2000 al 2023 fue solo del 2%, con una variación general de reducción de sólo el 37% en más de dos décadas (2000 - 2023) insuficiente para alcanzar el ODS 3.1.⁶ A su vez, indica magnos desafíos para cumplir la meta del Plan Decenal de Salud Pública y alinea un reto sin precedentes para salvaguardar la vida de las gestantes y las personas en capacidad de gestar.

Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal para el año 2023 fue de 6,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos, respecto al año 2022 de 7,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2023 la muerte durante los primeros siete días de vida representó el porcentaje más alto de mortalidad neonatal. Durante los últimos cinco años las principales causas de muerte en Colombia han sido prematuridad e inmadurez, asfixia y malformaciones congénitas. La mortalidad neonatal aporta el 62% del total de casos de la mortalidad infantil y el 49% de la mortalidad en niñez. De tal manera, Colombia presenta un comportamiento de descenso, pero debe continuar el llamado a realizar acciones urgentes, porque no hay progresos significativos en su reducción, comparando el histórico nacional del indicador de los últimos cinco años.⁷

⁴ Fuente: EEVV - DANE. Consulta cubo indicadores SISPRO realizada el 18 de marzo del 2025.

⁵ Para el año 2024: Fuente: EEVV - DANE. Consulta cubo indicadores SISPRO realizada el 19 de diciembre del 2025.

⁶ Tendencias de la mortalidad materna entre 2000 y 2023: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas/División de Población. Consulta en: <https://www.who.int/publications/item/9789240108462>

⁷ Fuente: EEVV DANE Datos preliminares año 2023. Consulta cubos indicadores SISPRO realizada el 19 de diciembre del 2025.

Con respecto a la mortalidad infantil, aunque las tasas nacionales han mostrado un descenso en el histórico de los últimos cinco años, persiste una amplia brecha frente a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. De acuerdo con cifras oficiales del DANE, en 2023 se reportaron: i) tasa de mortalidad perinatal 14,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos; ii) tasa de mortalidad neonatal 6,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos; iii) tasa de mortalidad en niñez 13,7 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años; iv) tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda 5,0 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años; v) tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda 10,8 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años y vi) tasa de mortalidad por desnutrición de 8,8 casos por cada 1.000 niños menores de 5 años.

La información para 2024 evidencia reducciones en todos los indicadores en comparación con el año anterior: i) la mortalidad perinatal descendió a 13,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-3,4% respecto a 2023); ii) la mortalidad neonatal a 6,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-2,7%); iii) la mortalidad en la niñez a 13,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos (-3,4%); iv) la mortalidad por enfermedad diarreica aguda a 4,47 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-10%); v) la mortalidad por infección respiratoria aguda a 8,55 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-20,4%); y vi) la mortalidad por desnutrición a 6,51 casos por cada 1.000 menores de 5 años (-25,8%)⁸. Aunque estas reducciones reflejan avances en la gestión de la salud pública, los progresos alcanzados aún resultan insuficientes para cerrar la brecha existente con las metas nacionales de salud infantil y de la niñez.

Considerando que en los planes para la reducción de la mortalidad materna y en la primera infancia incorporan de manera transversal la sexta línea estratégica, "*Fortalecer la gobernanza*", la cual insta a los actores al fortalecimiento de las acciones de estructuración, verificación, aprobación y seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis de muerte materna, perinatal y neonatal tardía, así como de la mortalidad integrada en menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y desnutrición aguda, en el marco de sus competencias, es menester emitir las directrices a nivel nacional para la implementación y seguimiento de estos planes de mejoramiento a nivel territorial.

En este contexto, se hace necesario señalar las funciones y responsabilidades de las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y los demás actores del sistema para concertar, ejecutar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las Unidades de Análisis de Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía, así como de la Vigilancia Integrada de la Mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y Desnutrición Aguda, dando estricto cumplimiento a las directrices, lineamientos técnicos y protocolos definidos por el Ministerio de Salud y

⁸ Fuente: EEVV - DANE. Consulta cubos indicadores SISPRO realizada el 19 de diciembre del 2025.

Protección Social y el Instituto Nacional de Salud con el fin de fortalecer la toma de decisiones y contribuir a la reducción de muertes evitables.

En virtud de lo anterior, en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social conferidas en el artículo 4° de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 42 de la Ley 715 del 2001; como ente rector del sector de salud; así como en el marco de las funciones establecidas para el Instituto Nacional de Salud en el artículo 4° del Decreto 4109 de 2011, e igualmente, según las funciones establecidas para la Superintendencia Nacional de Salud en el artículo 4° del Decreto 1080 de 2021, se imparten las directrices conjuntas entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para la implementación y el seguimiento de los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía y vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y desnutrición aguda, a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

DIRECTRICES

1. ENTIDADES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES.

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Liderar los procesos de convocatoria y coordinación de las unidades de análisis, asegurando la participación de todos los prestadores involucrados en la atención del caso, del asegurador, y el acompañamiento de un experto técnico en temas materno - perinatales y de primera infancia (ginecobstetra o pediatra) u otros especialistas que se requieran según la característica específica del caso. Asimismo, garantizar la participación de las dependencias de la entidad territorial con competencias en prestación de servicios, calidad, inspección y vigilancia, salud pública, aseguramiento, entre otras, con el fin de lograr la identificación integral de situaciones problema y hallazgos asociados a la muerte (tablero de problemas), que servirá como insumo para la elaboración de los planes de mejoramiento.
- c) Realizar las unidades de análisis de acuerdo con las responsabilidades y lineamientos definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis del Instituto Nacional de Salud que se encuentre vigente. El o los representantes que asistan al comité, deben tener la capacidad de tomar decisiones frente a la

- clasificación final de los casos e identificación de situaciones problema; asegurando el cumplimiento de todas las fases descritas frente a la metodología del proceso de unidad de análisis: i) Planeación: búsqueda activa de casos, búsqueda y recolección de fuentes de información y convocatoria; ii) Desarrollo: garantizar la participación de los actores involucrados, análisis de las fuentes de información en orden cronológico, clasificación del caso, ajustes de la cadena causal de ser requerido e identificación de características individuales y situaciones problemas relacionados con los servicios de salud (tablero de problemas) y descripción cualitativa del caso; iii) Divulgación de la información: realizar envío del acta a los asistentes y el consolidado de los tableros de problemas a los actores involucrados.
- d) Orientar las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de cada actor de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias de cada actor.
- e) Verificar la radicación de los planes de mejoramiento en un tiempo máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, para la consecuente aprobación de los planes de mejoramiento de cada una de las entidades involucradas, los cuales deben dar respuesta a las situaciones identificadas en el tablero de problemas y a las acciones de mejora preliminares que se incluyeron en el pre-plan.
- f) Validar que los planes de mejoramiento⁹ sean concordantes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis; incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (pre-plan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales¹⁰ se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.

⁹ El plan de mejoramiento debe incluir como mínimo: Encabezado con la fecha de suscripción del plan de mejoramiento, nombres de quienes elaboran el plan, nombres de los que evalúan el plan (entidad territorial departamental o distrital salud), descripción del hallazgo de la unidad de análisis; Acción de mejoramiento (Descripción de la acción de mejoramiento); Indicador; Responsable; Medio de verificación; Fecha de inicio; Fecha de finalización. El formato debe integrar: Numero del Radicado del plan de mejoramiento; Estado de la aprobación de la acción por parte de la entidad territorial departamental-distrital (Aprobado / No aprobado); Observaciones por "No aprobación"; Fecha de aprobación de la acción de mejoramiento; Fecha de seguimiento; Evaluación evidencias (según medio de verificación); Observaciones del seguimiento; Porcentaje de cumplimiento; Responsable del seguimiento; Fecha de ultimo seguimiento; Porcentaje de cumplimiento al cierre.

¹⁰ Acciones estructurales; aquellas que requieran entre otras reformas de infraestructura física, adquisición de tecnología biomédica de alta complejidad o cambios en el modelo de contratación.

- g) Notificar la aprobación o la no aprobación del plan de mejoramiento a la entidad involucrada (asegurador, prestador de servicios de salud, entidad territorial municipal), de la siguiente manera:
- i. En caso de la “*No aprobación*” indicar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas y otros a los que haya lugar, y asignar un plazo de diez (10) días hábiles para su nueva radicación ante la entidad territorial.
 - ii. La segunda verificación del plan de mejoramiento por parte de la entidad territorial debe darse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles posterior a la nueva radicación.
 - iii. De persistir la “*No aprobación*” del plan de mejoramiento, proceder de acuerdo con su competencia y a los procesos de inspección, vigilancia y control definidos por la entidad territorial.
 - iv. Estas notificaciones deben enviarse al responsable directo (asegurador, prestador de servicios de salud, entidad territorial municipal) registrado en la etapa de radicación del plan de mejoramiento.
- h) Establecer un proceso de seguimiento mensual documentado de los planes de mejoramiento que incluya procedimientos, herramientas y demás, que permita evaluar mediante la revisión documental o en sitio, el cumplimiento de las acciones establecidas, por cada una de las partes involucradas para subsanar los hallazgos. El proceso involucra las diferentes áreas de la entidad territorial de acuerdo con su estructura organizacional. Las áreas encargadas de la validación, seguimiento y retroalimentación de los Planes de Mejoramiento serán aquellas con competencias en el hallazgo identificado en la Unidad de Análisis.
- i) Notificar a la Superintendencia Nacional de Salud los incumplimientos reiterados identificados durante la aprobación y seguimiento a los planes de mejoramiento a cargo de las entidades de aseguramiento en salud, prestadores de servicios de salud y entidades territoriales municipales, allegando un informe de las acciones de inspección y vigilancia desarrolladas por la Entidad Territorial con la evidencia documental que los soporte.
- j) Realizar articulación sectorial e intersectorial para crear espacios y divulgar información de los tableros de problemas, como instrumento de toma de decisiones por parte de los actores involucrados según las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹¹

2. ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES.

¹¹ Documento técnico y operativo para la implementación y seguimiento de los planes de mejora derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal y mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/implem-segui-planer-mejora-mortalidad-materna-perinatal-neonatal-mortalidad-ira-eda-desnutricion-menor-5anos.pdf>

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Liderar o apoyar el proceso de convocatoria de las unidades de análisis según competencia,¹² asegurando la participación de todos los prestadores involucrados en la atención del caso, el acompañamiento de un experto técnico en temas materno- perinatales y de primera infancia (ginecobstetra o pediatra) u otros especialistas que se requieran según la característica específica del caso. Asimismo, garantizar la participación de las dependencias de la entidad territorial con competencias en prestación de servicios, calidad, inspección y vigilancia, salud pública, aseguramiento, entre otras, con el fin de lograr la identificación integral de situaciones problema y hallazgos asociados a la muerte (tablero de problemas), que servirá como insumo para la elaboración de los planes de mejoramiento.
- c) Realizar las unidades de análisis de acuerdo con las responsabilidades y lineamientos definidos en el Manual para la realización de unidades de análisis del Instituto Nacional de Salud que se encuentre vigente y según competencia.¹³ El o los representantes que asistan al comité, deben tener la capacidad de tomar decisiones frente a la clasificación final de los casos e identificación de situaciones problema; asegurando el cumplimiento de todas las fases descritas frente a la metodología del proceso de unidad de análisis: i) Planeación: Búsqueda activa de casos, búsqueda y recolección de fuentes de información y convocatoria; ii) Desarrollo: Garantizar la participación de los actores involucrados, análisis de las fuentes de información en orden cronológico, clasificación del caso, ajustes de la cadena causal de ser requerido e identificación de características individuales y situaciones problemas relacionados con los servicios de salud (tablero de problemas) y descripción cualitativa del caso; iii) Divulgación de la información: Realizar envío del acta a los asistentes y el consolidado de los tableros de problemas a los actores involucrados.
- d) Participar desde las áreas competentes en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de cada actor de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su

¹² Municipios de categoría 1, 2 y 3: Liderar. Municipios de categoría 4, 5 y 6: Apoyar.

¹³ Municipios de categoría 1, 2 y 3: Liderar. Municipios de categoría 4, 5 y 6: Apoyar.

implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias de cada actor.

- e) Estructurar el plan de mejoramiento¹⁴ cuando se identifiquen situaciones problema a nivel de la entidad territorial municipal de salud, teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social,¹⁵ este debe ser consecuente con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis; incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (pre-plan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.
- f) Radicar ante la secretaría de salud departamental el plan de mejoramiento en un tiempo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, con definición de acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental y en caso de "No aprobación" realizar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este proceso estará a cargo del responsable directo de la entidad que fue registrado en la etapa de radicación del plan.
- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental los resultados obtenidos incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.
- i) Apoyar los procesos de seguimiento mensual documentado de los planes de mejoramiento de los actores involucrados a nivel municipal según los tiempos

¹⁴ El plan de mejoramiento debe incluir como mínimo: Encabezado con la fecha de suscripción del plan de mejoramiento, nombres de quienes elaboran el plan, nombres de los que evalúan el plan (entidad territorial departamental o distrital salud), descripción del hallazgo de la unidad de análisis; Acción de mejoramiento (Descripción de la acción de mejoramiento); Indicador; Responsable; Medio de verificación; Fecha de inicio; Fecha de finalización. El formato debe integrar: Numero del Radicado del plan de mejoramiento; Estado de la aprobación de la acción por parte de la entidad territorial departamental-distrital (Aprobado / No aprobado); Observaciones por "No aprobación"; Fecha de aprobación de la acción de mejoramiento; Fecha de seguimiento; Evaluación evidencias (según medio de verificación); Observaciones del seguimiento; Porcentaje de cumplimiento; Responsable del seguimiento; Fecha de ultimo seguimiento; Porcentaje de cumplimiento al cierre.

¹⁵ Documento técnico y operativo para la implementación y seguimiento de los planes de mejora derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal y mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/implem-sequi-planes-mejora-mortalidad-materna-perinatal-neonatal-mortalidad-ira-eda-desnutricion-menor-5anos.pdf>

establecidos de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, y de acuerdo con las responsabilidades que se le hayan asignado por parte de la Entidad de Salud Departamental y los propios de su competencia. En este marco, deberá reportar los incumplimientos reiterados por parte de los actores involucrados a nivel municipal, a la Entidad Territorial Departamental de Salud.

- j) Realizar articulación sectorial e intersectorial para crear espacios y divulgar información de los tableros de problemas, como instrumento de toma de decisiones por parte de los actores involucrados según las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹⁶

3. ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD (EAPB): ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LOS RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN.

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Recopilar toda la bitácora de atenciones, así como la identificación de las diferentes instituciones involucradas en la atención del caso asegurando en conjunto con la entidad territorial la participación de todos actores involucrados en la atención, incluida la IPS primaria asignada al caso, así mismo debe validar: i) los periodos de afiliación y la continuidad, en caso de periodo sin afiliación (especificando los intervalos de tiempo y el motivo); ii) la pertenencia étnica o grupo poblacional especial iii) la pertenencia a una cohorte de riesgo¹⁷ (en caso de pertenecer a una cohorte de riesgo debe identificar en qué programa de

¹⁶ Documento técnico y operativo para la implementación y seguimiento de los planes de mejora derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal y mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/implem-segui-planer-mejora-mortalidad-materna-perinatal-neonatal-mortalidad-ira-eda-desnutricion-menor-5anos.pdf>

¹⁷ 1.1. Cohorte de riesgo en niñas y niños en primera infancia: i) recién nacidos prematuros y de bajo peso; h) niñas y niños en primera infancia de mayor riesgo de mortalidad, con especial atención a niñas y niños menores de 3 meses hijos(as) de madre con morbilidad materna extrema; con morbilidad neonatal extrema; así como niños y niñas con defectos congénitos mayores, antecedentes de hospitalización previa por complicaciones por IRA o EDA, desnutrición aguda moderada o severa (evento SIVIGILA 113) y mayores de 3 meses con patologías graves con riesgo de cronicidad, niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa, hospitalización previa en UCI pediátrica. 1.2. Cohorte de Gestantes: 1: Mayor de 35 años; 2: Alteraciones nutricionales; 3: Consulta a servicios de urgencias; 4: Hospitalización; 5: Laboratorios alterados; 6: Antecedente de preeclampsia; 7: Riesgo de preeclampsia; 8: Menos de cuatro controles prenatales mediando la semana gestacional 30; 9: Morbilidad Materna Extrema; 10: Riesgo de tromboembolismo; 11: Diagnóstico de enfermedad del colágeno; 12: Diagnóstico de algún tipo de cáncer; 13: Menor de 15 años. Y conforme a las actualizaciones del Anexo Técnico SGD126GEST emitidas por el MSPS. 1.3. Mujeres con riesgo reproductivo. 1.4. Cohorte de enfermedades de alto costo: Hemofilia, VIH, Cáncer, Enfermedad Renal Crónica y sus precursores (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus), Artritis Reumatoide. Y las demás definidas por norma.

seguimiento se encontraba); iv) lugar de residencia del caso; v) conformación del núcleo familiar del caso dentro del aseguramiento.

- c) Garantizar la participación en la unidad de análisis de todas dependencias de la entidad que permitan identificar las situaciones que, desde el aseguramiento, gestión del riesgo, prestación de los servicios de salud y el área calidad afectaron el cumplimiento de los hitos de la atención materno perinatal e infantil.
- d) Participar en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de la entidad de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias.
- e) Estructurar los planes de mejoramiento¹⁸ teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁹, estos deben ser consecuentes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis, incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (pre-plan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre.
- f) Radicar ante la secretaría de salud departamental o distrital los planes de mejoramiento en un tiempo máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, con definición de acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada con un tiempo de cumplimiento de tres (3) a seis (6) meses y máximo de un (1) año cuando se requieran acciones estructurales para poder realizar el cierre del plan.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental o Distrital y en caso de "No aprobación" realizar el ajuste

¹⁸ El plan de mejoramiento debe incluir como mínimo: Encabezado con la fecha de suscripción del plan de mejoramiento, nombres de quienes elaboran el plan, nombres de los que evalúan el plan (entidad territorial departamental o distrital salud), descripción del hallazgo de la unidad de análisis; Acción de mejoramiento (Descripción de la acción de mejoramiento); Indicador; Responsable; Medio de verificación; Fecha de inicio; Fecha de finalización. Este formato debe integrar: Numero del Radicado del plan de mejoramiento; Estado de la aprobación de la acción por parte de la entidad territorial departamental-distrital (Aprobado / No aprobado); Observaciones por "No aprobación"; Fecha de aprobación de la acción de mejoramiento; Fecha de seguimiento; Evaluación evidencias (según medio de verificación); Observaciones del seguimiento; Porcentaje de cumplimiento; Responsable del seguimiento; Fecha de ultimo seguimiento; Porcentaje de cumplimiento al cierre.

¹⁹ Documento técnico y operativo para la implementación y seguimiento de los planes de mejora derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal y mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/implem-sequi-planos-mejora-mortalidad-materna-perinatal-neonatal-mortalidad-ira-eda-desnutricion-menor-5anos.pdf>

conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este proceso estará a cargo del responsable directo de la entidad que fue registrado en la etapa de radicación del plan.

- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental o Distrital los resultados obtenidos del seguimiento incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.
- i) Responder de manera efectiva y oportuna a las consultas, requerimientos o procesos de retroalimentación relacionados con el plan de mejoramiento emitidos por las Entidades Territoriales de Salud Departamentales o Distritales.

4. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), PUBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS

- a) Realizar la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP) de acuerdo con lo descrito en los protocolos y lineamientos nacionales, garantizando el cumplimiento de la definición operativa de caso, las responsabilidades por niveles, la periodicidad del reporte y el flujo de información, así como el análisis de información y las acciones individuales y colectivas que corresponden a cada EISP.
- b) Asegurar una vez identificado un caso que cumpla con la definición operativa del evento: i) la notificación oportuna del evento en el aplicativo SIVIGILA; ii) gestión de la toma de muestras (en aquellos casos que esté indicado), y su envío oportuno a los Laboratorios de Salud Pública- LSP de las secretarías o del Instituto Nacional de Salud según se requiera; iii) validación del departamento de residencia del caso previo a su notificación; iv) diligenciar el certificado de defunción cuya estructura contempla no solo el evento asociado a la defunción, sino también las patologías crónicas de base en aquellos casos que lo ameriten, así como la identificación de variables de las Mujeres en Edad Fértil; v) iniciar y organizar en orden cronológico la recolección de los diferentes soportes de la atención, incluyendo resumen de las atenciones de la H.C, resultados de laboratorio, resultados preliminares de necropsias clínicas o médico legales, valoraciones realizadas por servicio social en aquellos casos que lo ameriten, entre otras. Y vi) presentar el resumen de las atenciones durante la unidad de análisis con los principales hallazgos de forma cronológica, disponer de los resultados de los laboratorios y pruebas específicas solicitadas durante la atención.

- c) Garantizar que en las unidades de análisis participen los profesionales idóneos (clínicos; incluyendo al profesional de medicina que atendió el caso o en su defecto que conozca el caso, y administrativos; epidemiólogo, área de calidad) con capacidad para analizar, evaluar la atención en salud y tomar decisiones.
- d) Participar en el ejercicio de orientación de las acciones prioritarias a incluir en el plan de mejoramiento de la entidad de manera inmediata (pre-plan), una vez se finalice la unidad de análisis con los actores involucrados en la misma, señalando la temporalidad que corresponde para su implementación en conformidad con la criticidad de la situación identificada, sin detrimento de las responsabilidades propias.
- e) Estructurar los planes de mejoramiento²⁰ teniendo en cuenta las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social²¹, estos deben ser consecuentes con los tableros de problemas que son construidos durante la unidad de análisis, incluyendo las acciones de mejora prioritarias definidas (pre-plan), las cuales deben ser concretas, inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada, con un plazo de tres (3) a seis (6) meses, y en caso de requerirse acciones estructurales se dará un plazo máximo de un (1) año para su cumplimiento y cierre; asegurando cambios sostenibles en el tiempo que inciden en la atención segura y de calidad de salud de las personas en periodo de gestación, parto y posparto, niños y niñas.
- f) Radicar ante la Entidad Territorial departamental o distrital los planes de mejoramiento en un tiempo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de desarrollo de la unidad de análisis, implementando las acciones inmediatas y mediatas de acuerdo con la criticidad de la situación identificada.
- g) Verificar el estado de aprobación del plan de mejoramiento que notifica la Entidad Territorial Departamental o Distrital y en caso de "No aprobación" realizar el ajuste conforme a los hallazgos del tablero de problemas, y radicar nuevamente en un plazo de diez (10) días hábiles, hasta la confirmación de su aprobación, este

²⁰ El plan de mejoramiento debe incluir como mínimo: Encabezado con la fecha de suscripción del plan de mejoramiento, nombres de quienes elaboran el plan, nombres de los que evalúan el plan (entidad territorial departamental o distrital salud), descripción del hallazgo de la unidad de análisis; Acción de mejoramiento (Descripción de la acción de mejoramiento); Indicador; Responsable; Medio de verificación; Fecha de inicio; Fecha de finalización. Este formato debe integrar: Numero del Radicado del plan de mejoramiento; Estado de la aprobación de la acción por parte de la entidad territorial departamental-distrital (Aprobado / No aprobado); Observaciones por "No aprobación"; Fecha de aprobación de la acción de mejoramiento; Fecha de seguimiento; Evaluación evidencias (según medio de verificación); Observaciones del seguimiento; Porcentaje de cumplimiento; Responsable del seguimiento; Fecha de ultimo seguimiento; Porcentaje de cumplimiento al cierre.

²¹ Documento técnico y operativo para la implementación y seguimiento de los planes de mejora derivados de las unidades de análisis de mortalidad materna, perinatal, neonatal y mortalidad integrada por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años, disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/implem-sequi-planos-mejora-mortalidad-materna-perinatal-neonatal-mortalidad-ira-eda-desnutricion-menor-5anos.pdf>

proceso estará a cargo del responsable directo de la institución que fue registrado en el proceso de radicación del plan.

- h) Gestionar la implementación de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, y reportar a la Entidad Territorial Departamental o Distrital los resultados obtenidos incluyendo los soportes que den estricto cumplimiento de las acciones ejecutadas, y conforme a las orientaciones y en los tiempos establecidos en la presente circular.
- i) Responder de manera efectiva y oportuna a las consultas, requerimientos o procesos de retroalimentación relacionados con el plan de mejoramiento emitidos por las entidades territoriales de salud departamentales o distritales y las EAPB.

5. ACTIVACIÓN DEL COMPONENTE DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

En el marco de las competencias constitucionales y legales asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente las previstas en las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y 1949 de 2019, así como en el Decreto 1080 de 2021 y demás normas concordantes, la Entidad podrá evaluar la procedencia de actuaciones administrativas cuando, reciba por parte de la entidad territorial el informe de incumplimientos reiterados en su proceso de seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis y se identifiquen situaciones que puedan comprometer la garantía del derecho fundamental a la salud.

La activación del componente de Inspección, Vigilancia y Control se realizará conforme a los principios de legalidad, debido proceso, proporcionalidad, razonabilidad y enfoque de riesgo, y en ningún caso implicará la creación de nuevas faltas, sanciones o tipologías diferentes a las previstas en el ordenamiento jurídico vigente.

5.1. Definición de “Incumplimiento Reiterado”

Se configurará incumplimiento reiterado cuando ocurra al menos una de las siguientes condiciones:

- Dos (2) ciclos consecutivos de seguimiento con resultado “No cumple” sin evidencia de avance del plan de mejoramiento.
- Segunda “No aprobación” del plan por parte de la Entidad Territorial Departamental o Distrital.
- Incumplimiento de acciones críticas de inmediato cumplimiento.
- Reincidencia en incumplimientos similares en el mismo asegurador dentro de doce (12) meses posteriores a la ocurrencia del caso.
- Incumplimiento del plan de mejoramiento al momento del cierre del seguimiento.

- Incumplimiento en la entrega del plan de mejoramiento por parte de las entidades territoriales municipales prestadores de servicios de salud y aseguradores después de la segunda solicitud.

5.2. Reporte de situaciones a la Superintendencia Nacional de Salud

Cuando las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales identifiquen situaciones que, en el marco de sus competencias, puedan constituir riesgo para la garantía del derecho a la salud, derivado de los planes de mejoramiento con incumplimiento reiterado por parte de los actores del sistema, podrán remitir informe técnico trimestral con la descripción del motivo, a la Superintendencia Nacional de Salud.

El informe deberá contener, como mínimo:

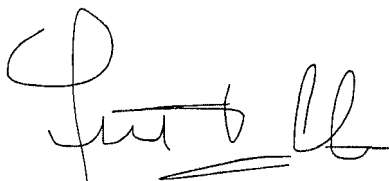
- Identificación del actor involucrado (nombre o razón social y NIT).
- Tipo de evento asociado (Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Desnutrición aguda).
- Fecha de realización de la Unidad de Análisis.
- Planes de mejoramiento incumplidos.
- Estado de cumplimiento y evidencia documental.
- Medidas administrativas adoptadas por la entidad territorial.
- Nivel de riesgo actual identificado para la población.

El envío de dicho informe no implica apertura automática de actuación administrativa, sino que permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de las funciones, evaluar, bajo criterios de riesgo y conforme a sus competencias legales, la pertinencia de adelantar actuaciones de inspección, vigilancia o control.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Bogotá D.C. a los,

25 JUN 2026




GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

000021

Salud


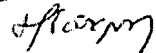
25 JUN 2026


DANIEL QUINTERO CALLE
Superintendente Nacional de Salud


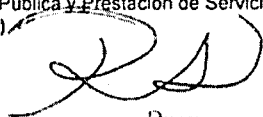

DIANA MARCELA PAVA GARZON
Directora del Instituto Nacional de Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Aprobó:





Tatiana Lemus Pérez, Directora de Promoción y Prevención 
Heriberto Vásquez Serna, Director de Epidemiología y Demografía 

Vo.Bo.





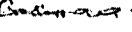
Jaime Hernán Urrego Rodríguez – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios 
Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E) 

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Aprobó:


Edilma Marlen Suárez Castro - Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud 
Jhonatan Estiven Villada Palacio -Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud 
Carolina Emilse Brijaldo Vega-Delegada para Prestadores de Servicios de Salud Ad hoc 
Jhovana Constanza Rojas Cardona -Directora Técnica Dirección de Innovación y Desarrollo (E) 

Vo.Bo.

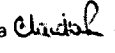
Edilma Marlen Suárez Castro - Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud 
Jhonatan Estiven Villada Palacio -Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud 
Carolina Emilse Brijaldo Vega-Delegada para Prestadores de Servicios de Salud Ad hoc 
Jhovana Constanza Rojas Cardona-Subdirectora de Metodologías e Instrumentos de Supervisión 
Gressy Karenly Rojas Cardona - Directora Jurídica 

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Aprobó:

Hernán Quijada Bonilla - Director de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública 

Vo.Bo.

Claudia Yaneth Rincón Acevedo - Subdirectora de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública 
Lina Yessenia Lozano Lesmes - Subdirectora de análisis del riesgo y respuesta inmediata 