

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

SENTENCIA T-083 DE 2026

Referencia: expediente T-11.491.689

Asunto: acción de tutela instaurada por *Lucía*, en representación de su hijo menor *Felipe*, en contra de Compensar EPS

Magistrado ponente:

Carlos Camargo Assis

Bogotá, D.C, quince (15) de abril de dos mil veintiséis (2026).

La Sala Segunda de Revisión de tutelas de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Juan Carlos Cortés González, Héctor Alfonso Carvajal Londoño y Carlos Camargo Assis, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA

Aclaración previa

En el presente asunto se hará referencia a la historia clínica e información relativa a la salud de un menor de edad. Por lo tanto, como medida de protección al derecho a la intimidad, el magistrado ponente emitirá dos versiones de esta providencia. Una, en la que se anonimizará el nombre del niño y de sus familiares, y será la versión que se dispondrá para el público, otra, que contendrá los datos reales, la cual formará parte del expediente para conocimiento exclusivo de las partes[1].

Síntesis de la decisión

La Sala Segunda de Revisión analizó una acción de tutela promovida en favor del niño *Felipe*, en la que se solicitó la protección de su derecho fundamental a la salud y a la vida digna ante la no realización del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico, a pesar de que se trata una prestación obligatoria prevista en el Programa de Tamizaje Neonatal.

En el caso objeto de análisis, el niño nació el 4 de abril de 2025 en el Hospital Universitario Mayor Méderi y, aunque en la historia clínica se consignó la recomendación de realizar el tamizaje metabólico neonatal básico, ni la institución que atendió el parto ni la EPS Compensar garantizaron su práctica dentro de la ventana de oportunidad clínicamente indicada. La madre indicó que, posteriormente, la EPS negó la práctica del tamizaje bajo el argumento de que el recién nacido se encontraba asintomático.

Inicialmente la Sala determinó que la acción de tutela era procedente porque se cumplieron los requisitos de legitimación en la causa por activa y por pasiva, se promovió la tutela dentro de un término razonable y la parte actora no contaba con otro medio de defensa judicial para reclamar la protección del derecho fundamental a la salud del niño.

Después, la Sala constató la configuración de una carencia actual de objeto por daño consumado, porque al momento en que se ejerció la acción de tutela ya había transcurrido la ventana clínicamente relevante para la práctica del tamizaje metabólico neonatal reclamado, de conformidad con el marco normativo y la naturaleza de este examen, de modo que resultaría ineficaz cualquier orden orientada a su realización.

Sin embargo, en atención a la dimensión objetiva del derecho fundamental a la salud y al interés superior del menor de edad, la Corte consideró necesario emitir un pronunciamiento de fondo con el fin de establecer las responsabilidades correspondientes y adoptar medidas dirigidas a evitar la repetición de las omisiones identificadas.

En cuanto al fondo del asunto, la Sala Segunda concluyó que el Hospital Universitario Mayor Méderi y la EPS Compensar vulneraron el derecho fundamental a la salud del niño *Felipe*, en su dimensión preventiva, al no garantizar la práctica integral y oportuna del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico dentro de la ventana clínica indicada, pese a tratarse de una prestación obligatoria dirigida a un sujeto de especial protección constitucional. La Sala reiteró que el derecho a la salud comprende una faceta preventiva que exige la activación de oficio del tamizaje al momento del nacimiento, sin supeditarla a la manifestación de síntomas, y que la sola recomendación médica aislada no satisface el estándar constitucional cuando no se acompaña de acciones efectivas para asegurar su realización.

Asimismo, la Corte precisó que el principio de progresividad en materia de salud no se puede

entender como una justificación para la inacción administrativa ni para la existencia de barreras de acceso frente a una intervención reconocida como obligatoria, preventiva y costo-efectiva. Si bien el Programa de Tamizaje Neonatal ha sido objeto de una implementación progresiva en términos normativos y financieros, ello no exime a las entidades del sistema de salud de garantizar su acceso efectivo dentro del porcentaje de cobertura ya financiado ni permite trasladar al recién nacido las fallas de gestión, articulación o información del sistema. En el caso concreto, la vulneración no obedeció a un límite propio de la progresividad, sino a deficiencias en la activación y gestión de la prestación.

En ese sentido, la Corte ordenó al Hospital Universitario Mayor Méderi adoptar, en un término determinado, un protocolo institucional obligatorio para la activación del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico en todos los nacimientos atendidos en la institución; garantizar que el personal informe de manera clara, suficiente y documentada a las madres sobre la finalidad preventiva del examen y la ventana de oportunidad para su realización; asegurar la remisión inmediata cuando no pueda activar el servicio y adelantar su parametrización dentro de los plazos fijados; y fortalecer la capacitación de su talento humano conforme a las Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026.

De igual forma, ordenó a Compensar EPS garantizar que los tamizajes neonatal básico, auditivo y visual se activen de oficio al momento del nacimiento de sus afiliados, sin exigir solicitud ni presencia de síntomas; asegurar que su red de prestadores cuente con la capacidad real y oportuna para la toma de la muestra dentro de la ventana clínica; y capacitar a su talento humano y prestadores sobre el carácter preventivo, obligatorio y automático de esta intervención.

Adicionalmente, la Sala exhortó al Ministerio de Salud y Protección Social a fortalecer las acciones de seguimiento, articulación interinstitucional y evaluación periódica del Programa de Tamizaje Neonatal, a reforzar las estrategias de divulgación dirigidas a EPS, IPS y planes adicionales o complementarios de salud. Asimismo, en articulación con el Ministerio de

Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus competencias en materia de sostenibilidad financiera del sistema de salud y en cumplimiento del principio de coordinación y colaboración, se le exhortó a acelerar la implementación del programa de modo que para la vigencia 2027 se alcance la cobertura financiada y operativa del 100% del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico. Finalmente, se exhortó a esta entidad a actualizar la Carta de Derechos de los afiliados y a promover campañas de difusión masiva que consoliden el entendimiento del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico como una prestación obligatoria que debe activarse de oficio al momento del nacimiento.

Igualmente, exhortó al Instituto Nacional de Salud a reforzar la coordinación técnica y el aseguramiento de la calidad de los laboratorios, así como a emitir recomendaciones orientadas a reducir los tiempos de reporte y mejorar el seguimiento de los casos positivos. También exhortó a la Superintendencia Nacional de Salud y a las secretarías de salud departamentales y distritales a intensificar las labores de inspección, vigilancia y control sobre la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal, verificando la capacidad instalada, los tiempos de toma y reporte de las pruebas y la articulación entre EPS e IPS.

Finalmente, la Corte ofició a la Procuraduría General de la Nación para que, en el ámbito de sus competencias constitucionales, acompañe el cumplimiento de las órdenes dictadas en el presente fallo.

I. ANTECEDENTES

1. La acción de tutela

1. La señora *Lucía*, actuando en representación de su hijo *Felipe*, de ocho meses de nacido,

interpuso una acción de tutela en contra de Compensar EPS, al considerar vulnerados los derechos fundamentales de su hijo a la salud y a la vida digna. Lo anterior, al estimar que la entidad negó la autorización del tamizaje metabólico neonatal, sin tener en cuenta que, conforme a la Ley 1980 de 2019, dicho examen es obligatorio.

2. Hechos[2]

2. La madre del niño afirmó que este nació el 4 de abril de 2025 y que en la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Méderi le recomendaron practicar el tamizaje metabólico neonatal[3] como parte de los cuidados perinatales fundamentales. Por esta razón, el 2 de mayo de 2025 acudió al pediatra adscrito a Coomeva Medicina Prepagada S.A., quien le ordenó dicho examen[4].
3. Señaló que el 9 de mayo de 2025 asistió con su hijo a una cita de pediatría en la IPS Asistir Salud, adscrita a la EPS Compensar. Allí le solicitó al médico tratante la autorización para realizar el tamizaje metabólico neonatal[5], conforme a lo previsto en la Ley 1980 de 2019[6]. Sin embargo, dicho profesional únicamente autorizó los tamizajes auditivo y visual, debido a que el tamizaje endocrino-metabólico neonatal no estaba cubierto por el Plan de Beneficios de Salud (en adelante PBS) y, en su criterio, “no sirve para nada”[7].
4. Ante la negativa, el 12 de junio de 2025 la accionante radicó una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud (rad. 20252100013995602), la cual fue trasladada a Compensar EPS. El 23 de julio de 2025, la EPS dio respuesta a la queja sin pronunciarse de fondo sobre la solicitud de autorización y práctica del tamizaje metabólico neonatal. En criterio de la actora, la respuesta de la EPS constituyó una negativa tácita inmotivada que impide el acceso a un examen obligatorio y esencial para garantizar el derecho a la salud de su hijo. Además, sostuvo que la entidad no ofreció una alternativa médica, lo que evidencia una omisión administrativa que afecta directamente el bienestar del menor de

edad.

5. En consecuencia, solicitó que se amparen los derechos fundamentales de su hijo a la salud y a la vida. Como consecuencia, pidió que se le ordene a Compensar EPS (i) autorizar y garantizar la práctica del tamizaje metabólico neonatal a favor de su hijo, conforme a la Ley 1980 de 2019 y demás normas vigentes; y (ii) adoptar las demás medidas necesarias para proteger los derechos fundamentales del niño.
6. En este punto, la Corte advierte que la orden médica aportada por la señora representante legal hace referencia al “tamizaje metabólico neonatal”, sin precisar si se trata de la modalidad básica o ampliada. No obstante, a partir de la historia clínica de nacimiento del niño *Felipe*, se constata que la solicitud se orienta al tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico. En efecto, en dicha historia clínica quedó consignada la recomendación de realizar el tamizaje neonatal básico por parte de la EPS y fue con fundamento en esa recomendación que el pediatra expidió la respectiva orden médica.

3. Trámite procesal

7. Mediante auto del 24 de julio de 2025, el Juzgado 002 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias de Bogotá avocó el conocimiento de la acción de tutela, vinculó al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Secretaría Distrital de Salud y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante Adres), y corrió traslado a la accionada y a las vinculadas para que ejercieran el derecho de defensa[8]. Asimismo, requirió a la actora para que remitiera copia de la historia clínica y de la orden médica del tamizaje metabólico neonatal. Posteriormente, a través de autos del 30 y 31 de julio de 2025, la misma autoridad judicial vinculó al trámite de tutela a Coomeva Medicina Prepagada, a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Méderi (en adelante Hospital Méderi) y a la IPS Asistir Salud[9].

4. Respuestas de la accionada y vinculadas[10]

8. *Compensar EPS* solicitó negar el amparo. Indicó que el 9 de mayo de 2025 el niño *Felipe* fue valorado por pediatría en la IPS Asistir Salud. En dicha cita el médico tratante ordenó los tamizajes auditivo y visual, los cuales fueron autorizados por la EPS. Añadió que no se evidenció orden médica para la realización del tamizaje metabólico ampliado[11]. Explicó que la Ley 1980 de 2019 establece que el tamizaje metabólico neonatal hace parte de la atención obligatoria para los recién nacidos y debe ser garantizado de forma progresiva. Preciso que este no se ha implementado completamente en el país y que su práctica depende de criterios clínicos como: prematuridad, bajo peso al nacer, antecedentes familiares o signos clínicos de alerta. En consecuencia, afirmó que la entidad ha actuado conforme a la normativa vigente[12].
9. *La Adres*, la *Secretaría Distrital de Salud* y la *Superintendencia Nacional de Salud* solicitaron su desvinculación del trámite por falta de legitimación en la causa por pasiva, al considerar que no se evidenciaban supuestos de hecho atribuibles a ellas, por lo que no puede deducirse la existencia de responsabilidad.[13].
10. *Coomewa Medicina Prepagada* indicó que ha cumplido con sus obligaciones contractuales. Sostuvo que el niño se encuentra vinculado a la entidad en calidad de contratante mediante contrato de prestación de servicios de salud No. 1067971 y está afiliado a la EPS Compensar. Señaló que el tamizaje metabólico neonatal está cubierto pero el contratante no tiene derecho aún a éste, pues solo lleva tres meses de vinculación y la cobertura aplica a partir del primer día del mes veinticinco.

11. *La Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Méderi* solicitó su desvinculación del trámite por falta de legitimación en la causa por pasiva. Realizó un recuento sobre la atención en salud a la accionante cuando ingresó a la institución por encontrarse en trabajo de parto. Explicó que el tamizaje metabólico neonatal fue ordenado por el especialista *David* de Coomeva Medicina Prepagada S.A. Agregó que esta institución no ofrece ese examen ni servicios de pediatría, por lo que le corresponde a Compensar EPS orientar al usuario hacia una IPS de su red que cuente con dicha oferta.

5. Sentencia objeto de revisión

12. En sentencia del 4 de agosto de 2025, el Juzgado 002 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias negó el amparo solicitado. Indicó que la EPS actuó conforme a la normativa, ya que la decisión de no ordenar el tamizaje metabólico obedeció al criterio médico autónomo y justificado, dado que el recién nacido fue valorado sin signos clínicos relevantes ni factores de riesgo asociados. Agregó que la accionante no aportó una orden médica de Compensar EPS, sino una expedida por Coomeva Medicina Prepagada, y que no es posible ordenar un procedimiento que requiere criterios médicos especializados[14].

6. Pruebas que obran en el expediente

13. En el expediente obran las siguientes pruebas: (i) la cédula de ciudadanía de *Lucía* [15]; (ii) el registro civil de nacimiento de *Felipe* [16]; (iii) la respuesta a la queja presentada en contra de Compensar EPS del 23 de julio de 2025[17]; (iv) la orden médica de Coomeva Medicina Prepagada S.A.[18]; y (v) la historia clínica *Felipe* [19].

7. Trámite ante la Corte Constitucional

14. Mediante auto del 31 de octubre de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Diez seleccionó el expediente para su revisión. Según el sorteo realizado, el asunto se repartió a este despacho para su trámite y fallo.
15. Mediante auto del 15 de diciembre de 2025[20], el magistrado ponente decretó pruebas tendientes a obtener información relacionada, entre otras cosas, con: (i) la situación actual de salud del menor de edad, el diagnóstico y la atención médica que ha recibido desde su nacimiento; (ii) los términos y condiciones del contrato celebrado entre la parte actora y Coomeva Medicina Prepagada S.A.; y (iii) el estado actual de implementación del Programa de Tamizaje Neonatal en el país, de conformidad con la Ley 1980 de 2019 y la Resolución No. 207 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. Asimismo, se vinculó al Instituto Nacional de Salud, dado que, de conformidad con el artículo 4 de la Ley 1980 de 2019, este actúa como centro nacional coordinador del tamizaje neonatal.
16. En virtud de este decreto probatorio se recibieron las siguientes intervenciones de los sujetos procesales:

Tabla 1. Respuestas en sede de revisión de las partes y vinculadas

Interviniente	Contenido de la intervención
---------------	------------------------------

Por medio de escrito del 23 de diciembre de 2025, el INS señaló que:

- (i) En su calidad de Centro Nacional Coordinador del Tamizaje Neonatal, ha desarrollado acciones orientadas a articular la red de laboratorios que realizan este tipo de pruebas. Entre ellas, a través del Laboratorio Nacional de Referencia en Genética y Crónicas, produce el Programa de Evaluación del Desempeño en Tamizaje Neonatal (PEEDDTZN) que da alcance al parámetro de hormona estimulante de la tiroides (TSH) en sangre seca y se ha implementado desde hace más de 24 años;
- (ii) Por intermedio del Laboratorio Nacional de Referencia en Genética y Crónicas ha fortalecido sus competencias en las metodologías que hacen parte del programa de tamizaje neonatal básico, en atención al principio de progresividad establecido en la Ley 1980 de 2019, como eje estratégico para la supervisión y el fortalecimiento de capacidades de los laboratorios;
- (iii) El INS cuenta con acreditación otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC) para tres metodologías que hacen parte del tamizaje neonatal básico (TSH, fenilalanina y galactosa total en sangre seca);
- (iv) Asimismo, a través del Laboratorio Nacional de Referencia en Genética y Crónicas, el INS fortaleció la supervisión a los laboratorios de salud pública mediante la creación, en 2022, del Repositorio de Tamizaje Neonatal, que permite hacer seguimiento a la información del programa básico, y generar datos sobre cobertura e indicadores del programa; y
- (v) Finalmente, el INS ha desarrollado acciones de difusión y articulación interinstitucional mediante informes y participación en mesas de trabajo con el Ministerio de Salud, orientadas a fortalecer el Programa de Tamizaje Neonatal.

Mediante correo del 24 de diciembre de 2025, la señora *Lucía* informó lo siguiente:

- (i) **Sobre la situación actual de salud del niño:** el niño ha presentado síntomas gastrointestinales persistentes que han requerido atención médica. Fue atendido en urgencias y posteriormente valorado por gastroenterología pediátrica, donde se diagnosticó enfermedad por reflujo gastroesofágico y se planteó la sospecha de alergia alimentaria, incluida posible alergia a la proteína de la leche de vaca. Actualmente, continúa en estudio y seguimiento médico.
- (ii) **Sobre el plan de medicina prepagada:** desde el 26 de abril de 2025 el niño figura como contratante del plan Plata Prime con Coomeva Medicina Prepagada. Señaló que no solicitó ante esta entidad la realización del tamizaje neonatal, toda vez que entendía que este es un examen obligatorio dentro del PBS cuya realización y cobertura se encuentra a cargo de la EPS.
- (iii) **Sobre las gestiones adelantadas ante Compensar EPS:** en la primera consulta de control pediátrico en la IPS Asistir Salud, solicitó la realización del tamizaje metabólico neonatal, conforme a la Ley 1980 de 2019, y presentó la orden médica expedida el 2 de mayo de 2025 por el pediatra de medicina prepagada. No obstante, el médico de la EPS le indicó que el examen no estaba cubierto por el PBS y que no era clínicamente relevante por no presentar síntomas.
- (iv) **Indicaciones del pediatra David de Coomeva Medicina Prepagada:** el 2 de mayo de 2025, este médico expidió orden para la realización del tamizaje metabólico neonatal y le explicó que se trata de un examen preventivo esencial, orientado a la detección temprana de enfermedades metabólicas y congénitas que pueden no manifestar síntomas en las primeras etapas de vida[23].

En escrito del 2 de enero de 2026, la EPS Compensar dio respuesta al requerimiento en los siguientes términos:

(i) Indicó que la IPS Méderi informó que el niño nació el 4 de abril de 2025, por cesárea a término y recibió atención por neonatología, donde mostró adaptación neonatal normal. Se le realizó un examen físico completo sin hallazgos patológicos, así como los tamizajes y valoraciones clínicas correspondientes;

(ii) Señaló que se realizó el tamizaje visual al momento del nacimiento en el Hospital Méderi y fue revalorado en consultas pediátricas posteriores en la IPS Asistir Salud, sin alteraciones. Sobre el tamizaje auditivo explicó que fue realizado el 25 de junio de 2025;

(iii) Agregó que el niño *Felipe* fue valorado por pediatría en la IPS Asistir Salud el 9 de mayo de 2025, sin hallazgos clínicos anormales. Por esto, el médico ordenó únicamente los tamizajes auditivo y visual, los cuales fueron autorizados por la EPS. Indicó que no existió orden médica para el tamizaje neonatal ampliado, el cual no puede ser autorizado por la EPS sin prescripción del profesional tratante. Conforme a la Ley 1980 de 2019 y la reglamentación vigente, el tamizaje ampliado no es de realización automática ni universal.

En consecuencia, indicó que no hubo una negativa arbitraria por parte de Compensar EPS ni de Asistir Salud IPS.

El 24 de diciembre de 2025, la IPS Asistir Salud remitió la historia clínica del menor de edad. Asimismo, informó que el nacimiento del niño tuvo lugar en el Hospital Méderi y que en la IPS Asistir Salud realizaron lo siguiente:

(i) El 30 de abril de 2025 el niño acudió a consulta con el pediatra, quien registró que se trataba de un menor de 27 días de nacido. En dicha atención, el médico le realizó un examen físico y toma de signos vitales, con resultados normales.

(ii) El 9 de mayo de 2025, la madre del menor de edad asistió con el niño a consulta de pediatría y solicitó la realización del tamizaje. El pediatra dejó constancia de que el paciente se encontraba asintomático, con lactancia materna exclusiva, esquema de inmunización al día y nacimiento a término, y dispuso la transcripción de la orden para tamizaje visual y auditivo.

(iii) Indicó que se ordenó el tamizaje visual y auditivo conforme a la Resolución 3280 de 2018. Preciso que el parto fue atendido en el Hospital Méderi y, como en las consultas de pediatría posteriores, el niño fue valorado como sano y sin antecedentes relevantes, no cumplía criterios para la realización tamizaje ampliado.

(iv) Con base en lo anterior, preciso que el tamizaje neonatal no se limita a la práctica de paraclínicos, sino que incluye la valoración clínica desde el nacimiento; de manera que la tamización neonatal básica y la prueba de TSH deben verificarse con el Hospital Méderi, donde se atendió el parto.

Explicó que el 4 de abril de 2025 ingresó al Hospital Universitario Mayor Méderi la paciente de 29 años con embarazo a término de 39 semanas en trabajo de parto y se realizó la cesárea. El recién nacido fue atendido por neonatología sin identificación de factores de riesgo clínicos.

Señaló que durante la hospitalización se practicaron los siguientes exámenes y tamizajes: TSH neonatal tomada de sangre de cordón umbilical; tamizaje para cardiopatía congénita a las 24 horas; tamizaje para displasia de caderas; tamizaje visual; bilirrubina percutánea; hemoclasificación materna B positivo y del recién nacido AB positivo, sin incompatibilidad. Se dejó orden de tamizaje auditivo para realizar en la EPS en el primer mes de vida y se recomendó el tamizaje metabólico básico neonatal por la EPS. El recién nacido fue dado de alta sin complicaciones y reevaluado a las 72 horas con evolución adecuada.

Coomeva
Medicina
Prepagada
S.A.[27]

El 24 de diciembre de 2025, Coomeva Medicina Prepagada remitió la historia clínica completa de *Felipe* y el contrato de prestación de servicios de salud No. 1067971 suscrito entre las partes. Adicionalmente, explicó que el tamizaje se encuentra previsto en el contrato suscrito. Sin embargo, al momento de la interposición de la acción de tutela, el niño no cumplía el periodo de carencia exigido, pues solo llevaba tres meses afiliado a la entidad. Señaló que la cobertura para trastornos congénitos y genéticos se otorga a partir del primer día del vigésimo quinto mes de vigencia ininterrumpida del contrato, contado desde la fecha de ingreso al programa Plata Prime Familiar, que en este caso fue el 26 de abril de 2025. Señaló que el periodo de carencia solo aplica a los usuarios afiliados y no a sus representantes legales.

Finalmente, precisó que no hay evidencia de alguna solicitud para la realización del tamizaje metabólico neonatal referido por la señora *Lucía* a favor del menor de edad. Al validar la historia clínica, se observa que en consulta con el pediatra *David* la madre del niño mencionó tamizaje metabólico pendiente, esta anotación la realiza con base en la historia clínica de egreso del parto emitida por la IPS Méderi, atención cubierta por la EPS del niño.

Superintendencia
Nacional de
Salud[28]

El 15 de enero de 2026, la Superintendencia Nacional de Salud dio respuesta al auto de pruebas e informó lo siguiente:

- (i) La Delegatura para la Protección al Usuario verificó la existencia de una PQR relacionada con los hechos del caso y la trasladó a la EPS para su gestión. En ejercicio de sus funciones, exhortó a la EPS a garantizar de manera inmediata la prestación del servicio de tamizaje metabólico neonatal. Indicó que realiza el seguimiento a posibles barreras en la prestación del servicio.
- (ii) La Delegatura para Entidades Territoriales informó que no ha recibido denuncias ni quejas contra las secretarías de salud por la falta, negación o retraso en la práctica del tamizaje neonatal;
- (iii) La orientación a las autoridades territoriales se impartió mediante la Circular Externa 2025151000000005-5 de 2025 y la Guía GAUDI V5, que definen roles y criterios de auditoría para verificar el cumplimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud, incluida la realización del tamizaje neonatal (TSH);
- (iv) Finalmente, informó que el cumplimiento del tamizaje neonatal se verifica mediante procesos de auditoría y que las decisiones y medidas de inspección, vigilancia y control se adoptan una vez concluyan dichos procesos auditores.

Tabla 2. Conceptos de universidades y organizaciones

Interviniente	Contenido de la intervención
---------------	------------------------------

El 13 de enero de 2026, ASCON dio respuesta al auto de pruebas en los siguientes términos:

(i) Diferencia entre el tamizaje neonatal básico y el ampliado: explicó que el tamizaje neonatal es una estrategia de salud pública orientada a la identificación temprana de recién nacidos con sospecha de enfermedades graves susceptibles de tratamiento, con el fin de reducir la morbilidad, las secuelas irreversibles y la mortalidad temprana. En Colombia comprende los tamizajes visual, auditivo, de cardiopatías y endocrino-metabólico. Este último se clasifica en básico, que permite sospechar patologías como hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, hemoglobinopatías, fibrosis quística, déficit de biotinidasa e hiperplasia suprarrenal congénita, y ampliado, que incluye además acidurias orgánicas, defectos de beta oxidación y aminoacidopatías. Las pruebas de tamizaje identifican resultados fuera de los rangos de referencia que, analizados junto con la historia clínica y el examen físico, requieren pruebas confirmatorias.

(ii) Impacto en la salud pública y en la vida futura de los niños: sobre este punto señaló que la detección temprana de casos sospechosos de enfermedad a partir de las pruebas de tamizaje neonatal, que para Colombia incluye algunas patologías endocrino-metabólicas, genéticas, cardíacas y sensoriales tiene impacto ampliamente demostrado tanto a nivel individual como poblacional, que incluyen:

1. Aumento de morbilidad y mortalidad infantil:

- a. Las enfermedades descritas no detectadas a tiempo pueden causar crisis metabólica graves, daño neurológico irreversible, pérdida de la función de órgano para los casos del tamizaje visual y auditivo, muerte neonatal e infantil evitable.
- b. El tamizaje permite identificar casos sospechosos de enfermedad que, a través de pruebas complementarias, pueden contar con una confirmación diagnóstica en una etapa presintomática, cuando aún no existe compromiso de órgano blanco o multisistémico.
- c. De forma paralela, se disminuye el riesgo de discapacidad cognitiva, motora y sensorial que puede presentarse en las enfermedades incluidas.
- d. El tratamiento tardío no revierte el daño ya establecido.

2. Incremento de los costos del sistema de salud:

- a. La atención tardía implica requerimiento de atención en unidad de cuidado intensivo tras manifestaciones agudas de las enfermedades estudiadas, hospitalizaciones prolongadas, requerimiento de pruebas diagnósticas frente al desconocimiento de la presencia de enfermedad, tratamientos complejos y de alto costo, así como necesidad de intervenciones de rehabilitación a largo plazo.
- b. Los estudios de economía en salud respaldan el tamizaje neonatal como una de las intervenciones más costo – efectivas en salud pública.
- c. Al invertir en tamizaje neonatal, se reduce el costo derivado de las secuelas y complicaciones de la enfermedad no detectada oportunamente, incluyendo aspectos como dispositivos para la movilidad, terapias, rehabilitación, necesidad de trasplante de órgano afectado o terapias de alto costo.

3. Aspectos sociales:

- a. El tamizaje neonatal constituye la primera etapa de la identificación de enfermedades que cuentan con opción de intervención y con esto se busca mejorar las condiciones de vida del paciente afectado y de su familia.
- b. Niños con discapacidad neurológica, auditiva o motora prevenible requieren servicios de educación especial, apoyo social y sanitario continuo, lo cual impacta en el sistema de salud, educativo y social.
- c. Al lograr la identificación de la enfermedad en etapa neonatal, se mejora la expectativa de vida y la posibilidad de tener un desarrollo en comunidad apropiado, que le permite al paciente contar con inclusión en las diferentes esferas académicas, laborales y sociales.
- d. Al contar con la opción de identificación temprana de la población afectada por las enfermedades descritas y al reducir el riesgo de complicaciones, se disminuye el riesgo de requerir un cuidador permanente, que en su mayoría corresponde a los padres, y esto promueve la continuidad de su actividad laboral.
- e. Las familias que cuentan con identificación temprana de enfermedad en sus hijos tienen un mejor abordaje desde el punto de vista emocional. El diagnóstico tardío genera culpa, angustia, duelo, estrés y desgaste emocional.

4. Desde el punto de vista de salud pública:

- a. Al contar con un programa de tamizaje neonatal se puede conocer el comportamiento epidemiológico de las enfermedades en el país y, con ello, crear estrategias de prevención, inclusión de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento.
- b. A través de la identificación temprana se promueve la asesoría genética para educar a la población afectada y favorecer la toma de decisiones relacionadas con el deseo reproductivo futuro.
- c. Al incluir estrategias de tamizaje, se invierte en promoción de la salud y prevención de secuelas.
- d. El tamizaje neonatal reduce las brechas sociales y sanitarias.

5. Consideraciones bioéticas:

- a. No realizar el tamizaje oportuno vulnera el derecho del niño a la salud y el principio del interés superior de los infantes.
- b. El tamizaje neonatal consolida un bien individual en un momento considerado como una ventana crítica y única de diagnóstico.
- c. Respalda el principio de justicia a través de la distribución equitativa de recursos, beneficencia con la universalidad de las intervenciones y no maleficencia al ofertar una intervención preventiva efectiva.

(iii) Criterios científicos y de costo-efectividad para definir el alcance del tamizaje neonatal en Colombia y estándares internacionales de referencia: la base clásica usada globalmente, citada en la normatividad colombiana, corresponde a los criterios de Wilson y Jungner, que siguen siendo el punto de partida para decidir qué enfermedades deben incluirse en programas de tamizaje. Los criterios principales son: (i) la enfermedad debe ser clínicamente significativa; (ii) debe existir un tratamiento que modifique el curso de la enfermedad; (iii) conocimiento de la historia natural de la enfermedad, desde la etapa presintomática; (iv) la prueba de tamizaje debe ser aceptable, sensible, específica y segura; y (v) debe existir capacidad de confirmación diagnóstica y seguimiento clínico.

Finalmente, precisó los criterios de costo-efectividad: comparación entre el costo del tamizaje y el costo de la atención tardía; años de vida ajustados por calidad ganados; reducción de gastos en hospitalización, discapacidad y dependencia a largo plazo; viabilidad progresiva según capacidad del sistema de salud. La evidencia internacional demuestra que, aunque el tamizaje implica una inversión inicial mayor, resulta costo-efectivo e incluso costo-ahorrativo a mediano y largo plazo. Los estándares y referencias internacionales[30] coinciden en que los programas de tamizaje neonatal deben ser dinámicos, con actualizaciones periódicas basadas en nueva evidencia científica, avances tecnológicos y análisis de impacto en salud pública.

El 23 de enero de 2025 la ACMGen allegó escrito en el cual explicó lo siguiente:

(i) Desde la Asociación se busca esclarecer las dinámicas bajo las cuales se desarrolla el programa de tamizaje neonatal nacional. Para esto se debe partir del contexto normativo que incluye la Ley 1980 de 2019, la Resolución 3280 de 2018 y la Resolución 207 de 2024. En esta última se incorporó la línea de tamizaje endocrino metabólico y estipuló que la población objeto de tamizaje neonatal incluye a “todos los recién nacidos en el territorio colombiano”.

(ii) La Ley 1980 de 2019 define expresamente el tamizaje neonatal básico como aquel que incluye pruebas para hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa o defectos de la hemoglobina. Asimismo, define el ampliado como el que adiciona pruebas diagnósticas para enfermedades de aminoácidos, ácidos orgánicos y desórdenes de la betaoxidación de los ácidos grasos. Explicó que la principal diferencia entre el tamizaje neonatal básico y el ampliado radica en el número de patologías a ser estudiadas. Esto se traduce en diferentes requerimientos tecnológicos, logísticos, económicos y clínicos, ya que realizar un tamizaje ampliado implica un mayor esfuerzo por parte de los actores participantes. En este punto se debe tener en cuenta el criterio de progresividad, con el fin de que el tamizaje sea el adecuado y que se lleve a cabo de manera que favorezca la detección temprana, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, el seguimiento, el fortalecimiento de redes de servicios de salud y la vigilancia en salud pública.

(iii) El valor del tamizaje como estrategia de salud pública radica en la detección temprana de condiciones graves y tratables en una ventana presintomática (el recién nacido será asintomático hasta que haya un daño, generalmente irreversible o con secuelas permanentes). Asimismo, su principal objetivo es la reducción de la morbimortalidad evitable en la infancia, lo que depende de manera crítica en la ventana de oportunidad en la que este se realiza, comprendiendo procesos como la toma de muestra, procesamiento, reporte, re-llamado, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento. Además, cuando el tamizaje no se realiza se pierde la ventana de oportunidad para una intervención temprana. Esto se traduce en un aumento en la probabilidad de presentar desenlaces irreversibles, descompensaciones agudas, hospitalizaciones, discapacidad, mayores costos sanitarios y sociales e, incluso, la muerte. Es importante aclarar que los desenlaces negativos pueden variar dependiendo de la patología. Por tanto, no es posible condicionar la realización de una prueba de tamizaje a la presencia o ausencia de síntomas y signos clínicos, puesto que es precisamente en el período presintomático en donde se presenta la ventana de oportunidad clave para realizar el tamizaje.

(iv) Otro elemento fundamental para tener en cuenta a la hora de estructurar un programa de tamizaje radica en la costo-efectividad del examen. Esta ha sido descrita en la literatura médica en contextos similares al colombiano. Sin embargo, esto también depende de la participación, ejecución y voluntad de los diferentes actores involucrados en el programa. Con base en esto último, es importante considerar que la forma de estructurar un programa de tamizaje puede variar entre diferentes países, aunque algunos elementos resultan transversales al éxito de cualquier programa, por ejemplo: los índices y metas claras, que permitan monitorear la eficacia del programa y si este está teniendo el impacto deseado en la salud de la población. Indicó que en el caso de Colombia se cuenta con documentos técnicos operativos y anexos, como la Resolución 207 de 2024, que orientan la forma en la que se debe realizar el tamizaje, los criterios para considerar un resultado como positivo o negativo y los pasos a seguir una vez se toman las muestras. Para una adecuada ejecución es fundamental reconocer que, si se amplía el panel de patologías objeto de tamizaje, sin asegurar confirmación y tratamiento oportunos, aumenta el riesgo de daños, por lo que la ampliación debe evaluarse como política pública integral.

17. Debido a que el Ministerio de Salud y Protección Social no dio respuesta al auto de pruebas dentro del término concedido, por medio de auto del 3 de febrero de 2026[32] se requirió nuevamente a esta entidad para que brindara respuesta a los cuestionamientos planteados acerca de la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal.

Tabla 3. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social

Interviniente	Contenido de la intervención
---------------	------------------------------

Por medio de escrito del 12 de febrero de 2026, el Ministerio dio respuesta al auto de requerimiento en los siguientes términos:

(i) En cumplimiento de la Ley 1980 de 2019, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 207 de 2024, que adoptó los lineamientos técnicos y operativos del Programa de Tamizaje Neonatal y definió la progresividad como la incorporación gradual de nuevas patologías y tecnologías financiadas con cargo a la UPC, bajo criterios de sostenibilidad y análisis técnico. Las atenciones de las cuatro líneas del tamizaje (visual, auditivo, cardiopatías congénitas y endocrino-metabólico (hipotiroidismo congénito)) se enmarcan en la Resolución 3280 de 2018[34]. Posteriormente, la Resolución 2764 de 2025[35] estableció la garantía progresiva, obligatoria y gratuita del tamizaje neonatal básico, y se fijó una meta de cobertura del 65% para 2025 y del 79% para 2026. A su vez, la Resolución 2717 de 2024 incorporó al financiamiento con recursos de la UPC el tamizaje neonatal básico (fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, déficit de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita y defectos de la hemoglobina) para la vigencia 2025, y la Resolución 117 de 2026 complementó su implementación.

(ii) En materia de seguimiento y evaluación, la Resolución 207 de 2024 dispuso como fuentes oficiales el SIVIGILA, el registro de enfermedades huérfanas, los RIPS y demás sistemas de información sectorial. Además, se mantiene articulación permanente entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud para evaluar resultados en las cuatro líneas del tamizaje. Entre los principales hallazgos se destacan brechas en la cobertura del tamizaje auditivo por desconocimiento normativo y limitaciones tecnológicas; y la identificación de la red de laboratorios y prestadores que garantizan la toma y procesamiento de muestras, con el fin de fortalecer la atención integral en salud del recién nacido en el país.

(iii) En relación con las líneas de tamizaje neonatal visual, auditivo, cardiopatías congénitas complejas y TSH neonatal, la Dirección de Promoción y Prevención lidera el seguimiento a la implementación de la Resolución 3280 de 2018 en todas las entidades territoriales, mediante asistencias técnicas y articulación con direcciones del Ministerio, Secretarías de Salud, EPS y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

(iv) Frente a la inclusión de las seis nuevas patologías de la línea endocrino-metabólica, se aplica un enfoque de progresividad gradual para garantizar capacidades y recursos en todo el país. El Ministerio ha desarrollado asistencias técnicas virtuales y en el segundo semestre de 2025 actualizó la Herramienta Clínica de Primera Infancia[36]. Asimismo, socializó las disposiciones de la Resolución 117 de 2026 con entidades territoriales y EPS, y articuló con el Instituto Nacional de Salud la definición de responsabilidades para el procesamiento, diagnóstico y reporte de las pruebas del tamizaje endocrino metabólico básico.

(v) Afirmó que, de acuerdo con el Informe Técnico del Repositorio de Tamizaje Neonatal 2024 del INS, son 16 laboratorios que realizan pruebas de tamizaje neonatal diferentes a TSH, realizándose para el año 2024 291.381 pruebas de tamizaje neonatal básico, en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.

(vi) Se han identificado retos importantes en la gestión del programa, específicamente en la coordinación interinstitucional, ya que el Programa de Tamizaje Neonatal aborda la identificación antenatal de riesgos en el recién nacido, la toma del tamizaje neonatal en sus cuatro líneas en los tiempos definidos por normatividad, el reconocimiento de los resultados tanto positivos como negativos por parte de la IPS donde se toma la muestra, la EPS del recién nacido y el laboratorio, donde se debe garantizar de manera articulada que estos tres actores se contacten con la familia para darle a conocer el resultado y el paso siguiente en la atención en salud para el recién nacido. Otro gran reto es que todos los actores del SGSSS reconozcan la red de atención para el tamizaje neonatal en todas sus líneas, ya que en todas las entidades territoriales no se ofertan las tecnologías del tamizaje o cuentan con laboratorios que procesan las muestras de tamizaje endocrino metabólico básico. Es por ello que las EPS en articulación con sus IPS deben establecer la ruta para garantizar la toma de los tamizajes, el reporte de resultados, la notificación a la familia y la atención integral que requiera el recién nacido.

(vii) Señaló que los costos del tamizaje neonatal básico fueron incorporados en la UPC desde 2025, con base en estudios técnicos que consideraron tecnologías, frecuencias, población objetivo y análisis de mercado; para 2025 se estimó un costo total aproximado de \$39.843.345 millones (a precios 2023), financiado con recursos ordinarios del sistema. La cobertura aumentó progresivamente del 65% en 2025 y se espera alcanzar el 79% en 2026, con respaldo presupuestal, mientras que el tamizaje ampliado se proyecta bajo el mismo enfoque de progresividad y sostenibilidad financiera.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

18. Esta Sala es competente para revisar el fallo en materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

2. Delimitación del problema jurídico y metodología de la decisión

19. Con base en los antecedentes descritos y la información allegada, procede la Sala a verificar el cumplimiento de los requisitos de procedencia y resolver los siguientes problemas jurídicos:
20. ¿La EPS Compensar y el Hospital Universitario Mayor Méderi vulneraron el derecho fundamental a la salud del niño *Felipe* al no garantizar de manera oportuna y efectiva la práctica del tamizaje endocrino-metabólico neonatal en su modalidad básica, al condicionarlo a la existencia de síntomas pese a su carácter preventivo y obligatorio, y al omitir su realización dentro del término clínicamente indicado, así como la información adecuada a la madre sobre la necesidad y oportunidad de dicho examen conforme al Programa de Tamizaje Neonatal?

21. Para resolver el problema jurídico planteado, la Corte: (i) precisará el alcance del derecho fundamental a la salud en su dimensión preventiva y el interés superior de los niños, las niñas y adolescentes como sujetos de especial protección constitucional; (ii) expondrá la naturaleza y el marco normativo del tamizaje neonatal en Colombia y los retos asociados a su implementación efectiva; (iii) explicará la implementación progresiva y obligatoria del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia; (iv) analizará la razonabilidad, eficiencia y sostenibilidad del programa de tamizaje neonatal en el marco del sistema de salud; y, finalmente, (iv) con fundamento en ese marco, analizará el caso concreto, incluida la eventual configuración de un daño consumado.
22. La Sala precisa que el análisis sobre la existencia de daño consumado se abordará en el estudio del caso concreto, en tanto su determinación exige valorar el alcance del derecho invocado, la naturaleza preventiva del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico y las obligaciones que de ello se derivan para las entidades accionadas.

3. El derecho fundamental a la salud en su dimensión preventiva y el interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes como sujetos de especial protección constitucional

23. La Corte Constitucional ha reconocido que la salud es un derecho fundamental autónomo, asociado al disfrute de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de bienestar[37]. Asimismo, el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 define la naturaleza y el contenido de esta garantía y señala que esta comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. De igual forma, dispone que el Estado debe adoptar políticas dirigidas a garantizar la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción,

prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas[38].

24. De otra parte, el artículo 44 de la Constitución estableció que los niños, las niñas y los adolescentes gozan de especial protección constitucional, en razón a la corresponsabilidad que recae sobre la familia, la sociedad y el Estado en su asistencia y protección, así como a la garantía de su desarrollo integral y la prevalencia de su interés superior[39]. Este mandato es reiterado por el literal f) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, que reconoce la primacía de los derechos de los menores de edad. En igual sentido, el Estado colombiano ha ratificado distintos instrumentos internacionales relacionados con la obligación de proteger de manera especial a los niños[40]. Entre ellos se encuentran la Convención sobre los Derechos del Niño[41], el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[42] y la Convención Americana sobre Derechos Humanos[43].
25. En atención a lo descrito, la Corte ha sostenido que los niños son sujetos de especial protección constitucional, lo cual se manifiesta en el carácter prevalente de sus derechos, cuya satisfacción debe constituir el objetivo primario de toda actuación que les concierna[44]. En esta línea, la jurisprudencia constitucional ha señalado que los niños y las niñas tienen derecho a la atención en salud de manera idónea, oportuna y prevalente, y que toda institución de naturaleza pública o privada tiene la obligación de garantizar su acceso efectivo a los servicios de salud[45]. Esto implica que todos los agentes que intervienen en la prestación de estos servicios deben actuar en todo momento conforme al principio del interés superior del menor de edad, como criterio rector para la adopción de decisiones que los involucren[46].
26. Desde una concepción integral, el derecho fundamental a la salud comprende diversas facetas: la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. Este enfoque le impone al Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso efectivo a dichas actividades[47]. En ese sentido, la promoción y la prevención constituyen componentes esenciales del

ejercicio del derecho a la salud, en tanto buscan disminuir el riesgo de enfermedad y preservar la salud[48], conforme al principio establecido en el artículo 8º de la Ley 1751 de 2015[49].

27. Entre las barreras identificadas para la garantía de estos servicios se encuentra la restricción injustificada en el acceso a exámenes diagnósticos, los cuales constituyen un componente esencial del derecho fundamental a la salud[50]. Al respecto, este Tribunal ha reiterado que el diagnóstico hace parte del contenido protegido de este derecho, en tanto que permite identificar de manera oportuna las condiciones de salud que requieren atención médica[51]. Esta garantía se encuentra reforzada por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que, en los literales a), b) y d) del artículo 10, establece el derecho a obtener una valoración médica integral que permita adoptar decisiones informadas sobre el tratamiento.
28. De esta manera, en el marco del derecho a la salud y de la dignidad humana, es fundamental garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios que lo materializan, especialmente cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional como los niños, las niñas y los adolescentes. Esto en la práctica significa que las EPS tienen el deber constitucional y estatutario de remover las barreras administrativas que impidan el acceso a los servicios de salud[52].
29. Ahora bien, de conformidad con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031[53], la salud pública es un campo de acción estatal y social de gran relevancia para la garantía del derecho a la salud y por lo tanto sus actuaciones sectoriales y conjuntas con otros actores y sectores deben dar cuenta de lo exigible en el marco de derechos[54]. Asimismo, en el eje estratégico de dicho plan se aborda la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública[55], y se explica que el núcleo de la salud pública no es solo curar, sino prevenir para mantener la salud[56].

30. Además, la dimensión preventiva del derecho a la salud es una obligación de progresividad[57] que busca la reducción gradual y continua de las barreras que impiden el goce efectivo del derecho, asegurando que la intervención se realice de manera oportuna para reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables[58].
31. *Jurisprudencia constitucional sobre la dimensión preventiva del derecho a la salud.* En la Sentencia C-313 de 2014[59], la Corte resaltó cómo el proyecto de la Ley Estatutaria de Salud -Ley 1751 de 2015- incorporó un fuerte enfoque preventivo como mecanismo de garantía de derechos, pero también como una estrategia para enfrentar la crisis financiera del sistema desde una perspectiva de costo-efectividad. En efecto, se explicó que la concepción de la salud “supera la idea de ausencia de enfermedad como sinónimo de salud para extender y priorizar como objetivo del sistema la promoción y prevención de la enfermedad, que impulse estilos de vida saludables en la población”. Asimismo, la Corte identificó como obstáculos relevantes para el sistema “la ineficiencia en el uso de los recursos, el énfasis en el enfoque curativo antes que en el promocional y preventivo, la iliquidez y dudas en relación con la sostenibilidad del sistema”. Finalmente, citando lineamientos internacionales, la sentencia señaló que es posible alcanzar niveles aceptables de salud “mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales (...) asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo”. En este sentido, la Corte no solo reconoció la relevancia del enfoque preventivo en términos de eficiencia del sistema, sino también como un componente esencial para la garantía efectiva del derecho a la salud.
32. En desarrollo de este enfoque, a continuación se presenta una síntesis de decisiones en las que esta Corporación ha desarrollado la dimensión preventiva del derecho a la salud. En los casos en que concedió el amparo, la Corte advirtió que la negativa o interrupción de servicios necesarios para evitar el agravamiento de las condiciones médicas desconocía el carácter integral y preventivo de este derecho.

Tabla 4. Sentencias relevantes sobre la dimensión preventiva del derecho a la salud

Sentencia	Síntesis
T-035 de 2011	En este caso, el accionante fue diagnosticado con una enfermedad huérfana de la piel, pero como la EPS lo desafilió al cumplir la mayoría de edad, no le entregó medicamentos prescritos por su médico tratante. Al revisar el asunto, la Corte reiteró que el derecho fundamental a la salud comprende una faceta preventiva y mitigadora, orientada no solo a evitar la aparición de la enfermedad, sino también a impedir el agravamiento injustificado de condiciones ya existentes, especialmente cuando se trata de personas con enfermedades crónicas, frente a quienes el Estado y las entidades del sistema tienen el deber de garantizar un tratamiento especializado, continuo y sin interrupciones. En ese marco, recordó que, aunque no siempre sea posible asegurar el restablecimiento total de la salud, sí es exigible adoptar las medidas necesarias para lograr mejorías razonables, evitar el deterioro irreversible y mantener una calidad de vida acorde con la dignidad humana[60].
T-548 de 2011[61], T-152 de 2012[62], T-759 de 2013[63] y T-562 de 2014[64]	En todos estos casos, la Corte Constitucional analizó las acciones de tutela presentadas por personas que, como consecuencia de accidentes, enfermedades crónicas o procedimientos médicos, requerían cirugías reconstructivas que las EPS habían negado por considerarlas meramente estéticas y excluidas del PBS. Al estudiar estos asuntos, esta Corporación reiteró que el derecho fundamental a la salud tiene un carácter integral y no se agota en la dimensión física o funcional, sino que comprende también los ámbitos psíquico, emocional y social. En ese marco, abordó la faceta preventiva del derecho a la salud y señaló que el sistema debe intervenir oportunamente para evitar el agravamiento de condiciones físicas o el deterioro emocional derivado de estigmatización, baja autoestima, aislamiento o afectación de la imagen corporal, presiones que se deben evitar para garantizar la faceta preventiva del derecho a la salud e impedir que se llegue a situaciones más graves y probablemente irreversibles, que impliquen mayores costos económicos, sociales y emocionales. Así, concluyó que los procedimientos solicitados no tenían un carácter meramente estético, sino funcional desde una perspectiva constitucional, en la medida en que eran necesarios para garantizar una vida en condiciones de calidad.

T-496 de
2020

Esta Corporación estudio la acción de tutela formulada por *Juan*, ciudadano venezolano en situación migratoria irregular, contra el Hospital Universitario del Valle y la Secretaría de Salud de Cali, para que le garantizaran la continuidad de su tratamiento para el VIH y la tuberculosis, así como su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Corte resaltó la dimensión preventiva del derecho a la salud y reiteró que el derecho a la salud no se limita a la curación, sino que comprende de manera integral las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en desarrollo del principio de integralidad, y destacó que la medicina preventiva es un pilar de las políticas públicas por su capacidad para garantizar un mayor nivel de salud[65], su carácter costo-efectivo[66] y su contribución al control de los factores de riesgo asociados al surgimiento de enfermedades[67]. Asimismo, la Corte reconoció el tratamiento como una herramienta de prevención y señaló que esta dimensión preventiva trasciende al paciente y tiene un impacto directo en la salud pública[68].

T-088 de
2021

Este Tribunal analizó un caso de tres personas habitantes de calle en el municipio de Andes, Antioquia, quienes fueron afectados por el cierre de un albergue temporal destinado a permitir el aislamiento preventivo durante la pandemia de COVID-19. La Corte abordó el derecho a la salud en su faceta preventiva, la cual es esencial para evitar la propagación de enfermedades y debe garantizarse con especial énfasis en sujetos de especial protección constitucional que carecen de una vivienda adecuada para resguardarse. En ese contexto, reconoció el alojamiento[69], así como el aislamiento y la cuarentena[70] como medidas sanitarias indispensables de salud pública[71]. Finalmente, concluyó que el cierre del albergue sin ofrecer alternativas de refugio seguras constituyó una medida regresiva e inconstitucional, al vulnerar los derechos a la salud, a la vida digna y a la vivienda de los accionantes.

T-415 de
2025

Esta Corporación revisó el caso de *Josué*, migrante venezolano en situación irregular y habitante de calle que está diagnosticado con VIH, tuberculosis y farmacodependencia, a quien se le negaron tratamientos esenciales para el tratamiento de las enfermedades por falta de documentación y afiliación al sistema de salud. En esta concluyó que las negativas constituyeron barreras administrativas discriminatorias que vulneraron sus derechos fundamentales, al desconocer su condición de sujeto de especial protección constitucional. En su análisis, reiteró que la faceta preventiva del derecho a la salud impone al Estado el deber de garantizar un acceso integral, oportuno y sin discriminación a los servicios de salud, y destacó que el diagnóstico y la atención preventiva inmediata son exigibles para evitar daños irreversibles y proteger la vida y la dignidad humana[72].

33. A partir de lo anterior es posible concluir que el derecho fundamental a la salud, entendido desde una perspectiva integral, comprende su dimensión preventiva, la cual impone al Estado y a las entidades del sistema de salud deberes de protección, que buscan evitar la

agravación de las enfermedades y a garantizar un acceso oportuno y efectivo a los servicios que lo materializan. Esta obligación adquiere una especial relevancia cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional, como los niños, las niñas y los adolescentes, frente a quienes el interés superior determina la obligación de remover barreras administrativas, asegurar el diagnóstico oportuno y adoptar medidas preventivas idóneas que permitan garantizar su desarrollo integral. La dimensión preventiva no solo opera en el ámbito individual, sino que tiene una proyección en la salud pública, ya que orienta la adopción de políticas y medidas dirigidas a reducir riesgos, controlar factores determinantes de enfermedad y evitar daños evitables en la población.

4. Naturaleza y marco normativo del tamizaje neonatal en Colombia y los retos asociados a su implementación efectiva

34. Mediante la Ley 1980 de 2019 se creó el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia como una estrategia de salud pública orientada a regular y ampliar la práctica de este examen, con el fin de detectar tempranamente errores innatos del metabolismo, ceguera y sordera congénitas y otras alteraciones prevenibles cuyo diagnóstico oportuno permite evitar su progresión, secuelas, discapacidad o incluso la muerte[73].
35. El artículo 3° de la mencionada ley introdujo el derecho al tamizaje neonatal, al disponer que, de manera progresiva, obligatoria y gratuita, a todo recién nacido vivo se le debe practicar, como mínimo, el tamizaje neonatal básico, auditivo y visual, a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A su vez, el artículo 4° creó el Programa de Tamizaje Neonatal a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones de organización, operatividad y seguimiento en el territorio nacional y le asignó al Instituto Nacional de Salud el rol de coordinador técnico del programa.

36. Luego, la Resolución 207 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social dictó los lineamientos técnicos y operativos del Programa de Tamizaje Neonatal. Dicha resolución estructuró el Programa de Tamizaje Neonatal a partir de consideraciones éticas, clínicas, epidemiológicas y económicas, y lo organizó en cuatro líneas de intervención: endocrino-metabólica, visual, auditiva y de cardiopatía congénita compleja, orientadas a la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades congénitas que pueden generar mortalidad evitable, discapacidad o afectaciones graves en la calidad de vida de los niños y las niñas[74].
37. En la Resolución 207 de 2024 se explica que la línea de tamizaje endocrino-metabólico neonatal comprende un tamizaje básico y uno ampliado. El primero incluye pruebas para hipotiroidismo congénito[75], fenilcetonuria[76], galactosemia[77], fibrosis quística[78], hiperplasia suprarrenal congénita[79], déficit de biotinidasa[80] y defectos de la hemoglobina. Por su parte, el tamizaje ampliado incorpora las anteriores pruebas más otras para desórdenes de los aminoácidos, de los ácidos orgánicos y de la oxidación de los ácidos grasos[81]. En esta resolución también se estableció que, siguiendo lo indicado por la Ley 1980 de 2019, en términos de progresividad y de acuerdo con la disponibilidad de recursos, “el Gobierno nacional definirá las pruebas a incluirse en el programa de tamizaje neonatal, el cual como mínimo garantizará como punto de partida las correspondiente[s] al Tamizaje Neonatal Básico, hasta lograr el tamizaje ampliado”[82].
38. Asimismo, en dicho documento se determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social convocaría las mesas de expertos para retroalimentar o validar las propuestas que permitan avanzar en la implementación y ampliación del Programa de Tamizaje Neonatal, para los casos en que sea necesario[83].
39. Además, en esa misma Resolución se estableció que las entidades administradoras de planes de beneficios tienen la obligación de garantizar la realización del tamizaje neonatal,

así como la gestión integral de los casos probables, que incluye volver a llamar, la confirmación diagnóstica, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento correspondiente, eliminando barreras administrativas y asegurando la articulación con laboratorios e IPS y el reporte al sistema de vigilancia en salud pública[84].

40. Por su parte, a través de la mencionada Resolución, se impuso a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el deber de garantizar el acceso efectivo y con calidad al programa, cumplir los lineamientos de atención materno-perinatal, verificar la adherencia del talento humano y la calidad de la información, y realizar la detección, notificación y reporte oportuno de los tamizajes y sus resultados, en su calidad de Unidades Primarias Generadoras de Datos[85].
41. Recientemente, mediante la Resolución 117 de 2026[86], el Ministerio actualizó los lineamientos técnicos del Programa de Tamizaje Neonatal y desarrolló de manera específica el abordaje de seis patologías adicionales al hipotiroidismo congénito – fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y defectos de la hemoglobina-. Si bien estas enfermedades ya habían sido incluidas en la Resolución 207 de 2024 como parte del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico, este último reglamento precisó por primera vez sus componentes analítico y postanalítico, así como los estándares de seguimiento clínico. Para asegurar la sostenibilidad de esta regulación, el Ministerio vinculó formalmente el financiamiento de estas pruebas y de las atenciones iniciales a la Unidad de Pago por Capitación (en adelante UPC) para la vigencia 2026[87].
42. ***Naturaleza preventiva del tamizaje neonatal.*** De acuerdo con la Ley 1980 de 2019, el tamizaje neonatal es el conjunto de acciones orientadas a la detección temprana de errores innatos del metabolismo y otras enfermedades congénitas que pueden deteriorar de manera significativa la calidad de vida de los recién nacidos[88]. Comprende, entre otras actuaciones, la toma de muestras de sangre del cordón umbilical o del talón para la realización de pruebas específicas que permitan identificar alteraciones metabólicas

endocrinas, visuales o auditivas para las cuales existe tratamiento[89]. Su finalidad es permitir una intervención temprana y un seguimiento oportuno, y así evitar que la ausencia de detección incremente la morbilidad, genere discapacidad física o cognitiva o eleve la mortalidad infantil[90].

43. De conformidad con lo señalado por ACMGen, la no realización o la realización tardía del tamizaje neonatal implica la pérdida de la ventana de oportunidad para una intervención temprana. Ello incrementa de manera significativa el riesgo de desenlaces irreversibles, descompensaciones agudas, hospitalizaciones, discapacidad, mayores costos sanitarios y sociales e incluso la muerte, dependiendo de la patología de que se trate[91]. **En este contexto** no resulta admisible condicionar la práctica del tamizaje neonatal a la presencia de síntomas clínicos, pues es precisamente durante el periodo presintomático cuando se configura la ventana crítica para la identificación temprana de enfermedades congénitas y metabólicas[92].
44. En este marco, es posible determinar que sin tamizaje neonatal no hay identificación de casos probables, sin identificación no hay confirmación diagnóstica y, por ende, se pierde la ventana de oportunidad terapéutica. Por ello, la garantía de este examen se encuentra vinculada con las facetas de prevención, diagnóstico y oportunidad que integran el derecho fundamental a la salud. La omisión de su realización impide la detección temprana de casos probables y la activación de las rutas de atención correspondientes, lo que desconoce la protección integral del recién nacido como sujeto de especial protección constitucional.
45. *Retos asociados a la implementación efectiva del Programa de Tamizaje Neonatal.* Aunque existe un marco normativo desde la expedición de la Ley 1980 de 2019, la implementación efectiva del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia enfrenta múltiples dificultades de orden logístico, técnico, administrativo y financiero. Estos retos explican por qué, después de varios años desde su promulgación, el país presenta rezagos frente a otros Estados de la región[93]. Los retos que se describen a continuación han sido

identificados en distintos espacios académicos y especializados, entre ellos el foro “Perspectivas del tamizaje neonatal” [94], realizado por la Pontificia Universidad Javeriana el 2 de febrero de 2024, así como en documentos elaborados por el Instituto Nacional de Salud[95] y en publicaciones académicas de la Pontificia Universidad Javeriana[96]. A estos desafíos se suman los identificados oficialmente por el propio Ministerio de Salud y Protección Social en la respuesta remitida a esta Corte.

46. **Desigualdad geográfica y barreras de acceso.** Uno de los principales retos es garantizar la universalidad del programa en un país con profundas desigualdades territoriales. Mientras que en grandes ciudades como Bogotá, Medellín o Cali la cobertura del tamizaje neonatal se acerca al 100%, en departamentos como Vaupés, Amazonas o La Guajira el acceso es limitado o inexistente[97]. En zonas rurales y dispersas, el transporte de muestras se realiza en condiciones precarias, lo que compromete la estabilidad de las muestras por variaciones de temperatura y tiempos prolongados de traslado. Adicionalmente, existe una baja captación de nacimientos ocurridos fuera de instituciones de salud, lo que impide la toma oportuna de la muestra[98].
47. **Retos técnicos en la transición de la toma de muestras.** Históricamente, Colombia ha realizado el tamizaje de hipotiroidismo congénito a partir de sangre del cordón umbilical. Sin embargo, la ampliación del tamizaje exige la transición a la toma de sangre del talón necesaria para detectar las patologías metabólicas incluidas en el programa de tamizaje neonatal. Esta transición enfrenta dificultades asociadas a los tiempos óptimos de toma[99], los egresos hospitalarios tempranos antes de las 24 horas y la falta de capacitación del personal de salud en la técnica adecuada de recolección[100]. El 83,9% de las muestras actuales provienen de sangre del cordón, mientras que solo el 16% son de sangre del talón[101]. Para que el tamizaje de las siete enfermedades sea efectivo (progresividad), es urgente transitar hacia la muestra del talón[102].
48. **Limitaciones en la capacidad y acreditación de los laboratorios.** La Ley 1980 de 2019 exige que los laboratorios que procesan las pruebas cuenten con acreditación bajo la

norma ISO 15189, lo cual representa un reto técnico y financiero significativo. La oferta de pruebas diferentes a la TSH (hipotiroidismo) está concentrada en solo 5 entidades territoriales y 13 laboratorios (el 5,1% de la red). Bogotá y Antioquia procesan la gran mayoría de las pruebas especializadas, lo que plantea el reto de decidir si el país debe optar por una estrategia de centralización o regionalización para optimizar costos y tiempos[103].

49. **Debilidades en el seguimiento y en los sistemas de información.** El impacto del tamizaje neonatal también depende del seguimiento oportuno de los casos positivos. No obstante, existen fallas en los sistemas de información reflejadas en el subregistro de datos, pues, aunque se estima que la cobertura real supera el 80%, los registros oficiales reportan alrededor del 50% de cobertura del tamizaje neonatal[104]. Asimismo, la notificación tardía de los resultados retrasa el inicio del tratamiento en patologías donde cada día es determinante para prevenir daño neurológico irreversible[105]. Esta problemática fue igualmente reconocida por el Ministerio, al señalar que el éxito del programa depende de la articulación efectiva entre IPS, EPS y laboratorios para garantizar no solo la toma de la muestra sino el reporte oportuno de resultados y la notificación a la familia, lo cual evidencia que las fallas no se limitan a la fase analítica, sino también al componente postanalítico y de seguimiento[106].
50. **Barreras administrativas, financieras y de gestión.** Aunque la Ley fue expedida en 2019, la incorporación del costo del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico en la UPC apenas se realizó para las vigencias de 2025 y 2026, es decir seis años después de expedida la Ley. Además, de conformidad con lo expuesto por la representante del laboratorio del Hospital Universitario San Ignacio, las IPS enfrentan trámites administrativos complejos, glosas y demoras en los pagos por parte de las EPS, lo que desincentiva la prestación del servicio[107]. Asimismo, señaló que la alta rotación del personal de salud dificulta la consolidación de procesos de capacitación y afecta la continuidad operativa del programa[108].

51. **Vacíos normativos, articulación institucional y voluntad política.** Finalmente, en el foro “perspectivas del tamizaje neonatal para la prevención” realizado por la Pontificia Universidad Javeriana el 2 de febrero de 2024, se identificó que persisten desafíos asociados a la falta de una estructura operativa claramente definida para el programa, a la ambigüedad de los plazos de implementación progresiva y al incumplimiento de las obligaciones previstas en la normativa vigente[109]. La normativa reciente identifica que el éxito del Programa de Tamizaje Neonatal requiere una articulación efectiva entre el Ministerio de Salud, las secretarías de salud territoriales, las EPS, las IPS y el Instituto Nacional de Salud[110], así como una voluntad política sostenida que permita consolidar el programa como una verdadera estrategia de salud pública.

5. Implementación progresiva y obligatoria del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia

52. El artículo 49 de la Constitución garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y asigna al Estado la responsabilidad de organizarlos y reglamentarlos conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Asimismo, dispone que, como parte de la seguridad social, el Estado ampliará progresivamente su cobertura en los términos que determine la ley[111].

53. Desde la Observación General 14 de 2000 del Comité DESC de las Naciones Unidas, se reconoce a la salud como un derecho fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos que permita a las personas vivir dignamente.

54. El derecho a la salud tiene una dimensión positiva (de prestación, gradual y progresiva)[112] y negativa (de abstención, cumplimiento inmediato)[113], esto es, de las

acciones que debe adoptar el Estado para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y de forma oportuna y eficaz; y la prohibición de que el Estado apruebe medidas que vulneren la salud o interfieran de forma injustificada en el goce efectivo del derecho[114]. De igual modo, la salud incluye unas facetas de orden: *preventiva* dirigida a evitar que se produzca la enfermedad, *reparadora* que tiene efectos curativos de la enfermedad y *mitigadora* orientada a amortiguar los efectos negativos de la enfermedad[115].

55. La Corte ha dicho que el principio de progresividad se refiere a la manera en que el Estado debe hacer efectiva la faceta de prestación de los derechos, ya que, aunque tienen un componente gradual, son exigibles también de forma inmediata[116]. Este principio implica:“(i) la satisfacción inmediata de niveles mínimos de protección; (ii) el deber de observar el principio de no discriminación en todas las medidas o políticas destinadas a ampliar el rango de eficacia de un derecho; (iii) la obligación de adoptar medidas positivas, deliberadas, y en un plazo razonable para lograr una mayor realización de las dimensiones positivas de cada derecho, razón por la cual la progresividad es incompatible, por definición, con la inacción estatal; y (iv), la prohibición de retroceder por el camino iniciado para asegurar la plena vigencia de todos los derechos”[117].
56. El artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que, en virtud del principio de progresividad, el Estado debe ampliar de manera gradual y continua el acceso a servicios y tecnologías en salud, mejorar su prestación, fortalecer la capacidad instalada y el talento humano, y reducir las barreras que afecten el goce efectivo del derecho. Además, impone la adopción de medidas específicas para garantizar la atención integral de niñas, niños y adolescentes, formuladas conforme a los distintos ciclos vitales.
57. Ahora bien, la salvaguarda del derecho fundamental de la salud debe otorgarse de conformidad con el principio de universalidad. Este ha sido definido como “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”[118]. La necesidad de ofrecer a toda la población el servicio de salud surge de la

naturaleza progresiva que tiene la dimensión prestacional de los derechos fundamentales[119] en un Estado Social de Derecho.

58. Por su parte, la obligatoriedad del derecho a la salud tiene fundamento en el artículo 48 constitucional, según el cual la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable. Teniendo en cuenta que la salud es una de las garantías del derecho a la seguridad social, los principios de universalidad y obligatoriedad que se predicen de este le son aplicables. Además, la Corte ha indicado que los principios que orientan el diseño y la ejecución de las políticas públicas en materia de salud son transversales entre sí, esto es, todos los principios, tanto los que están contenidos en la Constitución y los dispositivos internacionales, deben considerarse un conjunto armónico e inescindible[120].
59. En el marco de la Ley 1980 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social informó que la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal se ha desarrollado de manera progresiva, conforme a los lineamientos técnicos adoptados en la Resolución 207 de 2024. Esta resolución definió la progresividad como la incorporación gradual de nuevas patologías y atenciones asociadas en la resolución que determina los procedimientos y tecnologías financiadas con cargo a la UPC, atendiendo criterios de sostenibilidad, revisión de inclusión y análisis de experiencias internacionales.
60. Según lo expuesto, las cuatro líneas del programa – visual, auditiva, cardiopatías congénitas y endocrino metabólica (hipotiroidismo congénito)- fueron inicialmente incorporadas en la Resolución 3280 de 2018. Asimismo, mediante la Resolución 2717 de 2024 se incluyó el tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico (fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, déficit de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita y defectos de la hemoglobina) para la vigencia 2025, ampliación que fue consolidada con la actualización del Anexo Técnico de la Resolución 207 de 2024 mediante la Resolución 117 de 2026. Para 2025 se fijó una meta mínima de cobertura del 65%, y para 2026 un umbral del 79% de los recién nacidos.

61. Además, el Ministerio indicó que, en coordinación permanente con el Instituto Nacional de Salud, ha avanzado en la consolidación de la red de laboratorios y en el reconocimiento de prestadores para la toma de muestras, en el marco de una implementación gradual del programa con ampliación de coberturas, metas cuantificables y mecanismos de seguimiento, conforme al principio de progresividad.
62. De lo anterior se concluye que el Programa de Tamizaje Neonatal se inscribe dentro del marco constitucional y legal que rige el derecho fundamental a la salud, el cual, aunque admite una implementación progresiva en su dimensión prestacional, es al mismo tiempo obligatorio. En consecuencia, su desarrollo gradual debe estar sustentado en medidas concretas, metas verificables y mecanismos efectivos de seguimiento, orientados a ampliar coberturas y tecnologías sin retrocesos injustificados, garantizando de manera inmediata los contenidos mínimos del derecho, especialmente cuando se trata de la protección reforzada de niñas y niños.

6. La razonabilidad, eficiencia y sostenibilidad del programa de tamizaje neonatal en el marco del sistema de salud

63. La Corte ha precisado que la prestación de los servicios de salud se debe garantizar bajo los principios de equidad, continuidad, oportunidad, solidaridad, eficiencia y universalidad. La eficiencia “procura por el mejor uso social y económico de los recursos, servicios y tecnologías en aras de garantizar el derecho a la salud para toda la población”[121].
64. El tamizaje neonatal es una estrategia de salud pública que se realiza en recién nacidos para identificar enfermedades graves antes de la aparición de síntomas o lo suficientemente temprano como para justificar una intervención terapéutica. Además de

los avances en los resultados de salud, se puede prevenir la expresión clínica grave de la enfermedad y se puede lograr una reducción del gasto en atención médica con un beneficio desde una perspectiva de costo-efectividad en algunas enfermedades[122].

65. El médico genetista y presidente de la ACMGen, Ignacio Zarante[123] afirmó que “sin este examen, aproximadamente 1.500 niños nacen cada año en Colombia destinados a sufrir secuelas permanentes que podrían evitarse con tratamientos, en muchos casos, de bajo costo”[124]. La carga social de omitir esta detección es inmensa. Por ejemplo, se estima que un solo caso de fenilcetonuria no detectado genera una pérdida de 31.8 años de vida útil potencial debido a la discapacidad intelectual profunda[125].
66. De este modo, la implementación universal no solo constituye un mandato legal derivado de la Ley 1980 de 2019, sino también un imperativo orientado a la protección del interés superior del menor de edad y su derecho al desarrollo integral, el cual exige que los programas de tamizaje neonatal se definan y valoren aspectos éticos, considerando los posibles efectos adversos del tamizaje -como los falsos positivos, la detección de patologías de significado clínico incierto o sin tratamiento efectivo a largo plazo- y garantizando, en todo caso, un acompañamiento multidisciplinario a las familias que mitigue el impacto emocional y social del diagnóstico[126].
67. Desde la perspectiva de la eficiencia clínica, el programa depende del cumplimiento de la “ventana de oportunidad” durante las primeras 24 a 72 o a más tardar 120 horas de vida[127]. En el tamizaje, cada hora cuenta, ya que retrasos en el inicio del tratamiento de patologías metabólicas pueden reducir el coeficiente intelectual de forma irreversible[128]. Para maximizar esta eficiencia, la normativa exige que los resultados positivos se manejen como una urgencia médica, iniciando el tratamiento considerando el balance riesgo beneficio[129].

68. De conformidad con la respuesta allegada por la Asociación Colombiana de Neonatología, el incremento de los costos del sistema de salud se encuentra estrechamente asociado a la atención tardía de las enfermedades objeto del tamizaje neonatal, la cual implica la necesidad de atención en unidades de cuidado intensivo tras manifestaciones agudas, hospitalizaciones prolongadas, realización de pruebas diagnósticas complejas ante el desconocimiento previo de la enfermedad, tratamientos complejos y de alto costo, así como intervenciones de rehabilitación a largo plazo[130]. En contraste, los estudios de economía de la salud respaldan el tamizaje neonatal como una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública, en la medida en que permite reducir significativamente los costos derivados de las secuelas y complicaciones de las enfermedades no detectadas oportunamente, incluyendo dispositivos para la movilidad, terapias de rehabilitación, tratamientos de alto costo y, en algunos casos, la necesidad de trasplante del órgano afectado[131].
69. Según ACMGen, otro elemento fundamental en la estructuración de un programa de tamizaje es su costo-efectividad. Si bien en la literatura académica y médica[132] se ha descrito la costo-efectividad de los programas de tamizaje en contextos similares al colombiano, esta también depende de la participación, ejecución y voluntad de los distintos actores involucrados. En este sentido, aunque la estructuración de los programas de tamizaje puede variar entre países, existen elementos transversales a su éxito, entre ellos la definición de indicadores y metas claras que permitan monitorear su eficacia y evaluar su impacto real en la salud de la población[133].
70. De esta manera, la relación costo-efectividad del programa se evidencia al comparar la inversión inicial frente al gasto derivado de la enfermedad[134]. Los expertos estiman que detectar y tratar un caso desde el nacimiento cuesta aproximadamente 300 millones de pesos, mientras que el manejo de complicaciones tardías y hospitalizaciones crónicas puede superar con creces este valor[135]. Por ejemplo, en el caso específico de la galactosemia, el tratamiento temprano oscila entre 25 y 50 millones de pesos anuales por paciente, frente a un costo de hasta 200 millones cuando se presentan crisis graves por falta de diagnóstico[136].

71. Esta conclusión coincide con la literatura científica sobre programas de tamizaje neonatal, la cual señala que el tamizaje neonatal es una actividad de salud pública que ha sido “reconocida como una intervención eficaz de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”[137]. Asimismo, los estudios disponibles muestran que estos programas presentan altos niveles de costo-efectividad en distintos sistemas de salud. Por ejemplo, evaluaciones económicas recientes han encontrado que la implementación del tamizaje neonatal presenta una probabilidad del 100 % de ser costo-efectiva bajo los umbrales habituales utilizados en economía de la salud[138]. De igual forma, estudios específicos sobre enfermedades incluidas en los programas de tamizaje han concluido que el tamizaje neonatal para fibrosis quística constituye una estrategia costo-efectiva frente a la ausencia de tamizaje[139], lo que refuerza el consenso sobre la costo-efectividad de este examen.
72. Respecto al análisis de costos del Ministerio de Salud y Protección Social para la actualización de los listados de servicios y tecnologías financiados con la UPC, se estableció una población base de 453,318 recién nacidos[140]. Según el estudio de mercado realizado con laboratorios en las principales ciudades, el costo promedio del paquete de siete pruebas básicas del tamizaje neonatal asciende a \$146,744 por neonato bajo condiciones de oferta individual[141].
73. La sostenibilidad financiera y operativa a largo plazo se ha visto reforzada por la inclusión del tamizaje neonatal en la UPC. Sin embargo, persisten desafíos asociados a la gestión administrativa. Por ejemplo, el Hospital Universitario San Ignacio realizó un estudio sobre la implementación del tamizaje neonatal tras la expedición de la Ley 1980 de 2019, el cual incluyó a 1.255 recién nacidos vivos entre octubre de 2020 y enero de 2022. Entre los resultados se evidenció que, aunque el tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico forma parte de la atención integral, solo el 63,2% de los casos contó con autorización por parte de la EPS, y en promedio el tiempo para la toma de la muestra fue de cinco días[142].

74. El tamizaje neonatal es una estrategia de prevención cuyo éxito también depende de que la información generada esté disponible de manera inmediata para iniciar oportunamente las acciones de manejo que permitan evitar la discapacidad y la mortalidad infantil[143]. En consecuencia, se requiere una estrategia de seguimiento que garantice el cumplimiento de las acciones preventivas y asegure un abordaje integral, oportuno y adecuado de cada caso, incluyendo el tratamiento farmacológico, la rehabilitación y las valoraciones por los especialistas requeridos según el desarrollo del niño[144].
75. En conclusión, para que este desarrollo normativo se traduzca en efectividad real, resulta indispensable enfrentar los retos identificados a lo largo de estas consideraciones. Solo así el tamizaje neonatal podrá consolidarse como una auténtica estrategia de prevención en salud pública y no como una obligación meramente formal.

7. Estudio del caso concreto

7.1. Examen de procedencia de la acción de tutela

76. Este Tribunal encuentra que la acción de tutela presentada satisface las exigencias de procedencia. En el siguiente cuadro se presentan las razones que fundamentan esta conclusión:

Tabla 5. Requisitos de procedencia

Requisito

*Legitimación
por activa*

Acreditación en el caso concreto

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En igual sentido, la jurisprudencia constitucional ha establecido que este requisito se acredita con su ejercicio: (i) directo por parte de la persona titular de los derechos invocados; (ii) por medio de los representantes legales; y (iii) a través de apoderado judicial. Igualmente es posible (iv) demostrando las condiciones que hacen procedente la agencia oficiosa.

La señora *Lucía* tiene la calidad de madre del niño *Felipe* [145], respecto de quien se invoca la protección de sus garantías fundamentales, lo que la legitima para actuar en condición de representante legal del mismo.

*Legitimación
por pasiva*

El artículo 86 superior y los artículos 1 y 5 del Decreto Ley 2591 de 1991 establecen que la acción de tutela procede contra cualquier autoridad pública e incluso contra particulares. Así, la legitimación por pasiva se entiende como la aptitud procesal que tiene la persona contra la que se dirige la acción y quien está llamada a responder por la vulneración o la amenaza del derecho fundamental[146].

Compensar EPS está legitimada por pasiva porque, conforme al artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las EPS deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, y el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 permite dirigir la acción de tutela contra particulares encargados de prestar dichos servicios. En este caso, el menor *Felipe* se encuentra afiliado a *Compensar*, por lo que esta entidad era responsable de garantizar oportunamente el tamizaje neonatal básico, cuya omisión habría vulnerado el derecho a la salud. Además, según la Resolución 207 de 2024, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios están obligadas a asegurar la realización del tamizaje neonatal y la gestión integral de los casos probables, incluyendo el llamado a los usuarios, la confirmación diagnóstica, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento, sin imponer barreras administrativas.

El *Hospital Méderi* está legitimado por pasiva en su calidad de IPS, en tanto fue la entidad donde se atendió el parto y debía garantizar las atenciones de neonatología, incluido el tamizaje neonatal. Asimismo, se encuentra legitimada la *IPS Asistir Salud*, por ser la entidad a la cual se encuentra adscrito el pediatra que condicionó la práctica del examen de tamizaje neonatal a la presencia de síntomas. Adicionalmente, de conformidad con la Resolución 207 de 2024, las IPS tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo y con calidad al programa de tamizaje neonatal, cumplir los lineamientos de atención materno-perinatal y garantizar la detección, notificación y reporte oportuno de los tamizajes y sus resultados.

El *Ministerio de Salud y Protección Social* tiene legitimación en la causa por pasiva, en tanto el artículo 4 de la Ley 1980 de 2019 le asigna la creación del Programa de Tamizaje Neonatal y la responsabilidad de garantizar su organización, operatividad y seguimiento a nivel nacional.

La *Superintendencia Nacional de Salud* se encuentra legitimada por pasiva, en la medida en que, conforme a la Resolución 117 de 2026, ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente, es la entidad ante la cual la señora *Lucía* presentó queja el 12 de junio de 2025 por la negativa en la realización del tamizaje neonatal.

La *Secretaría Distrital de Salud* también se encuentra legitimada porque el numeral 2 del artículo 9 de la Ley 1980 de 2019 señala que las Secretarías de Salud deberán proveer las condiciones para la realización del tamizaje neonatal, toma de muestra, transporte y entrega de resultados a los usuarios, así como su seguimiento a lo largo de la vida para los casos con diagnósticos positivos, como parte integral de la atención.

Asimismo, el *Instituto Nacional de Salud* se encuentra legitimado dado que, de conformidad con el artículo 4 de la Ley 1980 de 2019, este actúa como centro nacional coordinador del tamizaje neonatal, y se encarga de impartir los lineamientos técnicos para la toma de muestras.

Finalmente, aunque el niño *Felipe* se encuentra actualmente afiliado a *Coomewa Medicina Prepagada S.A.* mediante el contrato No. 62834 suscrito el 26 de abril de 2025, se advierte que, al momento de su contratación, ya no era posible realizar el tamizaje neonatal, dado que la ventana de oportunidad, según la Resolución 117 de 2026, es de máximo cinco días posteriores al nacimiento. Adicionalmente, la tutela no se dirigió contra esta entidad, por lo que no se encuentra legitimada en la causa por pasiva.

Inmediatez

Como la acción de tutela es un mecanismo para la protección inmediata y efectiva de los derechos fundamentales, esta se debe promover en un plazo prudente y razonable respecto del momento en el que presuntamente se causa la vulneración, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso[147].

El niño *Felipe* nació el 4 de abril de 2025 y la acción de tutela se interpuso en su representación el 24 de julio del mismo año. Si bien transcurrieron cerca de tres meses desde el nacimiento, la madre del niño presentó previamente una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud el 12 de junio de 2025 y solo obtuvo respuesta de la EPS Compensar el 23 de julio siguiente. En consecuencia, el plazo resulta razonable y se cumple el requisito de inmediatez.

Subsidiariedad

Según el artículo 86 constitucional cualquier persona puede acudir a la acción de tutela para solicitar el amparo de sus derechos fundamentales cuando no cuente con otro mecanismo de defensa judicial o ante su existencia, este no resulte idóneo ni eficaz.

La Sala encuentra que, pese a la existencia de un mecanismo ordinario, la presente acción de tutela cumple con el requisito de subsidiariedad, pues aunque la Superintendencia Nacional de Salud tiene funciones jurisdiccionales para dirimir controversias entre las entidades prestadoras del servicio de salud y sus afiliados respecto de los servicios incluidos o excluidos del Plan de Beneficios en Salud (PBS), resulta desproporcionado exigir que la representante legal acuda a dicho mecanismo. En efecto, conforme a lo señalado en la Sentencia SU-508 de 2020[148], la acción de tutela se configura como el mecanismo idóneo y eficaz cuando el medio jurisdiccional ordinario presenta barreras administrativas o dificultades en sus tiempos de respuesta, el asunto se relaciona con la negativa u omisión en la prestación de servicios y tecnologías en salud y se evidencia la posible afectación de los derechos de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre con los niños, niñas y adolescentes.

En el presente caso, el medio jurisdiccional ordinario ante la Superintendencia Nacional de Salud aún presenta barreras institucionales que no han sido superadas. Adicionalmente, el asunto se relaciona con la no realización de un servicio de salud —el tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico— dirigido específicamente a la población de recién nacidos, quienes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Finalmente, la Sala advierte que, tratándose de una prestación cuyo reconocimiento normativo y desarrollo operativo se ha venido consolidando de manera progresiva en el sistema de salud, la acción de tutela se configura como el mecanismo expedito para su reclamación cuando la entidad administradora de planes de beneficios niega u omite su activación, en tanto está en juego la garantía oportuna del componente preventivo del derecho fundamental a la salud. A ello se suma que el presente caso plantea la necesidad de precisar el alcance del mandato de progresividad frente a esta prestación específica, así como las obligaciones que de aquella se derivan para las entidades del sistema de salud en el proceso de implementación efectiva del programa de tamizaje neonatal.

7.2. La carencia actual de objeto por daño consumado

77. La carencia actual de objeto es el fenómeno procesal que se presenta cuando la acción de

tutela pierde su razón de ser, debido a la “alteración o el desaparecimiento de las circunstancias que dieron origen a la presunta vulneración de los derechos”[149]. Ello implica que cualquier orden del juez caería en el vacío[150]. La Corte ha identificado tres supuestos para su configuración: (i) hecho superado[151], (ii) situación sobreviniente[152] y (iii) daño consumado.

78. La jurisprudencia constitucional ha indicado que el daño consumado se configura cuando el motivo de la presentación de la acción de tutela se extingue, pues la vulneración o amenaza a los derechos fundamentales ha tenido lugar y se ha ocasionado el daño irreparable que se pretendía evitar con la orden del juez de tutela[153].
79. El daño consumado, a diferencia del hecho superado, no se origina en el actuar diligente del accionado, sino en que, por el paso del tiempo, aunado a la amenaza o vulneración de derechos fundamentales alegada, se concretó el daño que se pretendía evitar[154]. En esta materia, la jurisprudencia constitucional y la práctica interpretativa a la que ha dado lugar deja en evidencia que, a pesar de que la acción de tutela tiene por objeto la protección de derechos subjetivos, ello no inhibe la activación de la dimensión objetiva de las normas de derecho fundamental[155]. Precisamente esa dimensión constituye una de las razones que explican la facultad -hecho superado y situación sobreviniente- y la obligación -daño consumado- de adoptar pronunciamientos de fondo que permitan precisar el alcance de los derechos fundamentales y definir medidas adecuadas para su protección[156].
80. *En el presente caso se configuró una carencia actual de objeto por daño consumado.* En el presente asunto, la Sala constata la configuración de una carencia actual de objeto por daño consumado, en tanto la vulneración alegada se materializó en la pérdida irreversible de la ventana de oportunidad clínica para la práctica del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico. Conforme a lo expuesto en las consideraciones de esta providencia, la efectividad de dicha prueba depende de su realización dentro de un marco temporal estricto: la toma y procesamiento de la muestra de sangre de talón debe efectuarse

idealmente entre las 48 y 72 horas de vida, y como límite superior admisible dentro de las 120 horas (5 días) posteriores al nacimiento. El valor de esta estrategia de salud pública radica en la detección de patologías graves y tratables en una etapa presintomática, pues superado ese umbral, se frustra de manera definitiva la finalidad preventiva del examen.

81. En este caso, cuando se recomendó inicialmente la práctica del tamizaje el niño tenía dos días de nacido; cuando la EPS negó su autorización contaba con un mes y siete días; y al momento que se interpuso la acción de tutela tenía tres meses y veinte días. Para entonces, había transcurrido ampliamente el período clínicamente relevante para efectuar el tamizaje con fines de detección temprana. Así, el daño que se pretendía evitar -la pérdida de la oportunidad de identificar tempranamente enfermedades que pueden generar discapacidad irreversible o incluso la muerte- ya se había consumado.
82. La Sala precisa que, para el 4 de abril de 2025, fecha del nacimiento del menor de edad, el derecho al tamizaje neonatal básico se encontraba definido bajo un marco de obligatoriedad que no admitía dilaciones injustificadas. Si bien la Ley 1980 de 2019 prevé una implementación progresiva, para el año 2025 el Estado ya había asumido su financiación a través de la UPC, con una meta de cobertura del 65% de la población. Aunque se pudiera alegar que este no cubría el 100%, ninguna de las entidades accionadas justificó la omisión del examen en que el niño se encontrara por fuera de ese porcentaje de cobertura. Por el contrario, la respuesta institucional evidenció una cadena de desinformación y fallas administrativas.
83. En consecuencia, la omisión inicial en la práctica del examen dentro de la ventana de oportunidad, sumada a la negativa posterior basada en criterios clínicos inaplicables a una prueba de detección presintomática, vaciaron de contenido el derecho fundamental a la salud del niño en su dimensión preventiva. Para el momento de la interposición del amparo, ya no era biológicamente posible retrotraer el tiempo para realizar el tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico en condiciones de eficacia. Por ello, cualquier orden judicial encaminada a la práctica del examen resultaría inocua para restablecer

materialmente el derecho invocado.

84. No obstante, la configuración del daño consumado no exime al juez constitucional de emitir un pronunciamiento de fondo. En atención a la dimensión objetiva del derecho fundamental a la salud y al interés superior del niño, corresponde precisar el alcance de las obligaciones de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecer las fallas advertidas en la ruta de atención y adoptar medidas orientadas a evitar la repetición de situaciones similares, aun cuando no sea posible revertir la pérdida concreta sufrida en este caso.

7.3. Compensar EPS y el Hospital Méderi vulneraron el derecho a la salud del niño *Felipe*, en su dimensión preventiva

85. Desde el 4 de abril de 2025, fecha en que nació el niño *Felipe* en el Hospital Méderi, como se advirtió desde el capítulo anterior referido al daño consumado, esta Corte evidencia, en el caso concreto, una falla en la garantía del derecho fundamental a la salud en su dimensión preventiva. Aunque en la historia clínica se consignó la recomendación de realizar el tamizaje metabólico neonatal, el personal del Hospital Méderi omitió informar a la madre que dicho examen debía practicarse dentro de un tiempo estricto, a más tardar dentro de los primeros cinco días de vida del recién nacido. Para esta Corporación, dicha omisión resultó determinante, pues la efectividad del tamizaje metabólico neonatal depende de su realización oportuna y no de la manifestación posterior de síntomas clínicos.
86. En el presente asunto, la Sala constató que el Hospital Méderi no adoptó medidas mínimas para garantizar la práctica del examen, más allá de la sola recomendación consignada en la historia clínica[157]. En efecto, al indicar que el tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico no se encontraba parametrizado en la institución, el hospital no adelantó gestión

alguna para asegurar su realización, ya fuera mediante la activación de mecanismos internos, la remisión oportuna a otra institución o la coordinación con la EPS Compensar[158]. Esta omisión adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que, según la propia respuesta de la IPS, el recién nacido fue valorado a las 72 horas en la consulta de recién nacido[159], momento que aún se encontraba dentro de la ventana óptima para la realización del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico[160]. Pese a ello, el personal del hospital no brindó una guía clara, completa y suficiente a la madre sobre la oportunidad, urgencia y consecuencias de no realizar el examen dentro del término máximo de cinco días.

87. La Corte precisa que la existencia de una recomendación médica aislada, como la que realizó el Hospital Méderi en la historia clínica de nacimiento del menor de edad, no satisface, por sí sola, la garantía del derecho al tamizaje neonatal básico, cuando esta no se acompaña de acciones orientadas a su realización dentro de la ventana de oportunidad. En el caso concreto, la orden parcial de algunos tamizajes no se tradujo en la práctica integral y oportuna del examen.
88. Lo anterior resulta contrario a los deberes impuestos a las IPS por las Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026, que les exigen, en el marco de la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal, planear y ejecutar procesos de desarrollo de capacidades del talento humano, verificar la adherencia a los lineamientos técnicos, hacer seguimiento a la oportunidad de las atenciones, identificar barreras de acceso, entre otros. Para esta Corporación, el incumplimiento de estas obligaciones evidencia una falla en la implementación del programa y en la garantía efectiva del componente preventivo del derecho a la salud del niño *Felipe*.
89. Más adelante, la Sala observa que, aunque la madre y el niño acudieron a consulta de pediatría en medicina prepagada tras haber contratado con un plan del programa *plata prime* para el niño con Coomeva Medicina Prepagada S.A. el 26 de abril de 2025 y obtuvo una orden médica con fundamento en la historia clínica del nacimiento, para ese momento

la ventana óptima para la realización del tamizaje ya se encontraba expirada. Esto evidencia que la afectación al componente preventivo del derecho a la salud se originó, en principio, por la falta de información y direccionamiento oportuno por parte del Hospital Méderi, que atendió el parto.

90. Sin perjuicio de lo anterior, este Tribunal también evidencia que Compensar EPS incurrió en una actuación contraria a la dimensión preventiva del derecho a la salud, al negar la práctica del tamizaje metabólico neonatal con fundamento en la ausencia de síntomas en el menor de edad y en la no inclusión de dicho examen en el Plan de Beneficios en Salud. Además, el médico adscrito a dicha entidad tampoco le informó a la señora *Lucía* que la oportunidad de realizarlo ya se había perdido. La Corte determina que esta justificación que dio la entidad desconoce la naturaleza esencialmente preventiva del tamizaje, pues Compensar EPS no indicó nada sobre la realización del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico, a pesar de que en sede de revisión se le consultó explícitamente sobre esto. Por lo anterior, la Corte evidencia que la actuación de Compensar EPS desconoció las obligaciones que las Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026 imponen a las EAPB, pues su red de prestadores no aseguró oportunamente el acceso a un examen obligatorio.

91. En consecuencia, si bien la pérdida de la oportunidad se produjo como resultado de una falla inicial del sistema atribuible al Hospital Méderi, la conducta desplegada por Compensar EPS contribuyó a consolidar la vulneración del derecho fundamental a la salud del niño *Felipe* en su dimensión preventiva, al no asumir una postura activa de garantía frente a una prestación obligatoria. De este modo, tanto el Hospital Méderi como la EPS Compensar incumplieron sus deberes de información, articulación y protección reforzada, en desconocimiento del interés superior del niño.

7.4. Progresividad y fallas en la

garantía del tamizaje endocrino- metabólico neonatal básico: análisis a partir del caso de *Felipe*

92. Aunque existe un marco normativo en materia de tamizaje neonatal, construido a partir de la Ley 1980 de 2019 y desarrollado recientemente mediante las Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026, este Tribunal evidencia que la implementación efectiva del Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia todavía enfrenta retos significativos que inciden en la garantía real y oportuna de este examen como intervención esencial de salud pública al momento del nacimiento.
93. En este ámbito, la Ley 1980 de 2019 dispuso que el tamizaje neonatal es obligatorio, gratuito y de implementación progresiva. Esta progresividad no habilita la inacción administrativa, sino que impone al Estado el deber de escalar gradualmente la capacidad técnica, operativa y financiera del sistema para garantizar la cobertura universal del programa.
94. En el marco de este proceso, el Ministerio de Salud y Protección Social explicó que la implementación gradual del tamizaje neonatal endocrino-metabólico básico responde también a consideraciones de sostenibilidad financiera del sistema. En particular, señaló que los costos de las pruebas de tamizaje, las pruebas diagnósticas y las atenciones iniciales de seguimiento fueron incorporados en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) mediante estudios técnicos de suficiencia financiera, análisis epidemiológicos de la población menor de un año, proyecciones demográficas y estimaciones sobre la capacidad instalada de los laboratorios[161]. Con base en estos estudios, el Gobierno nacional definió metas progresivas de financiación y cobertura que alcanzan aproximadamente el 65% de los recién nacidos para la vigencia 2025 y el 79% para la vigencia 2026, incrementos que fueron incorporados en el cálculo de la UPC mediante las Resoluciones 2717 de 2024 y 2764 de 2025[162].

95. Si bien estas medidas evidencian avances en la incorporación del programa de tamizaje neonatal dentro del esquema de aseguramiento en salud, la progresividad no puede interpretarse como una habilitación para posponer la garantía efectiva de una intervención preventiva esencial. En el marco del derecho fundamental a la salud, este principio exige avances continuos y verificables orientados a alcanzar la cobertura universal del programa en un plazo razonable.
96. En el caso concreto, además, la Sala observa que la falta de realización del tamizaje neonatal no se debió a una limitación presupuestal ni a la eventual exclusión del niño del porcentaje de cobertura financiado por la UPC. El niño *Felipe* nació el 4 de abril de 2025 y, para entonces, el Estado ya había incorporado recursos para financiar el 65% de los nacimientos del país. Sin embargo, ni el Hospital Méderi ni la EPS Compensar activaron la ruta correspondiente, y ninguna de las entidades accionadas justificó la omisión en restricciones presupuestales o en la inexistencia de cobertura para el menor. Por el contrario, la barrera de acceso fue el resultado de una cadena de desinformación institucional.
97. En consecuencia, pese a que el Estado ha avanzado en la construcción normativa, técnica y financiera del Programa de Tamizaje Neonatal, persisten fallas en su implementación que afectan su garantía real y oportuna. En este contexto, la progresividad del programa debe entenderse como un proceso de expansión gradual de su capacidad técnica, operativa y financiera orientado a alcanzar la cobertura universal de todos los recién nacidos en un plazo razonable. Sin embargo, dicha progresividad no explica ni justifica la omisión verificada en el presente caso, en el que ninguna de las entidades accionadas acreditó que la falta de realización del examen obedeciera a limitaciones derivadas del esquema de financiación o de las metas de cobertura previstas para la vigencia correspondiente. En todo caso, les corresponde a las entidades del sistema asegurar la activación de la ruta de tamizaje neonatal desde el momento del nacimiento y adoptar las gestiones necesarias para que el examen se realice de manera oportuna dentro del marco

de implementación progresiva del programa.

7.5. Persistencia de retos en la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal

98. En este punto, la Corte resalta que el tamizaje neonatal no debe constituir una prestación sujeta a solicitud expresa, autorización posterior ni a la iniciativa de los representantes legales, sino una intervención automática que debe activarse de oficio al momento del nacimiento por las entidades responsables. Su carácter preventivo y poblacional impide supeditar su práctica a la identificación de síntomas clínicos, pues ello desnaturaliza la finalidad misma del programa.
99. En el caso concreto de *Felipe*, ocurrido en 2025, se evidencia la persistencia de estas fallas. Aunque para esa fecha el tamizaje neonatal básico ya había sido reconocido como obligatorio y contaba con un 65% de financiación vía UPC, ni la IPS que atendió el parto ni la EPS responsable garantizaron su realización dentro de la ventana clínicamente indicada. Esto demuestra que, incluso varios años después de la expedición del Programa, subsisten dificultades en su implementación efectiva.
100. Con base en los conceptos técnicos allegados en sede de revisión, la Corporación constata la brecha entre la norma y su ejecución. Según dichos conceptos, el tamizaje neonatal no siempre se entiende ni se implementa como una intervención preventiva que debe realizarse de manera sistemática y oportuna en todos los recién nacidos, lo que desconoce las facetas de prevención, diagnóstico y oportunidad que integran el derecho fundamental a la salud.
101. La Corte destaca, además, que los expertos han evidenciado diferencias significativas

entre la implementación del programa en grandes ciudades y en departamentos apartados[163], lo que refleja un patrón de desigualdad territorial, al igual que ocurre con otros derechos. Así, mientras en ciudades capitales se logran mayores niveles de cobertura, en regiones apartadas persisten rezagos estructurales que afectan la garantía del derecho a la salud desde el nacimiento.

102. En respuesta al requerimiento efectuado en sede de revisión, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoció que subsisten retos en la gestión del programa, particularmente en la coordinación interinstitucional. Señaló que su adecuada ejecución exige la identificación antenatal de riesgos, la toma oportuna de muestras, el reporte de resultados y la articulación entre IPS, EAPB y laboratorios para definir la ruta de atención. Asimismo, indicó que no todas las entidades territoriales cuentan con laboratorios para procesar el tamizaje endocrino-metabólico básico, lo que obliga a establecer rutas claras que garanticen la toma de muestras y la atención integral del recién nacido.
103. Por ello, la Corte concluye que los avances normativos y financieros reportados no desvirtúan la vulneración advertida en este caso. Las dificultades de implementación no pueden trasladarse al recién nacido ni convertirse en una carga para su familia, cuando el ordenamiento reconoce el tamizaje neonatal como una intervención preventiva obligatoria desde el nacimiento.

7.6. Corresponsabilidad institucional y costo-efectividad del Programa de Tamizaje Neonatal

104. Este Tribunal evidencia que la implementación efectiva del Programa de Tamizaje Neonatal supone una corresponsabilidad diferenciada entre los actores del sistema de

salud. Al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la dirección, regulación y seguimiento del programa; al Instituto Nacional de Salud, la coordinación técnica y el aseguramiento de la calidad; a las EAPB, garantizar el acceso oportuno al tamizaje a través de su red de prestadores; y a las IPS, su ejecución material, incluida la toma de muestras, la información a las familias y el reporte adecuado de datos.

105. En particular, se constata que las EPS deben garantizar la realización integral del tamizaje neonatal básico, auditivo y visual a todos los recién nacidos hijos de madres afiliadas, asegurando que comprenda todas las patologías previstas y que se practique dentro de la ventana clínicamente indicada.
106. En el caso concreto, aunque se ordenaron el tamizaje auditivo, el visual y la detección de hipotiroidismo congénito (TSH), no se acreditó la realización integral del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico conforme a la regulación vigente, pues este no se limita a una sola patología y su práctica parcial no satisface el estándar mínimo fijado por la Ley.
107. Desde una perspectiva de eficiencia y sostenibilidad, esta Corporación destaca que el tamizaje neonatal es una intervención costo-efectiva en salud pública. La evidencia técnica y económica demuestra que la detección temprana y el tratamiento oportuno de las enfermedades incluidas en el programa permiten evitar hospitalizaciones prolongadas, discapacidad permanente y tratamientos de alto costo. Sin embargo, esta eficiencia se ve afectada cuando el programa se implementa de manera incompleta, como ocurrió en el caso analizado.
108. En consecuencia, la Corte considera que la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal se debe entender como una prioridad del sistema de salud y como una obligación que consiste en garantizar, al menos, la realización integral del tamizaje

endocrino-metabólico neonatal básico, auditivo y visual en todos los recién nacidos. La garantía efectiva de este derecho exige articulación interinstitucional y mecanismos claros de seguimiento y rendición de cuentas, de modo que los avances normativos se reflejen en la protección efectiva del interés superior del niño y el derecho fundamental a la salud desde el nacimiento.

7.7. Remedios judiciales

109. En virtud de lo expuesto, la Sala Segunda de Revisión revocará la sentencia de instancia que negó el amparo solicitado y, en su lugar, declarará la carencia actual de objeto por daño consumado respecto del derecho fundamental a la salud del menor de edad.
110. Además, la Corte declarará que la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Hospital Universitario Mayor Méderi y la EPS Compensar vulneraron el derecho fundamental a la salud del niño *Felipe*, en su dimensión preventiva, al no garantizar la práctica integral y oportuna del tamizaje neonatal básico, pese a tratarse de una prestación obligatoria, de carácter preventivo y dirigida a un sujeto de especial protección constitucional.
111. Con el fin de evitar la repetición de estas conductas, esta Corporación le ordenará al Hospital Universitario Mayor Méderi adoptar un protocolo institucional obligatorio para la activación del tamizaje neonatal, fortalecer los procesos de información a las madres, asegurar la remisión inmediata cuando no cuente con el servicio y fortalecer la capacitación de su talento humano conforme a la normativa vigente.
112. De igual forma, este Tribunal le ordenará a la EPS Compensar adoptar las medidas necesarias para garantizar que los tamizajes endocrino-metabólico neonatal básico, auditivo y visual se activen de oficio al momento del nacimiento de sus afiliados. Esta

orden se fundamenta en que dichas prestaciones tienen carácter obligatorio, preventivo y gratuito dentro del sistema de salud. Si bien la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal ha sido concebida bajo un criterio de progresividad en su expansión y financiación -con metas de cobertura definidas a partir de estudios técnicos de suficiencia financiera en el cálculo de la UPC-, dicha progresividad corresponde principalmente a la planeación y fortalecimiento del sistema por parte de las autoridades del sector salud y no se puede traducir en barreras de acceso para los recién nacidos afiliados. Para tal efecto, deberá asegurar que su red de prestadores cuente con la capacidad real y oportuna para la práctica de estos exámenes, así como adelantar procesos de capacitación dirigidos tanto a su talento humano como a las instituciones prestadoras de servicios de salud de su red, con el fin de garantizar la correcta comprensión de su carácter automático, preventivo y no condicionado a la presencia de síntomas.

113. Asimismo, la Corte exhortará al Ministerio de Salud y Protección Social para que fortalezca el seguimiento, la articulación interinstitucional y la evaluación periódica del Programa de Tamizaje Neonatal, garantizando que los avances normativos y financieros se traduzcan en una implementación efectiva y oportuna en todo el territorio nacional, conforme al interés superior del niño y a la naturaleza preventiva del derecho fundamental a la salud. En particular, deberá reforzar las estrategias de divulgación dirigidas a las entidades administradoras de planes de beneficios, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los planes adicionales o complementarios, asegurando la comprensión de su carácter obligatorio, universal y preventivo, su activación automática al momento del nacimiento y su no sujeción a la presencia de síntomas ni a interpretaciones contractuales que desvirtúen su finalidad.
114. Adicionalmente, y teniendo en cuenta que el propio Ministerio ha incorporado la financiación del tamizaje neonatal endocrino-metabólico básico dentro del cálculo de la UPC mediante estudios técnicos de suficiencia financiera y metas de cobertura progresiva, la Sala exhortará al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en el marco de sus competencias de dirección y regulación del sistema, y en articulación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en lo relativo a la sostenibilidad financiera del sistema de

salud, **y en cumplimiento del principio de coordinación y colaboración que rige la función administrativa**[164], adopte las medidas necesarias para acelerar la implementación del programa y garantizar que, a más tardar en la vigencia 2027, se alcance la cobertura y operatividad del 100% del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico para todos los recién nacidos del país.

115. La meta del 100% resulta razonable si se tiene en cuenta que, según la información aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cobertura financiada del programa alcanza aproximadamente el 65% de los nacimientos para 2025 y el 79% para la vigencia 2026, lo que evidencia una línea de expansión progresiva del programa y una base técnica y financiera ya en funcionamiento. En ese sentido, **dicha expansión progresiva constituye el punto de partida para alcanzar la universalización del programa**, por lo que la meta de cobertura total para 2027 no desconoce el principio de progresividad, sino que se inscribe en la misma lógica de ampliación gradual hasta garantizar su aplicación a la totalidad de los recién nacidos del país. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Carta de Derechos y Deberes de los afiliados y adelantar campañas de difusión masiva que consoliden el reconocimiento de esta prueba como una prestación obligatoria que se activa de oficio desde el nacimiento en todo el territorio nacional[165].

116. En el mismo sentido, este Tribunal exhortará al Instituto Nacional de Salud para que refuerce los mecanismos de coordinación técnica y aseguramiento de la calidad de los laboratorios que procesan pruebas de tamizaje neonatal, y emita recomendaciones técnicas orientadas a reducir los tiempos de reporte y a mejorar el seguimiento de los casos positivos.

117. Adicionalmente, la Sala Segunda de Revisión exhortará a la Superintendencia Nacional de Salud y a las secretarías de salud departamentales y distritales para que intensifiquen las labores de inspección, vigilancia y control sobre la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal en sus respectivos territorios, y verifiquen la capacidad instalada, los

tiempos de toma y reporte de las pruebas, así como la adecuada articulación entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud desde el nacimiento.

118. Por último, oficiará a la Procuraduría General de la Nación para que, en el ámbito de sus competencias constitucionales[166], acompañe el cumplimiento de las órdenes dictadas en el presente fallo.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero. REVOCAR la sentencia de única instancia del 4 de agosto de 2025, proferida por el Juzgado 002 Civil Municipal de Ejecución de Sentencias que negó las pretensiones de la acción de tutela. En su lugar, **DECLARAR** la carencia actual de objeto por daño consumado respecto del derecho a la salud del niño *Felipe*.

Segundo. DECLARAR que la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Hospital Universitario Mayor Méderi y la EPS Compensar vulneraron el derecho fundamental a la salud, en su dimensión preventiva, del niño *Felipe*, en relación con la garantía del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico.

TERCERO. ORDENAR a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Hospital Universitario Mayor Méderi que, en un término máximo de **un (1) mes** contado desde la notificación de la providencia: (i) adopte un protocolo institucional obligatorio para la activación del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico en todos los nacimientos atendidos en la institución; (ii) garantice que el personal de salud informe de manera clara, suficiente y documentada a las madres sobre la finalidad preventiva del tamizaje neonatal, la ventana de oportunidad para su realización y las consecuencias de no practicarlo; (iii) asegure la remisión inmediata a IPS cuando no pueda activar la prestación del servicio y adopte las medidas necesarias para que, en un término no mayor a cuatro meses, dicho servicio sea parametrizado en la institución; y (iv) fortalezca los procesos de capacitación del talento humano conforme a las Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho protocolo deberá implementarse dentro de los dos (2) meses siguientes a su adopción y, en caso de que el servicio no se encuentre actualmente parametrizado, la institución deberá adelantar las medidas administrativas y técnicas necesarias para garantizar su habilitación e integración en un término no superior a cuatro (4) meses.

CUARTO. ORDENAR a Compensar EPS que, desde la notificación de esta providencia (i) garantice que el tamizaje neonatal básico, auditivo y visual se active al nacimiento de sus afiliados, sin exigir solicitud, ni presencia de síntomas; y en el término máximo de dos (2) meses contados a partir de la notificación de esta providencia (ii) garantice que su red de prestadores cuente con la **capacidad real y oportuna** para la toma de la muestra dentro de la ventana clínica; y (iii) capacite a su talento humano y prestadores sobre la **naturaleza preventiva y obligatoria** del tamizaje neonatal básico.

QUINTO. EXHORTAR (i) al Ministerio de Salud y Protección Social para que fortalezca el seguimiento, la articulación interinstitucional y la evaluación periódica del Programa de Tamizaje Neonatal, garantizando que los avances normativos y financieros se traduzcan en una implementación efectiva y oportuna en todo el territorio nacional; para ello, deberá diseñar e implementar un mecanismo específico, periódico y verificable de seguimiento y

evaluación que permita medir su cumplimiento efectivo en el país, con indicadores claros de cobertura, oportunidad y calidad, metas anuales progresivas e informes públicos periódicos que den cuenta del nivel real de implementación por departamento y régimen de afiliación;

(ii) Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá reforzar las estrategias de divulgación dirigidas a las entidades administradoras de planes de beneficios, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los planes adicionales o complementarios, asegurando la comprensión de su carácter obligatorio, universal y preventivo, su activación automática al momento del nacimiento y su no sujeción a la presencia de síntomas ni a interpretaciones contractuales que desvirtúen su finalidad; igualmente, en articulación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus competencias en materia de sostenibilidad financiera del sistema de salud y en cumplimiento del principio de coordinación y colaboración, deberá acelerar la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal para que, a más tardar en la vigencia 2027, se alcance el 100% de cobertura y operatividad del tamizaje endocrino-metabólico neonatal básico, actualizar la Carta de Derechos de los afiliados y adelantar campañas de difusión masiva que consoliden su reconocimiento como una prestación obligatoria que se activa de oficio desde el nacimiento en todo el territorio nacional;

(ii) al Instituto Nacional de Salud para que fortalezca los mecanismos de **coordinación técnica y aseguramiento de la calidad** de los laboratorios que procesan pruebas de tamizaje neonatal. Asimismo, para que emita recomendaciones técnicas orientadas a reducir los tiempos de reporte y mejorar el seguimiento de casos positivos;

(iii) a la Superintendencia Nacional de Salud y a las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales para que intensifiquen las labores de inspección, vigilancia y control sobre la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal en sus territorios. Igualmente, para que verifiquen la capacidad instalada, los tiempos de toma y reporte, y la articulación entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud.

SEXTO. ORDENAR que, por Secretaría General de la Corte, se oficie a la Procuraduría General de la Nación, para que, dentro del ámbito de sus competencias constitucionales y legales, acompañe el cumplimiento de esta sentencia.

SÉPTIMO. LÍBRESE por la Secretaría General de la Corte Constitucional la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto Estatutario 2591 de 1991.

CARLOS CAMARGO ASSIS

Magistrado

HECTOR ALFONSO CARVAJAL LONDOÑO

Magistrado

JUAN CARLOS CORTÉS GONZÁLEZ

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] Cfr.Circular Interna N.º 10 de 2022 de la Corte Constitucional y artículos 61 del Acuerdo 01 de 2025 y 21 de la Ley 1712 de 2014.

[2] Con el fin de facilitar el entendimiento del caso la información sobre la situación fáctica expuesta en el escrito de tutela fue complementada a partir de las pruebas que obran en el expediente.

[3] Según la Resolución 207 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, el tamizaje neonatal se define como la atención en salud dirigida a la detección temprana de recién nacidos con enfermedades que pueden producir mortalidad evitable, discapacidad, morbilidad significativa o grave afectación de la calidad de vida. Estas enfermedades son susceptibles de ser identificadas a través de tecnologías de alta sensibilidad durante las primeras horas o días de nacimiento, con el objeto de ser confirmadas, brindarles tratamiento de manera oportuna y el seguimiento necesario para mejorar sus resultados en salud y desarrollo.

[4] Expediente digital. Archivo “05ALCANCEACCIONANTE2025-0224.pdf”.

[5] En el escrito de tutela y en el documento posterior presentado durante su trámite la accionante no precisó si puso en conocimiento del médico de la EPS la orden expedida el 2 de mayo de 2025 por el pediatra adscrito a Coomeva Medicina Prepagada S.A. Solo en el escrito allegado en el trámite remitió copia de dicha orden, pero sin explicar si la presentó ante la EPS. En esa oportunidad se limitó a afirmar que “no cuento con orden médica

expedida por la EPS Compensar para el tamizaje metabólico neonatal, dado que, en la consulta de control del 9 de mayo de 2025, solicité verbalmente al pediatra de la sede de Soacha que ordenara dicho examen, y este se negó expresamente indicando que no estaba cubierto por el POS y que no lo consideraba necesario”. Es decir, no mencionó la orden emitida por el servicio de medicina prepagada.

[6] Por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.

[7] Expediente digital. Archivo “02.Escritotutela2025-0224.pdf”, pág. 1.

[8] Expediente digital. Archivo “03.Admisorio2025-0224.pdf”.

[9] Expediente digital. Archivos “10AutoVinculaFNG2025-0224.pdf” y “12AutoVinculaIPS2025-0224.pdf”.

[10] El Ministerio de Salud y Protección Social y la IPS Asistir Salud guardaron silencio.

[11] Expediente digital. Archivo “09RtaCompensar2025-0224.pdf”.

[12] Ibidem.

[13] Expediente digital. Archivo “07RtaSecretSalud2025-0224.pdf” y Expediente digital. Archivo “08RtaSupersalud2025-0224.pdf”.

[14] Expediente digital. Archivo “17Sentencia2025-0224.pdf”.

[15] Expediente digital. Archivo “02.Escritotutela2025-0224.pdf”, pág. 4.

[16] Ibidem, pág. 5.

[17] Ibidem, págs. 10 a 12.

[18] Expediente digital. Archivo “05ALCANCEACCIONANTE2025-0224.pdf”, pág. 3.

[19] Ibidem, págs. 4 a 9.

[20] Expediente digital. Archivos 04Auto_de_pruebas_T_10.984.958_AC_nombres_reales.pdf

[21] Expediente digital. Archivo “RESPUESTA AUTO DE PRUEBAS 15 DE DICIEMBRE 2025.pdf”

[22] Expediente digital. Archivo “RESPUESTA REQUERIMIENTO.pdf”.

[23] Como soporte de sus respuestas allegó la historia clínica de la consulta con gastroenterología pediátrica; historia clínica de la consulta pediátrica del 5 de diciembre de 2025; y resultado del examen coprológico del menor de edad. Expediente digital. Archivo “RESPUESTA REQUERIMIENTO.pdf”. Págs. 4 a 15.

[24] Expediente digital. Archivo “RESPUESTA REQUERIMIENTO – *Felipe*.pdf”.

[25] Expediente digital. Archivo “Revisión de Acción de tutela Expediente T-11.491.689 *Lucía* – *Felipe*.pdf”.

[26] Expediente digital. Archivo “Respuesta_23261.pdf”.

[27] Expediente digital. Archivo “Respuesta de Coomeva Medicina Prepagada del Auto de pruebas acción de tutela instaurada por *Lucía* en representación de su hijo *Felipe*.pdf”.

[28] Expediente digital. Archivo “120251610230603262_02626.pdf”.

[29] Expediente digital. Archivo “Rta.ASCON.24-12-25.pdf”.

[30] Estándares y referencias internacionales pertinentes: recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); panel recomendado por el American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG); lineamientos de la American Academy of Pediatrics (AAP); experiencia de programas nacionales consolidados en Europa, Canadá y Estados Unidos.

[31] Expediente digital. Archivo “ACMGen – Respuesta Oficio OPTC-608-2025 – Expediente T-11.491.689.pdf”.

[32] Notificado el 9 de febrero de 2026.

[33] Expediente digital. Archivo “RESPUESTA AUTO DE PRUEBAS 15 DE DICIEMBRE 2025.pdf”

[34] 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.

[35] Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se dictan otras disposiciones.

[36] <https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/modulo16/>

[37] Sentencias T-309 de 2018 y T-330 de 2022.

[38] Ley 1751 de 2015. A este derecho se adscriben elementos esenciales para su efectiva materialización, tales como la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

[39] Sentencias C-569 de 2016, T-468 de 2018, SU-180 de 2022, T-133 de 2024, entre otras.

[40] Sentencia C-569 de 2016.

[41] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989. En la sentencia C-355 de 2006 la Corte reconoció que este instrumento forma parte del bloque de constitucionalidad.

[42] Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1996. La Corte ha reconocido que el PIDESC integra el bloque de constitucionalidad. Entre otras, ver sentencias C-504 de 2007 y C-046 de 2006.

[43] Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, realizada en San José, Costa Rica, del 7 al 22 de noviembre de 1969. La Corte ha manifestado que la Convención Americana sobre Derechos Humanos hace parte del bloque de constitucionalidad. Al respecto, ver sentencias C-401 de 2005 y C-355 de 2006.

[44] Sentencias T-580A de 2011, T-884 de 2011, T-468 de 2018 y T-133 de 2024.

[45] Sentencia T-791 de 2014.

[46] Sentencia T-380 de 2025.

[47] Sentencia T-121 de 2015 y artículo 4 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

[48] Sentencia T-592 de 2017, que cita las sentencias T-270 de 2003, T-1211 de 2004, T-903 de 2005, T-977 de 2006, T-492 de 2007 y T-300 de 2009.

[49] Sentencia T-415 de 2021.

[50] Sentencia T-510 de 2024.

[51] Ibidem.

[52] Sentencia SU-124 de 2018.

[53] Ministerio de Salud y Protección Social. “PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 – 2031”.

[54] Ibidem. P. 7.

[55] Ibidem. P. 100. En Colombia se reconoce la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública como una estrategia que busca “anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias.

[56] Ibidem. P. 102.

[57] Ibidem. P. 76.

[58] Ibidem. P. 76.

[59] Por medio de la cual se revisó el Proyecto de Ley Estatutaria No. 209 de 2013 Senado y 267 Cámara.

[60] Sentencia T-035 de 2011. “(...) es de vital importancia la aclaración que ha hecho la Corte en el sentido de avalar la interpretación según la cual, cuando existe posibilidad de mejoría o progreso en la salud del paciente, dichas entidades encargadas de la prestación de la seguridad social deban suministrar la atención requerida, en orden a lograr la recuperación

de la salud y el mejoramiento en la calidad de vida de la persona”.

[61] En este caso, el accionante perdió su ojo izquierdo y sufrió graves desfiguraciones faciales como consecuencia de un accidente de tránsito, y su entidad de salud le negó la autorización de una craneoplastia y la revisión de cicatrices al calificarlas como procedimientos meramente “estéticos” excluidos del plan de beneficios.

[62] La Corte analizó los casos de dos mujeres a quienes se les negaron cirugías reconstructivas por considerarlas intervenciones meramente estéticas.

[63] En este caso, a la accionante se le practicó una cirugía bariátrica por obesidad mórbida y, como consecuencia, presentó malformaciones cutáneas que afectaban su movilidad y su bienestar emocional. Aunque su médico tratante ordenó la realización de cirugías reconstructivas, la EPS las negó al considerarlas procedimientos estéticos.

[64] La Corte analizó el caso de un adolescente de 14 años diagnosticado con “orejas de pantalla de carácter bilateral”, quien sufría afectaciones psicológicas y acoso escolar, y cuya EPS negó una otoplastia bilateral al considerarla un procedimiento meramente estético.

[65] Sentencia T-496 de 2020, que cita la Sentencia T-760 de 2008 donde la Corte resaltó que los servicios de prevención “garantizan un nivel más alto de salud de una persona, por cuanto buscan evitar o reducir las posibilidades de que sufra un determinado padecimiento”.

[66] Sentencia T-496 de 2020, que cita la Sentencia T-760 de 2008. En esta providencia se señala que las acciones de prevención “cuestan considerablemente menos que los servicios de salud que se requieren para atender los quebrantamientos una vez estos aparecen”.

[67] Sentencia T-496 de 2020. En esta se indicó que la medicina preventiva ha sido fundamental en el diseño de sistemas de salud, en la formulación de políticas públicas y en la orientación de las actividades sanitarias. Este enfoque tiene por objeto evitar la aparición de patologías y controlar los factores de riesgo asociados a su surgimiento.

[68] Sentencia T-496 de 2020. Allí, la Corte resaltó que la garantía de la dimensión preventiva del derecho a la salud en el caso de migrantes en condición irregular, diagnosticados con el virus, no sólo impacta al paciente, sino que sus efectos se extienden a la comunidad de acogida y al Sistema de Salud.

[69] Sentencia T-088 de 2021.

[70] Ibidem.

[71] Sentencia T-088 de 2021. El derecho a la salud incluye facetas preventivas y debe garantizarse en condiciones de igualdad y equidad.

[72] El derecho a la salud de las personas que viven con el VIH incluye el acceso a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo de la infección, incluidas terapias, medicamentos y pruebas diagnósticas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las enfermedades oportunistas y de las enfermedades conexas, así como el apoyo social y psicológico, la atención familiar y comunitaria, y el acceso a las tecnologías de prevención.

[73] Artículos 1 y 2 de la Ley 1980 de 2019.

[74] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 207 de 2024 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal”. P. 12.

[75] Es la disminución de la producción de la hormona tiroidea en un recién nacido. En casos excepcionales, no se produce dicha hormona. La afección también se conoce como hipotiroidismo congénito. Congénito significa que está presente desde el nacimiento. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001193.htm>

[76] Es una afección poco frecuente en la cual un bebé nace sin la capacidad para descomponer apropiadamente un aminoácido llamado fenilalanina. Ver <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001166.htm>

[77] Es una afección en la cual el cuerpo no puede utilizar ([metabolizar](#)) el azúcar simple galactosa. Las personas con galactosemia son incapaces de descomponer completamente el azúcar simple galactosa. La galactosa compone la mitad de la lactosa, el azúcar que se encuentra en la leche. Ver <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000366.htm>

[78] Es una enfermedad que provoca la acumulación de moco espeso y pegajoso en los pulmones, el tubo digestivo y otras áreas del cuerpo. Es uno de los tipos de enfermedad pulmonar crónica más común en niños y adultos jóvenes. Es una enfermedad potencialmente

mortal. Ver <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000107.htm>

[79] Es el nombre dado a un grupo de trastornos hereditarios de las glándulas suprarrenales. Hereditario significa que los rasgos se transmiten de padres a hijos. Ver <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000411.htm>

[80] La deficiencia de biotinidasa es un trastorno hereditario en el que el cuerpo no puede reciclar la vitamina biotina. Si esta afección no se reconoce ni se trata, sus signos y síntomas suelen aparecer durante los primeros meses de vida, aunque también puede manifestarse más adelante en la infancia. Ver <https://medlineplus.gov/genetics/condition/biotinidase-deficiency/>

[81] Ibidem.

[82] Ibidem. P. 13.

[83] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 207 de 2024 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal”. P. 7.

[84] Ibidem. P. 10.

[85] Ibidem.

[86] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 117 de 2026 “Por medio de la cual se actualiza el Anexo Técnico 1 de la Resolución 207 de 2024 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el Programa de Tamizaje Neonatal”.

[87] Ibidem. P. 2. Que mediante la Resolución 2764 de 2025, este Ministerio fijó el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2026, considerando las pruebas de tamizaje neonatal endocrino metabólico básico, incluyendo las pruebas confirmatorias y las atenciones iniciales en salud que se determinan en el presente acto administrativo, conforme a la progresividad y disponibilidad de recursos, según lo dispuesto en la Ley 1980 de 2019. En este orden, la definición de la progresividad de las atenciones de tamizaje neonatal básico quedará reseñada en la Resolución que fije el valor de la UPC cada año.

[88] Artículo 2 de la Ley 1980 de 2019.

[89] Ibidem.

[90] Ibidem.

[91] Expediente digital. Archivo “ACMGen – Respuesta Oficio OPTC-608-2025 – Expediente T-11.491.689.pdf”.

[92] Ibidem.

[93] La información relativa a los programas de tamizaje neonatal en Costa Rica, Uruguay, Chile, Brasil y Argentina se toma de Therrell BL et al., *Current Status of Newborn Bloodspot Screening Worldwide 2024: A Comprehensive Review of Recent Activities (2020-2023)*, *International Journal of Neonatal Screening*, 2024. Los datos correspondientes a Colombia provienen del Repositorio de Tamizaje Neonatal del Instituto Nacional de Salud (INS), con corte a septiembre de 2024 y de “Tamizaje Neonatal, el examen para identificar 30 enfermedades, que en Colombia solo identifica una”, *Pesquisa Javeriana*, 21 de marzo de 2024. De conformidad con las fuentes consultadas, el análisis comparado de los sistemas de tamizaje neonatal evidencia una “deuda histórica” de más de 50 años en Colombia, país en el que, durante décadas, únicamente se ha practicado de forma obligatoria el tamizaje para hipotiroidismo congénito. En Costa Rica y Uruguay cuentan con los esquemas más avanzados y equitativos de Latinoamérica. En particular, Costa Rica fue pionero en la implementación nacional del tamizaje ampliado mediante espectrometría de masas en tándem (MS/MS) desde 2004 y actualmente detecta 29 enfermedades, con una cobertura superior al 99%. Chile se consolida igualmente como un modelo regional, con una cobertura superior al 99%, realizando tamizaje para hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, y avanzando en un proceso de expansión para incluir hasta 26 patologías. Brasil, por su parte, alcanza una cobertura superior al 82,5% de los recién nacidos y, mediante una ley expedida en 2021, ordenó la expansión obligatoria del programa para incluir nuevas enfermedades. Argentina registra una cobertura superior al 98% en el sector público, a través de 20 programas regionales articulados a nivel nacional. En contraste, la información disponible para Colombia, proveniente del Repositorio de Tamizaje Neonatal del Instituto Nacional de Salud, evidencia que el país ha mantenido una brecha significativa al limitar su programa a una sola enfermedad. No obstante, actualmente se encuentra en una fase de transición para incorporar siete patologías básicas, con una cobertura que, a septiembre de 2024, oscila

entre el 71,8% y el 72,2%.

[94] Ver <https://www.youtube.com/watch?v=Z5Gs1AciPE4>

[95] Hidalgo AM, Fuya OP, Martínez DP. Repositorio de tamizaje neonatal, una herramienta para la toma de decisiones en salud pública. *Biomédica*. 2025;45:599-611. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7819>

[96] “Tamizaje Neonatal, el examen para identificar 30 enfermedades, que en Colombia solo identifica una”, *Pesquisa Javeriana*, 21 de marzo de 2024, <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/tamizaje-neonatal-en-colombia/>

[97] Intervenciones de Ignacio Zarante, médico genetista y presidente de la Asociación Colombiana de Médicos Genetistas; y de Andrea Melisa Hidalgo Pinzón, líder del repositorio de tamizaje neonatal del Instituto Nacional de Salud (INS).

[98] Intervención de Andrea Melisa Hidalgo Pinzón, líder del repositorio de tamizaje neonatal del Instituto Nacional de Salud (INS).

[99] Idealmente entre las 48 y 72 horas de vida, después de la alimentación.

[100] Ibidem.

[101] Hidalgo AM, Fuya OP, Martínez DP. Repositorio de tamizaje neonatal, una herramienta para la toma de decisiones en salud pública. *Biomédica*. 2025; 45:599-611. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7819>

[102] Ibidem.

[103] Ibidem.

[104] Intervención de Andrea Melisa Hidalgo Pinzón, líder del repositorio de tamizaje neonatal del Instituto Nacional de Salud (INS). “ya tenemos esta cobertura cercana al 50% quiere decir que este es el 50% de cobertura del tamizaje neonatal. Ahí es donde sabemos que todavía tenemos un subregistro porque hemos asumido que de hecho la cobertura es mayor al 80%”.

[105] Intervención de Andrea Melisa Hidalgo Pinzón, líder del repositorio de tamizaje neonatal

del Instituto Nacional de Salud (INS).

[106] Expediente digital. Archivo “RESPUESTA AUTO DE PRUEBAS 15 DE DICIEMBRE 2025.pdf”

[107] Intervención de Claudia Cardozo, representante del laboratorio del Hospital Universitario San Ignacio, en el foro de “Perspectivas del Tamizaje Neonatal esencial para la prevención”.

[108] Ibidem.

[109] Intervención de Jaime Hernán Urrego, viceministro de salud y protección social.

[110] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 117 de 2026. Punto 2.2. Uno de los objetivos específicos del programa es orientar, articular y fortalecer las Redes de Prestación de Servicios, Red de Laboratorios e Instituciones de Diagnóstico en sus procesos de registro de información, seguimiento, calidad y desarrollo de capacidades; punto 3.3. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros actores, debe disponer y divulgar información sobre el tamizaje neonatal y sus responsables a través de su página web y otros mecanismos; punto 3.5. En articulación con las EAPB y la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales deben realizar el seguimiento de las intervenciones individuales conforme a la normatividad vigente y a sus funciones de inspección y vigilancia; y Punto 3.5. Las EAPB deben efectuar el monitoreo y seguimiento del Programa de Tamizaje Neonatal, de sus resultados e indicadores de salud, e incorporar las orientaciones del programa en los procesos de desarrollo de capacidades del recurso humano en salud, en articulación con su red de prestación de servicios.

[111] Artículo 48 de la Constitución Política.

[112] No son exigibles de forma inmediata al depender en buena medida de la creación de políticas públicas y la disposición de recursos financieros.

[113] sentencia T-336 de 2018.

[114] Sentencia C-754 de 2015.

[115] Sentencia T-307 de 2006.

[116] Sentencia C-754 de 2015.

[117] sentencia C-046 de 2018.

[118] Artículo 2, literal b) de la Ley 100 de 1993.

[119] Sobre el principio de progresividad en sentencia C-493 de 2015, reiterada en la sentencia C-213 de 2017 se dijo que: “El principio de progresividad prescribe que la eficacia y cobertura de las dimensiones prestacionales de los derechos constitucionales debe ampliarse de manera gradual y de acuerdo con la capacidad económica e institucional del Estado en cada momento histórico”.

[120] Sentencia T-089 de 2018.

[121] Sentencias C-313 de 2014, C-130 de 2002, así como el artículo 6 de la LES.

[122] “Tamizaje Neonatal, el examen para identificar 30 enfermedades, que en Colombia solo identifica una”, Pesquisa Javeriana, 21 de marzo de 2024, <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/tamizaje-neonatal-en-colombia/>

[123] En una entrevista concedida a Caracol Radio. Ver <https://caracol.com.co/2025/04/03/mas-de-27-millones-de-recien-nacidos-en-colombia-perdieron-el-diagnostico-de-tamizaje-neonatal/>

[124] “Más de 2.7 millones de recién

nacidos en Colombia perdieron el diagnóstico de tamizaje neonatal”, Caracol Radio, 30 de abril de 2025, <https://caracol.com.co/2025/04/03/mas-de-27-millones-de-recien-nacidos-en-colombia-perdieron-el-diagnostico-de-tamizaje-neonatal/>

[125] Francia Patricia Correa *et al*, “Actualización de las Recomendaciones Técnicas y Operativas para Laboratorios de Tamizaje Neonatal”, Instituto Nacional de Salud, junio de 2022, <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Actualizacion-tecnica-operativa-tamizaje-neonatal.pdf>

[126] Ministerio de Salud y Protección Social. Resoluciones 207 de 2024 y 117 de 2026. P. 5.

[127] Resolución No 117 de 2026.

[128] Ibidem, pág. 40.

[129] Ibidem, pág. 23.

[130] Expediente digital, archivo “Rta.ASCON.24-12-25.pdf”.

[131] Ibidem.

[132] Giugliani R *et al* (2022) “Opportunities and challenges for newborn screening and early diagnosis of rare diseases in Latin America”. *Front. Genet.* 13:1053559. doi: 10.3389/fgene.2022.1053559.

[133] Expediente digital. Archivo “ACMGen – Respuesta Oficio OPTC-608-2025 – Expediente T-11.491.689.pdf”.

[134] "Tamizaje Neonatal, el examen para identificar 30 enfermedades, que en Colombia solo identifica una", *Pesquisa Javeriana*, 21 de marzo de 2024, <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/tamizaje-neonatal-en-colombia/>

[135] "Médicos genetistas colombianos celebran inclusión del tamizaje neonatal en la UPC 2025", *Edición Médica*, 22 de enero de 2025, <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/avances/medicos-genetistas-colombianos-celebran-inclusion-del-tamizaje-neonatal-en-la-upc-2025-5764>

[136] Ibidem.

[137] Webster D, Gaviglio A, Habib Khan A, Baker M, Cheillan D, Chabraoui L, et al. ISNS General Guidelines for Neonatal Bloodspot Screening 2025. *Int J Neonatal Screen*. 2025;11(2):45. doi:10.3390/ijns11020045.

[138] Zhou, S., Xiao, D., Huang, Z. et al. Cost-effectiveness analysis of tandem mass spectrometry compared to fluorescence analysis for screening neonatal genetic metabolic diseases. *BMC Health Serv Res* **25**, 272 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12419-z>. Los resultados mostraron que, bajo el umbral de 1,5 veces y 3 veces el PIB per cápita nacional en 2023, la probabilidad de que el grupo sometido a tamizaje fuera costo-efectivo fue del 100 %. Esto indica que los hallazgos del análisis del caso base fueron robustos y que la implementación del programa de tamizaje mediante MS/MS tiene una alta probabilidad de ser costo-efectiva.

[139] Nshimyumukiza L, Bois A, Daigneault P, Lands L, Laberge AM, Fournier D, Duplantie J, Giguère Y, Gekas J, Gagné C, Rousseau F, Reinhartz D. Cost effectiveness of newborn screening for cystic fibrosis: a simulation study. *J Cyst Fibros*. 2014 May;13(3):267-74. doi: 10.1016/j.jcf.2013.10.012. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24238947.

[140] Ministerio de Salud y Protección Social, "informe del análisis realizado para la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC) - año 2024", Marzo de 2025, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/analisis-actualizacion-servicios-tecnologias-salud-financiados-recursos-upc-15052025.pdf> P. 69.

[141] Ibidem, P. 72.

[142] Hospital Universitario San Ignacio, “Resultados del tamizaje neonatal en una institución de cuarto nivel en Bogotá (Colombia)”, 2023, [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/64-1\(2023\)/231073960008/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/64-1(2023)/231073960008/index.html)

[143] Francia Patricia Correa *et al*, “Actualización de las Recomendaciones Técnicas y Operativas para Laboratorios de Tamizaje Neonatal”, Instituto Nacional de Salud, junio de 2022, <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Actualizacion-tecnica-operativa-tamizaje-neonatal.pdf> P. 6.

[144] Francia Patricia Correa *et al*, “Actualización de las Recomendaciones Técnicas y Operativas para Laboratorios de Tamizaje Neonatal”, Instituto Nacional de Salud, junio de 2022, <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Actualizacion-tecnica-operativa-tamizaje-neonatal.pdf>

[145] Así consta en el registro civil de nacimiento. Expediente digital. Archivo “3_11001430300220250022400-(2025-08-13 14-55-15) -1755114915-2.pdf” P. 5.

[146] Sentencia T-020 de 2025.

[147] Sentencia T-378 de 2023.

[148] Reiterada en las sentencias T-159 de 2024, T-407 de 2024 y T-131 de 2025.

[149] Sentencias SU-655 de 2017, SU-255 de 2013, SU-540 de 2007 y SU-522 de 2019.

[150] Sentencias SU-522 de 2019, SU-655 de 2017 y SU-225 de 2013. Esto ha sido reconocido desde la jurisprudencia temprana en las sentencias T-519 de 1992, T-535 de 1992, T-570 de 1992 y T-033 de 1994. De manera más reciente ha sido reiterado en las sentencias T-002 de 2022, T-009 de 2022, T-014 de 2022, T-043 de 2022, T-053 de 2022, T-070 de 2022, T-107 de 2022, T-120 de 2022 y T-143 de 2022.

[151] Sentencia T-131 de 2024. El hecho superado tiene lugar cuando aquello que se pretendía lograr mediante la orden del juez de tutela ha acaecido antes de que el mismo

diera orden alguna. En otras palabras, se configura cuando la pretensión de la acción de tutela se cumple antes de que se profiera una orden de amparo y por la actuación voluntaria de los accionados dentro del proceso.

[152] Sentencia T-460 de 2025. La situación sobreviniente ocurre cuando una circunstancia externa, que no puede enmarcarse como daño consumado ni como hecho superado, hace que la orden que pueda tomar el juez de tutela no tenga ningún efecto. Por ejemplo, si un tercero distinto a las partes logra que la pretensión de la tutela se satisfaga en lo fundamental o si el accionante decide resolver por sí mismo la situación que lo llevó a interponer la tutela, cuando eso es posible.

[153] Sentencia T-570 de 2014.

[154] Sentencia T-576 de 2023.

[155] Sentencias C-178 de 2014, T-199 de 2013, T-576 de 2008, T-406 de 1992, entre otras.

[156] Sentencia T-362 de 2025.

[157] Expediente digital. Archivo “13_11001430300220250022400-(2025-11-11 11-33-56)-1762878836-12.pdf”. P. 4.

[158] Expediente digital. Archivo “Respuesta_23261.pdf”. Sobre la parametrización del examen, el Hospital Méderi indicó en su respuesta: “Tamizaje metabólico básico neonatal: Se recomendó tomar por EPS. Al momento del nacimiento no se tenía parametrizado este examen.”

[159] Expediente digital. Archivo “Respuesta_23261.pdf”. P. 2.

[160] Resolución 117 de 2026.

[161] Expediente digital. Archivo “1655582.pdf”, págs. 6 a 10.

[162] Ibidem.

[163] Ver <https://www.youtube.com/watch?v=Z5Gs1AciPE4>

[164] Ley 489 de 1998. “Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”.

“ARTÍCULO 5. (...) Se entiende que los principios de la función administrativa y los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad consagrados en el artículo 288 de la Constitución Política deben ser observados en el señalamiento de las competencias propias de los organismos y entidades de la Rama Ejecutiva y en el ejercicio de las funciones de los servidores públicos”.

“ARTÍCULO 6. Principio de coordinación. En virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares”.

[165] Máxime cuando las EAPB y las IPS son responsables de garantizar la prestación integral, oportuna y sin barreras administrativas de los servicios médicos, medicamentos, urgencias, tecnologías y procedimientos necesarios, cubriendo todas las fases de la enfermedad, como es el caso del examen objeto de estudio el cual hace parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

[166] Constitución Política. Artículo 277. Numeral 1. «El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: // 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos [...]».