

Imprimir

La reciente expedición de la Resolución 0695 de abril de 2026 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social marca un hito polémico en la gestión del sistema sanitario colombiano. Si bien el Ministerio justifica esta actualización de exclusiones bajo la bandera de la “eficiencia y transparencia” y el cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, una lectura profunda revela grietas legales y bioéticas que ponen en riesgo la integralidad del derecho fundamental a la salud.

Uno de los puntos más críticos de la resolución es la ratificación y ampliación de exclusiones relacionadas con medicinas alternativas y terapias complementarias. En el listado anexo encontramos la exclusión de tecnologías como el “Catalizador” para el manejo del dolor general y la fatiga crónica (ítem 11) , así como la “Consulta Médica Dermatón” (ítem 20).

Desde una perspectiva jurídica, estas exclusiones chocan con el principio de interculturalidad y autonomía del paciente. Al catalogar estas prácticas bajo el estigma de “carencia de evidencia científica”, el Ministerio ignora que la salud no es solo un fenómeno biológico, sino también cultural. Para miles de colombianos, especialmente en zonas rurales y comunidades étnicas, la medicina alternativa no es un lujo “cosmético”, sino la primera línea de respuesta ante el dolor crónico donde la medicina alopática ha fallado.

La resolución parece ignorar que el procedimiento técnico-científico debería considerar la evidencia de efectividad percibida y no solo los ensayos clínicos controlados aleatorizados, que a menudo están sesgados hacia la industria farmacéutica tradicional. Al excluir estas opciones, se empuja al paciente hacia el uso crónico de opioides o analgésicos químicos, muchos de los cuales también están bajo la lupa de exclusión en esta misma norma para ciertas condiciones, limitando la libertad de elección del tratamiento.

La resolución es particularmente preocupante en lo que respecta a la salud mental, un área históricamente desatendida. En los anexos técnicos, se observan exclusiones que, bajo el velo de lo “recreativo” o “educativo”, amputan herramientas terapéuticas esenciales.

Por ejemplo, la exclusión de “Estrategias lúdicas y recreativas” (ítem 36) y “Educación

especial” (ítem 30) para todas las condiciones ignora que, en pacientes con trastornos del neurodesarrollo o enfermedades mentales crónicas, estas actividades no son ocio, sino intervenciones de rehabilitación psicosocial.

Más grave aún es la exclusión de ciertos psicofármacos para indicaciones específicas. La resolución menciona la exclusión del Diazepam en casos de eclampsia (ítem 29) y restringe el uso de analgésicos potentes y moduladores en condiciones que suelen cursar con comorbilidades psiquiátricas. Al fragmentar el tratamiento del paciente y excluir apoyos que facilitan la adherencia y la resiliencia mental, el Estado vulnera el principio de integralidad. No se puede tratar el cuerpo y excluir la mente bajo el pretexto de que ciertos apoyos son “sociales” y no “sanitarios”.

Adicionalmente, en la Resolución 0695 de 2026, el Ministerio de Salud ha tomado la decisión técnica de listar como servicios no financiados una serie de intervenciones que son el núcleo del manejo integral para pacientes con discapacidad cognitiva y trastornos del espectro autista (TEA). Al revisar el ítem 114 del anexo técnico, el panorama es desolador para miles de familias colombianas.

La resolución excluye explícitamente las “Sombras Terapéuticas” (ítem 108). Para un paciente con autismo o con discapacidad cognitiva severa o profunda, la sombra no es un lujo ni un tutor académico, es un facilitador de la comunicación y un regulador conductual que permite el contacto con el entorno y la posibilidad de comunicación y de aprendizaje de habilidades necesarias en la vida social.

Esta exclusión puede vulnerar lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pues al retirar la financiación de la Sombra, se condena al aislamiento del paciente, toda vez que sin este apoyo, la integración en entornos escolares, cuando es del caso, y sociales se vuelve prácticamente imposible. El sistema debe reconocer la figura del “Asistente Terapéutico de Integración” como una tecnología en salud indispensable para garantizar el ajuste razonable que la ley exige para personas con discapacidad cognitiva.

El Ministerio clasifica el “Trabajo con animales (perros, delfines, etc.)” y la “Aromaterapia” como terapias que “no hacen parte del enfoque ABA” (ítem 114) y, por ende, quedan fuera del sistema.

Los pacientes con discapacidad cognitiva incluido el autismo, suelen presentar perfiles de procesamiento sensorial complejos. La terapia asistida con animales (zooterapia) ha demostrado ser una herramienta inigualable para la reducción de niveles de cortisol y el fomento de la empatía. Por su parte, la aromaterapia actúa como un modulador del sistema límbico ante crisis de agitación. Al excluirlas bajo el argumento de que “no son ABA”, el Ministerio impone una dictadura metodológica. No todos los pacientes responden al modelo conductual; muchos requieren enfoques holísticos de integración sensorial para alcanzar un mínimo de estabilidad

La resolución también veta la “Terapia Tomatis” (ítem 113) y la “Terapia Celular” (ítem 114), limitando las opciones de estimulación neurosensorial. Para un paciente con discapacidad cognitiva o sensorial, estas terapias no buscan una “cura”, sino una mejoría en la funcionalidad. Al etiquetar estas intervenciones como “excluidas”, el Ministerio ignora que el concepto de salud mental en la discapacidad es dinámico y requiere de un arsenal terapéutico diverso que la medicina tradicional muchas veces no ofrece.

Todo lo anterior es la ratificación de un enfoque equivocado, no solamente de este gobierno sino también de los anteriores, de entender que los pacientes con discapacidad cognitiva deben ser atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que carece del conocimiento y la capacidad científica. Correspondería al sector salud la atención de estos pacientes, implementando todo lo necesario, a nivel científico y terapéutico, para su mejor calidad de vida. Este error debe corregirse.

La justicia social empieza por no quitarle a los más vulnerables las pocas ventanas que tienen para conectarse con su entorno. Una resolución que ve “sombras” donde hay puentes, y “animales” donde hay terapeutas, es una norma que ha perdido su brújula humanista.

El Ministerio señala que se realizaron eventos de participación ciudadana en 25 departamentos. Sin embargo, la cifra de 475 participantes para una población de 50 millones de personas es estadísticamente insignificante y democráticamente pobre. ¿Cómo puede una votación de apenas unas centenas de personas definir la exclusión de tecnologías que afectan a millones de pacientes con dolor neuropático o enfermedades huérfanas, o que son discapacitados cognitivos?. Este “voto por la exclusión” se asemeja más a un ejercicio de legitimación de un recorte presupuestal que a una verdadera consulta técnica.

Ante este panorama restrictivo, es imperativo que un futuro gobierno, que deberá ser progresista, replantee el mecanismo de exclusiones bajo los siguientes pilares:

1. Reconocimiento de la Medicina Integrativa

Se debe transitar de un modelo de exclusión punitiva a uno de validación integrativa. Las medicinas alternativas que demuestren seguridad y beneficios en la calidad de vida de los pacientes deben ser integradas al sistema, no como “exclusiones”, sino como terapias complementarias reguladas. Esto reduciría la dependencia de fármacos de alto costo y efectos secundarios severos.

2. Blindaje a la Salud Mental

La salud mental debe declararse un área “libre de exclusiones administrativas” cuando se trate de intervenciones de rehabilitación. El gobierno debe entender que un taller de terapia ocupacional, o una estrategia lúdica para un paciente con autismo es tan vital como una cirugía de corazón. Que un discapacitado severo sin una sombra terapéutica puede constituir un peligro, incluso para sí mismo. Las exclusiones en este rubro deben basarse exclusivamente en la seguridad del paciente y nunca en la naturaleza “no clínica” de la intervención.

3. Redefinición de la “Evidencia Científica”

El IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) debe ampliar sus criterios para incluir Evidencia de Mundo Real (RWE) y resultados reportados por los pacientes (PROMs). La ciencia no es un dogma estático; si miles de pacientes reportan mejoría con una tecnología

alternativa, el sistema debe investigar en lugar de prohibir de tajo.

4. Derogatoria de la “Lista Negra” de Apoyos en Discapacidad

Las intervenciones para autismo y discapacidad cognitiva deben evaluarse por su impacto en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y no solo por criterios de medicina basada en evidencia tradicional (biológica) que a menudo excluye los beneficios sociales y emocionales.

5. Creación de Centros de Terapias Integrativas Públicos

En lugar de excluir la zooterapia o la aromaterapia por su costo en el mercado privado, el Estado debe crear centros regionales de atención integral donde estos servicios se presten de forma estandarizada y bajo supervisión médica, reconociendo su valor en el bienestar mental.

6. Reconocimiento del cuidador y sus herramientas

El gobierno debe entender que muchas de estas terapias (como los aromas o los apoyos de sombra) alivian la carga del cuidador primario, previniendo el colapso del núcleo familiar, lo cual es, en última instancia, una medida de salud pública preventiva.

La Resolución 0695 de 2026 es un recordatorio de que el sistema de salud sigue priorizando la contabilidad sobre el bienestar, en algunos casos. La “eficiencia” no se puede convertir en la excusa para dismantelar el derecho a una vida digna y a una salud que abrace la diversidad de terapias y la complejidad de la mente humana.

María Consuelo del Río Mantilla, Vicepresidenta Corporación Sur

Foto tomada de: RTVC Noticias