BOLETÍN JURÍDICO No. 10 OCTUBRE DE 2019

BOLETIN JURIDICO N°10 OCTUBRE DE 2019

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA. 3

1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL. 4

1.1.1. Sentencia 294 de 2019. 5

2. NORMATIVA. 63

2.1. DECRETOS. 64

2.1.1. Decreto 1818 de 2019. 65

2.1.2. Decreto 1765 de 2019. 70

2.2.RESOLUCIONES. 89

2.2.1. Resolucion 2625 de 2019. 90

2.2.2. Resolucion 2626 de 2019. 104

2.2.3. Resolucion 2654 de 2019. 124

2.3. CIRCULARES. 136

2.3.1. Circular Externa No. 00000030 de 21 de Octubre de 2019 137

2.3.2. Circular Conjunta Externa N° 00000031 del 21 de octubre de 2019 139

2.3.3. Circular Externa N° 00000032 del 21 de octubre de 2019 145

3. CONCEPTOS. 149

3.1 Asunto: Seguridad en las Instituciones Prestadoras de Salud 150

3.2. Asunto. Solicitud- Normatividad del Consentimiento Informado en Salud. 152

3.3. Asunto. Revisor Fiscal en las Empresas Sociales del Estado. 160

3.4. Asunto: Radicado No 201942301487212 – Solicitud concepto relacionado con la Conmemoración del Colombiano de Oro". 163

3.5. Asunto: Radicado No 201942401584042 – Consulta vigencia Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 168

3.6. Asunto: Aplicabilidad de Ley de Garantías a los Convenios Interadministrativos. 169

1. JURISPRUDENCIA.

1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL.

1.1.1. Sentencia 294 de 2019.

Referencia: expediente D-12533

Demanda de inconstitucionalidad contra el parágrafo 2º del artículo 2º de la Ley 1805 de 2016, que modificó el parágrafo del artículo 540 de la Ley 9 de 1979, a la vez reformado por el artículo 1º de la Ley 73 de 1988.

Accionante: Daniela García Aguirre

Magistrado Ponente:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá, D. C., veintiséis (26) de junio de dos mil diecinueve (2019).

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, una vez cumplidos los requisitos y trámites establecidos en el Decreto ley 2067 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

En ejercicio de la acción de inconstitucionalidad las ciudadanas[1] Daniela García Aguirre y otra[2] demandaron el parágrafo 2º del artículo 2º de la Ley 1805 de 2016. Por auto de 06 de febrero de 2018 se admitió la demanda i) ordenando la comunicación al presidente del Congreso, al Presidente de la República y al Ministro de Salud; ii) invitando al Instituto Nacional de Salud, a la Federación Colombiana de Municipios, a la Comisión Colombiana de Juristas, a la Academia Colombiana de Jurisprudencia, al Instituto Colombiano de Derecho Procesal, a Dejusticia, a la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, a la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, a la Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos, a la Asociación Nacional de Trasplantados, a la Fundación Nacional de Trasplantados y a las facultades de derecho de las universidades de los Andes, de Caldas, de la Sabana, Externado, Javeriana, Nacional y Libre, y de medicina de los Andes, del Valle, de Antioquia, de la Sabana, del Rosario, Icesi, Javeriana y Nacional; iii) disponiendo la intervención ciudadana y traslado al Procurador; y iv) suspendiendo el trámite del asunto en virtud del procedimiento legislativo especial para la paz.

---

[1] Además son integrantes de la Clínica Jurídica de Medio Ambiente y Salud Pública (MASP) de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.

[2] Por auto de 09 de mayo de 2018 el despacho sustanciador dispuso la supresión de los nombres y apellidos de la otra accionante, y guardar estricta reserva de su identidad conforme fue solicitado y coadyuvado por el director de la Clínica Jurídica de MASP, fundamentado en si "algunos sujetos involucrados en el debate (…) realizan una exposición mediática desproporcionada y agraviante contra las demandantes y contra la misma clínica MASP".

Por auto de 10 de mayo de 2018 el magistrado sustanciador decretó la práctica de pruebas adicionales solicitando la colaboración de la Asociación Médica Mundial, la Sociedad de Trasplante de América Latina y el Caribe, la Organización Nacional de Trasplantes España, del Comité de Bioética del INCUCAI Argentina, de Human Developmental Biology Resource, The Center for Bioetchics & Human Dignity, International Federation of Gynecology and Obstetrics, Vall D´Hebron Instituto de Investigación Barcelona y Donation & Trasplantation Institute, para que emitieran concepto técnico sobre el asunto.

Posteriormente[3], en auto de 10 de octubre se solicitó al Grupo de Investigación Cátedra de Derecho y Genoma Humano, Universidad del País Vasco, Carlos María Romeo Casabona, concepto o *Amicus Curiae* en el asunto, el cual quedaría a disposición de los intervinientes y del Procurador[4]. Finalmente, el 12 de diciembre de 2018 la Sala Plena requirió el concepto técnico solicitado en proveído de 10 de mayo, así como pidió a la Red Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos del Instituto Nacional de Salud allegar concepto sobre el asunto de la referencia, disponiendo la suspensión de términos para resolver el asunto.

II. TEXTO LEGAL PARCIALMENTE ACUSADO

A continuación, la Corte procede a resaltar lo impugnado:

"Ley 1805 de 2016[5]

Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 1º de la Ley 73 de 1988, el cual quedará así:

Artículo 1º. El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así:

Artículo 540. Parágrafo 1º. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación.

Parágrafo 2º. <u>No pueden ser donados ni utilizados órganos o tejidos de los niños no nacidos abortados</u>.

---

[3] *En auto de 25 de julio de 2018 la Sala Plena levantó la suspensión de términos.*
[4] *Según informe de Secretaría General de la Corte (29 nov./18), en el término de traslado no se recibió escrito alguno.*
[5] *Diario Oficial No. 49.955 de 4 de agosto de 2016.*

Parágrafo transitorio. Las disposiciones contenidas en este artículo entrarán a regir seis (6) meses después de la promulgación de la presente ley." Lo destacado es lo acusado.

III. LA DEMANDA DE INCONSTITUCIONALIDAD

Estima que el parágrafo adicionado vulnera los artículos 49, 13 y 158 de la Constitución, y los derechos reproductivos reconocidos por la jurisprudencia constitucional.

Vulneración del derecho a la salud (progresividad, dimensión negativa e investigación científica)

1. Concentra su argumentación en la afectación del derecho a la salud[6] al menos en tres formas: i) desarrolla una medida regresiva lo que *prima facie* ha sido prohibido por la jurisprudencia de la Corte y por la ley estatutaria en salud 1751 de 2015; ii) desconoce la obligación del Estado de abstenerse de llevar a cabo conductas que afecten el derecho a la salud; y iii) establece una orden contraria a la investigación médica y/o científica, violando un elemento esencial del derecho a la salud, que se establece en el apartado d) del artículo 6[7] de la Ley 1751.

Empieza con una exposición general para señalar que la donación de órganos o tejidos en Colombia y en el mundo, resulta fundamental para el tratamiento de enfermedades, precisando que existe una variedad de ellos que podrían ser donados y trasplantados. A nivel de órganos identifica el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones, el intestino y el páncreas, mientras que los tejidos que pueden trasplantarse son las córneas, la piel, los huesos, la médula ósea, los vasos sanguíneos, las válvulas cardiacas, los cartílagos, los tendones, la esclera y la membrana amniótica[8].

Así mismo, trae a colación datos de donación y trasplante de órganos en Colombia (2016)[9]: 2.556 personas estuvieron en lista de espera de un órgano; 1.068 personas recibieron un órgano (riñón, corazón, hígado, etc.), obtenidos en un 84.45% de donantes cadavéricos (902 órganos) y en un 15.54% de donantes vivos (166 órganos); y distribuidos 12.374 tejidos *humanos*[10]: 1.900 tejidos oculares, 683 injertos de piel, 59 tejidos vasculares, 414 tejidos de membrana amniótica y 11.208 tejidos musculares[11]. Anota que la donación de tejidos fetales también es fundamental para la

---

[6] Alude a su carácter de derecho fundamental, a los elementos esenciales (disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional), y a las obligaciones de hacer y no hacer (arts. 2º, 5 y 6º, Ley 1751/15).
[7] Elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud: calidad e idoneidad profesional.
[8] Preguntas frecuentes sobre donación de órganos. Ver, www.minsalud.gov.co
[9] Instituto Nacional de Salud (INS). www.ins.gov.co
[10] En auto de 15 de marzo de 2018 el despacho sustanciador dispuso tener en cuenta y dejar a disposición en el expediente la precisión realizada por la accionante consistente en que las cifras del Instituto Nacional de Salud de que fueron distribuidos 12.374 tejidos "fetales" corresponden realmente a "humanos".
[11] Expresa que se ha afirmado que "los tejidos y órganos (fetales) crecen rápidamente, se adaptan con facilidad al terreno receptor, algunos médicos afirman que casi no provocan reacciones inmunitarias de rechazo en el receptor (capacidad antigénica reducida), y además, en los casos de trasplantes en niños, los órganos trasplantados tienen las dimensiones anatómicas apropiadas." García Fernández, D. 2011. Marco jurídico de trasplantes de órganos y tejidos fetales en México y en Colombia. Ambiente jurídico. Centro de Investigaciones Sociojurídicas. Universidad Anáhuac, México Norte. Pp. 35-40.

investigación en salud, toda vez que *"se han logrado avances significativos en investigaciones biomédicas"* y *"se desarrollan procedimientos clínicos cada vez más avanzados que pueden incrementar la calidad de vida de quienes padecen enfermedades para las cuales no existen tratamientos clínicos efectivos".*

Observa que la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC)[12] estableció (2016)[13] que los tejidos fetales son esenciales para el tratamiento e investigación médica de enfermedades como el cáncer de seno, el Parkinson, la diabetes, entre otros, encontrando que los sistemas legislativos y políticos del mundo deben permitir la donación de estos tejidos[14]. Ello le lleva a sostener que la donación de tejidos fetales es fundamental para el desarrollo tecnológico y biotecnológico de cualquier país, trayendo a colación a la Corte Europea de Derechos Humanos en la sentencia Oliver Brusttle vs. Greenpeace[15].

Explica que la donación de tejidos fetales tiene una relevancia que no se agota en la posibilidad de que una persona reciba un trasplante, sino que se extienda a la investigación científica y a los avances médicos. Por tales razones asegura que el mandato de prohibir la donación de tejidos fetales afecta desproporcionadamente el derecho a la salud de los colombianos.

Sostiene que el parágrafo cuestionado **contraría el principio de progresividad** al impedir una situación jurídica que antes no se encontraba prohibida y que permitía garantizar el ejercicio del derecho a la salud mediante la obtención directa de dichos órganos o tejidos fetales, o de la investigación científica a través de los mismos. Advierte que se estaría generando un retroceso en el nivel de protección alcanzado toda vez que no existía tal prohibición. Bajo la jurisprudencia constitucional[16] afirmó que *"el legislador debe justificar adecuadamente cualquier norma que pondere el principio de progresividad del derecho a la salud en favor de otros principios, derechos o situaciones fácticas. En este caso, en los debates llevados a cabo en el Congreso de la República nunca se explicó de manera inteligible por qué se incluía el parágrafo acusado, que por lo demás no hizo parte del proyecto de ley original promovido por el Representantes Rodrigo Lara Restrepo"*[17]. Asegura que la única explicación fue que se quería evitar la venta de tejidos fetales y el escándalo generado en los Estados Unidos[18]. De esta manera, entiende que más allá de la manifestación informal y poco rigurosa (cataloga de insuficiente), no se produjo ninguna justificación para la inclusión del aparte acusado.

---

[12] Hacen parte más de 50 universidades e instituciones médicas reconocidas.
[13] Comunicado de 18 de marzo. www.aamc.org
[14] Evidencia que el Instituto de Células Madre de la Universidad de Harvard encontró en 2014 que las células fetales que producen dopamina que fueron trasplantadas en cerebros de pacientes con Parkinson permanecieron saludables por 14 años, lo cual estima como un descubrimiento excepcional para el tratamiento de esta enfermedad que actualmente aqueja a más de 220.000 colombianos.
[15] Dicha Corporación expuso que ese tipo de invenciones debería ser considerada como herramientas para alcanzar avances tecnológicos en una sociedad derivando que debe existir una protección jurídica de las invenciones biotecnológicas, además de establecer unas directrices que permitan su realización de manera ética y segura, determinando que aunque debe haber un cuidado especial en tales investigaciones es posible llevarlas a cabo. Cfr. CEDH. 18 de octubre de 2011.http://curiae.europa.eu
[16] Al aludir a la sentencia T-760 de 2008 destacó que cuando el legislador adopta una medida que produzca una disminución en el nivel de protección alcanzado tiene un deber de justificación conforme al principio de proporcionalidad.
[17] Gaceta del Congreso 489 de 2014, proyecto de ley 091 de 2014 Cámara.
[18] Gaceta del Congreso 91 de 2016, proyecto de ley 093 de 2015 Senado.

También halla desconocida la **obligación del Estado de abstenerse** (dimensión negativa) de llevar a cabo conductas que afecten el derecho a la salud, dado que se deterioran dos de los elementos que requiere para garantizar su prestación suficiente y eficiente: *"el acceso a tejidos que le permitirían a otra persona vivir dignamente y el derecho de la investigación científica que permitiría salvaguardar en el futuro una protección más adecuada al derecho en mención".* De este modo, expone que se atenta directamente contra el elemento esencial del derecho a la salud como es la *disponibilidad,* puesto que el Estado mismo no permite que se acceda a los objetos biológicos necesarios tanto para gozar de una vida digna por los receptores de órganos o tejidos fetales, como para desarrollar la tecnología suficiente a los que tienen derecho los destinatarios de la salud.

Por último, indica que el parágrafo acusado establece **una orden contraria a la investigación médica y/o científica**. Como derechos relacionados con la prestación del servicio de salud expone los literales a)[19] e i)[20] del artículo 10[21] de la Ley 1751 de 2015, derivando que para recibir dicha tecnología los médicos y científicos deben contar con las herramientas necesarias para investigar y desarrollar procesos más innovadores. Informa que el legislador estatutario quiso unir el derecho a la salud con el derecho humano a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, consagrado en disposiciones nacionales e internacionales, como el artículo 27[22] de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el artículo 15 numerales 1 literal b)[23], 2,[24] 3[25] y 4[26] del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el artículo 38[27] de la Carta de la Organización de los Estados Americanos[28].

Creación de un término ambiguo o inexistente que vulnera los derechos a la igualdad y reproductivos

2. Estima que la **ambigüedad e incoherencia** del término "niño no nacido abortado" radica en dos sentidos: *"por una parte, no tiene concordancia con ninguna definición científica o legal. Por otra parte, el término es contradictorio con respecto a lo que ha establecido la jurisprudencia constitucional sobre el grado de protección que se le debe dar al sujeto especificado".* En materia de definición científica explica que atendiendo el significado del DANE sobre defunción fetal[29] es

---

[19] *A acceder a los servicios y tecnología de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.*
[20] *A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.*
[21] *Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.*
[22] *Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.*
[23] *Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.*
[24] *Es obligación de los Estados parte promover la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia y la cultura.*
[25] *Respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora.*
[26] *Reconocer los beneficios que derivan del fomento y desarrollo de la cooperación y de las relaciones internacionales en cuestiones científicas y culturales.*
[27] *Los Estados difundirán entre sí los beneficios de la ciencia y de la tecnología promoviendo el intercambio y el aprovechamiento de los conocimientos científicos y técnicos.*
[28] *Puso de presente lo señalado por la Relatora Especial para los Derechos Culturales de las Naciones Unidas (2012) respecto del derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. https://documents-dds-ny.un.org/doc*
[29] *"La muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de*

posible distinguir las muertes fetales de las neonatales, separando los abortos y los mortinatos. Destaca la diferencia entre el procedimiento de aborto (primeras 22 semanas) y la interrupción voluntaria del embarazo (sin límite temporal).

En cuanto a la definición jurídica y jurisprudencial manifiesta que la categoría de "niños no nacidos abortados" va en contra del reconocimiento jurídico que se le ha dado al feto en Colombia. Luego de traer a colación la sentencia C-355 de 2006[30] y el caso Artavia Murillo vs. Costa Rica (2012)[31], desprende que la categoría establecida *"no solo es problemática en términos técnicos y médicos, sino que cambia la posición jurídica del nasciturus, ya que le otorga un nombre que une diferentes categorías que la Corte ya había separado. Bajo la regulación penal el nasciturus está protegido, pero no de la misma manera que se protege a una vida humana (la de un niño o niña, por ejemplo). En cambio, la categoría creada (…) implica una protección equivalente a la de un niño, que además de gozar de todos los derechos constitucionales, es un sujeto de especial protección constitucional".*

A continuación, esboza los presuntos efectos nocivos que la ambigüedad del término tiene sobre el derecho a la igualdad y los derechos reproductivos. A partir del artículo 15[32] de la Ley 1805 de 2016 (nacidos) y lo dispuesto en el parágrafo demandado (no nacidos) desprende un **trato discriminatorio** al ofrecer una mayor protección al *nasciturus* que al niño, a pesar de las decisiones proferidas por la Corte Constitucional y la Corte IDH. Argumenta que los padres de los niños que nacieron pueden decidir sobre la donación de órganos o tejidos, mientras que los padres del *nasciturus* no pueden tomar dicha decisión, asumiendo el Congreso una postura absoluta respecto de los tejidos fetales al no poder decidir el destino del material biológico. Además, carece de sentido, pues los padres pueden verse sometidos a uno de los dos ámbitos de aplicación de la Ley 1805 de 2016 antes situaciones diferenciadas por minutos[33]. Así colige la existencia de un trato discriminatorio entre los padres del *nasciturus* y de los neonatales, por cuanto los últimos podrán decidir el destino de los órganos o tejidos de sus hijos, mientras que los primeros no podrán hacerlo frente al *nasciturus*.

De igual manera, encuentra que la ambigüedad del término "niño no nacido abortado" **vulnera la garantía del derecho reproductivo a acceder a los servicios de salud**, específicamente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de forma segura. Ello lo hace radicar en que *"la posibilidad de poder acceder a este tipo de servicios está supeditada a las definiciones específicas de las categorías y momentos de gestación del feto. De manera que la creación de una nueva*

---

contracción voluntaria." Normas e instrucciones sobre la codificación de la mortalidad fetal y neonatal. 2017. www.valledelcauca.gov.co

[30] Se explica que la protección de la vida del nasciturus no puede equipararse al derecho a la vida del nacido (persona). Protección no es en el mismo grado e intensidad.

[31] Se informa que el embrión no puede ser entendido como persona y su protección es gradual e incremental.

[32] "Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las ocho (8) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral."

[33] Explica que si se trata de padres que estaban en el parto pero cuyo feto no salió del útero con vida no pueden tomar la decisión sobre la donación, mientras que los padres de un niño que nació pero murió en el primer minuto de vida sí pueden tomar la decisión de donación.

categoría que no tiene correspondencia con la legislación, las normas técnicas y la jurisprudencia, puede llegar a entorpecer el acceso legítimo de una mujer al mencionado servicio. (…) Se está introduciendo una nueva definición que es contradictoria respecto a las dos definiciones existentes. De esta forma, puede ser que el aparte acusado sea utilizado no solo para regular asuntos de donación, sino para establecer el momento en que puede practicarse la interrupción voluntaria del embarazo".

Vulneración del principio de unidad de materia

3. Expone que se presenta un vicio formal, ya que la Corte ha destacado que debe existir una correspondencia lógica entre el título y el contenido normativo, así como una relación de conexidad interna entre las distintas normas que la integran. En este asunto, indica que el parágrafo acusado guarda relación con el título que se refiere a las modificaciones en materia de donación de órganos, pero contraría el objetivo general de la ley que busca ampliar las donaciones en Colombia y no establecer prohibiciones injustificadas sobre algún tipo de donación.

Enfatiza que *"se está yendo en contra del título en general y de lo que busca la ley en su conjunto"*, desprendiendo que no existe conexidad interna entre el propósito de la ley y el parágrafo 2º del artículo 2º de la Ley 1805 de 2016. Anota que el artículo 1º estipula como objetivo ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, sin embargo, cuando se establece una prohibición irrazonable sobre la donación de cierto tipo de órganos y tejidos no se estaría ampliando la presunción sino cerrando, por lo que debe declararse la inexequibilidad.

V. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Competencia

1. La Corte es competente para conocer del presente asunto, por cuanto la preceptiva acusada hace parte de una ley de la República, de conformidad con las competencias establecidas por el numeral 4 del artículo 241 de la Constitución.

Aptitud sustantiva de la demanda y determinación del problema jurídico

2. Aun cuando la mayoría de las intervenciones y el concepto del Procurador reclaman esencialmente un pronunciamiento de fondo, varios de ellos[34] solicitan que la Corte se inhiba sobre algunos de los presuntos cargos de inconstitucionalidad. Esta Corporación ha determinado, en términos del artículo 40.6 de la Constitución, que todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político, pudiendo interponer acciones públicas en defensa de la Constitución. Ello permite caracterizar la acción de inconstitucionalidad como una herramienta de *naturaleza pública* e *informal*, que abandona los excesivos formalismos técnicos o rigorismos procesales en virtud de la prevalencia del derecho sustancial y del interés general[35].

---

[34] *Intervenciones de la Fundación Nacional de Trasplantados, Fundación de Católicos de Colombia Solidaridad, universidad del Rosario y universidad de La Sabana, y el Procurador General de la Nación.*
[35] *Artículos 1º y 228 superiores.*

Empero, la presentación de tal acción no está exenta del cumplimiento de unos requerimientos mínimos[36] que exigen expresar las razones por las cuales se estima violado el texto constitucional[37]. De ahí que la acusación debe: i) ser suficientemente comprensible (clara); ii) recaer verdaderamente sobre el contenido normativo acusado (cierta); iii) mostrar la manera cómo la disposición legal vulnera la Carta Política (especificidad); iv) exponer argumentos de naturaleza constitucional y no legales ni doctrinarios (pertinencia); y v) suscitar una duda mínima en la pretensión de desvirtuar la presunción de constitucionalidad (suficiencia)[38]. De igual modo, el Tribunal al verificar el cumplimiento de la carga mínima argumentación no puede llegar al punto de hacer nugatorio el derecho fundamental a interponer acciones públicas en defensa de la Constitución. Por consiguiente, el análisis de los requisitos de la demanda debe atender el principio *pro actione* de tal manera que ante una *duda* se debe resolver a favor de la habilitación (regla general) y no de la inhibición (excepción)[39].

En el presente asunto, aunque algunas de las peticiones de inhibición no fueron suficientemente sustentadas y otras terminan por suplir el debate constitucional[40], se procederá a estudiarlas en su conjunto en orden a determinar la procedencia de una decisión de fondo.

Tratándose de la acusación por violación del *derecho a la salud,* particularmente del *principio de progresividad* en el componente de investigación médica y/o científica (disponibilidad), se alega una regresividad normativa y jurisprudencial dado que el legislador, con la medida adoptada de prohibición de donación y utilización de órganos o tejidos fetales, no justificó adecuadamente la necesidad de una disminución en el nivel de protección constitucional alcanzado. La accionante expone que en los debates efectuados en el Congreso de la República nunca se explicó de forma clara por qué se incluía el parágrafo demandado, que encuentra no hizo parte del proyecto de ley

---

[36] *Artículo 2º del Decreto ley 2067 de 1991.*

[37] *La carga mínima de argumentación en las demandas de inconstitucionalidad resulta indispensable por cuanto de no atenderse dicho presupuesto procesal podría frustrarse la expectativa ciudadana de obtener una decisión de fondo. Su exigencia permite hacer un empleo adecuado y responsable de los mecanismos de participación. Conforme al artículo 241 superior, no corresponde a la Corte revisar oficiosamente las leyes, sino examinar las que efectivamente hubieran sido demandadas, lo cual implica que solo pueda adentrarse en el estudio y resolución de un asunto una vez se presente en debida forma la acusación. Cfr. sentencias C-292 de 2019, C-266 de 2019, C-042 de 2018, C-688 de 2017, C-422 de 2016, C-499 de 2015, C-081 de 2014, C-281 de 2013, C-610 de 2012, C-1052 de 2001 y C-447 de 1997.*

[38] *Así lo ha recogido la Corte desde la sentencia C-1052 de 2001, al señalar que las exigencias del artículo 2º del Decreto ley 2067 de 1991 constituyen una carga mínima de argumentación que debe cumplir todo ciudadano.*

[39] *Cfr. sentencias C-064 de 2018, C-094 de 2017, C-584 de 2016, C-499 de 2015, C-081 de 2014, C-511 de 2013, C-589 de 2012, C-978 de 2010 y C-814 de 2009. Sobre el carácter excepcional de las providencias inhibitorias dijo este Tribunal: "La inhibición, aunque es posible en casos extremos, en los cuales se establezca con seguridad que el juez no tiene otra alternativa, no debe ser la forma corriente de culminar los procesos judiciales. Ha de corresponder a una excepción fundada en motivos ciertos que puedan ser corroborados en los que se funde objetiva y plenamente la negativa de resolución sustancial. De lo contrario, es decir, mientras no obedezca a una razón jurídica valedera, constituye una forma de obstruir, por la voluntad del administrador de justicia, el acceso de las personas a ella" (sentencia C-666 de 1996). En El Salvador al ejercer el control abstracto de constitucionalidad la causa de la pretensión lo constituye los motivos de inconstitucionalidad o fundamento material de la misma, que en términos filosóficos constituyen el título ontológico. SSC CSJ del 14-XII-1995, Inc. 17-95, Considerando II 2.*

[40] *En la sentencia C-422 de 2016 se sostuvo: "una solicitud de inhibición no puede sustentarse en lo que debe ser objeto precisamente de discusión y respuesta constitucional, (…). Adicionalmente, dado que este asunto reviste cierto grado de complejidad por el carácter altamente técnico de la materia a estudiar, (…) la obligación de este Tribunal e(s) proceder a valorar y responder de fondo el asunto que nos ocupa".*

original del Representante Rodrigo Lara Restrepo[41], cuya única explicación fue que se quería evitar la venta de tejidos fetales por el escándalo en los Estados Unidos[42].

Para la Corte la demanda se expone: *clara* al aducirse una regresividad normativa (ley estatutaria en salud) y jurisprudencial (IVE) frente al nivel de protección logrado, que por la falta de disponibilidad de órganos o tejidos fetales para enfermedades graves dificulta la prestación del servicio de salud; *cierta* toda vez que la máxima según la cual lo no prohibido está permitido, conocido como principio de permisión, se expone como argumento de refuerzo, máxime cuando se ha puntualizado su existencia normativa en resoluciones; *especifica* porque se evidenció con precisión la manera como se confrontan el aparte legal y la disposición constitucional (art. 49); *pertinente* ya que atiende una exposición argumental de naturaleza constitucional y estatutaria, además de la jurisprudencia de la Corte; y *suficiente* al generar una duda mínima de inconstitucionalidad dado los elementos de juicio destacados.

Respecto al *deber de abstención del Estado* se cumple con la *especificidad* al determinar la manera como la prohibición termina por aplazar la dimensión negativa de las obligaciones del Estado para la prestación del servicio de salud. También con la *pertinencia* al centrarse en el derecho a la salud y la jurisprudencia constitucional[43]. En torno a la *investigación médica y/o científica* la argumentación satisface la *especificidad* al señalar que lo impugnado desconoce el acceso oportuno a las tecnologías y medicamentos como piezas fundamentales para investigar y desarrollar procesos más innovadores, mejora del servicio de salud y prestación eficiente y suficiente. Cumple con la *certeza* porque aun cuando no se desprenda del tenor literal referencia a la investigación médica y/o científica, se expone como uno de los efectos que podría generarse. En relación con la *pertinencia* basta indicar que el derecho alegado es la salud en su componente de investigación médica y/o acceso a la ciencia.

En cuanto a la expresión *"niño no nacido abortado"* por *ambigüedad e incoherencia* a partir de la definición científica, la Corte encuentra que es *pertinente* al fundamentarse en el lenguaje empleado, que se estima repercute en los derechos a la igualdad y reproductivos. Traer a colación datos estadísticos del DANE, informes del Instituto Nacional de Salud y comunicados de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, entre otros, no resta fuerza a los cargos presentados al exponerse como razonamientos complementarios, más aún cuando están presentes asuntos técnicos. Respecto a la falta de *suficiencia* la demanda informa los elementos de juicio necesarios que despiertan una duda mínima de inconstitucionalidad, al indicarse la generalidad y confusión del lenguaje empleado, respecto a la distinción entre muertes fetales y neonatales, y la inexistencia de restricciones temporales en relación con la IVE. En cuanto a la *definición jurídica* se satisface el requisito de *suficiencia*, toda vez que se señala que se atenta contra la regulación normativa penal que distingue entre *nasciturus* y neonatales, y el alcance de la protección a nivel constitucional e internacional.

---

[41] *Pone de presente la Gaceta del Congreso 489 de 2014, proyecto de ley 091 de 2014 Cámara.*
[42] *Menciona la Gaceta del Congreso 91 de 2016, proyecto de ley 093 de 2015 Senado.*
[43] *Alude a las sentencias C-313 de 2014 y T-760 de 2008.*

Como efectos nocivos que la ambigüedad acarrea sobre el *derecho a la igualdad* halla esta Corporación que se cumple el presupuesto de *claridad* al ser posible entender, a partir de la distinción conceptual entre *nasciturus* y persona respecto de la vida como valor y derecho, la existencia de un trato discriminatorio entre los progenitores, al presuntamente otorgarse una mayor protección a los primeros cuando su reconocimiento se ha conferido a los segundos, que se encuentra irrazonable y desproporcionado. Cumple con la *suficiencia* porque aun cuando no sigue con rigurosidad el *tertium comparationis* es factible desprender el cumplimiento de la mayor carga argumentativa al determinarse: i) los grupos y situaciones involucrados (progenitores de no nacidos y nacidos - vida como valor y derecho), ii) el trato discriminatorio introducido (la prohibición legal de donación y utilización de órganos o tejidos fetales) y iii) lo que justificaría un tratamiento distinto al dispensado por el aparte demandado (la definición científica, jurídica y jurisprudencial al reconocer una menor protección a los *nasciturus* que explicaría la permisión legal de la donación).

En cuanto a los efectos nocivos que la ambigüedad ocasiona sobre los *derechos reproductivos* (mujer) esta Corporación encuentra que la demanda cumple los requisitos de *claridad* al poder determinarse la indicación que con la introducción de la expresión *"niños no nacidos abortados"* se vulnera la garantía de acceso a los servicios de salud reproductiva (IVE de manera segura), en contravía de las definiciones científica, normativa y jurisprudencial; *certeza* al partir del contexto en que se inserta el parágrafo acusado como lo es la prohibición establecida y los efectos nocivos atendiendo los conceptos científico, normativo y jurisprudencial; *pertinencia* porque la cita de datos estadísticos como la del DANE, según se expuso, no resta fuerza constitucional a la demanda cuando se expone como argumento de refuerzo; y *suficiencia* ya que han sido reconocidos como derechos fundamentales a partir de la sentencia C-355 de 2006.

Finalmente, aun cuando no se hubiere solicitado expresamente ineptitud de la demanda por violación del *principio de unidad de materia*, si se manifestó por la Procuraduría la ausencia de certeza en la argumentación, por lo que se encuentra necesario verificar si el cargo cumple las condiciones mínimas para un pronunciamiento de fondo. En efecto, se han fijado unos criterios para la formulación de un argumento apto de inconstitucionalidad, como son: a) señalar la materia de la que se ocupa la ley impugnada, b) citar las disposiciones que presuntamente no guardan relación con el tema general de la ley, y c) explicar las razones por las cuales considera que dichas disposiciones no son afines a la materia de la ley[44].

Observada la demanda presentada la Corte considera que la actora satisfizo los mencionados requisitos de procedibilidad, toda vez que en el escrito de acusación se i) señala que la ley busca aumentar las donaciones en el país, para lo cual trae a colación el artículo 1º de la ley demandada (1805 de 2016) que erige como objeto la ampliación de la presunción legal de donación, además de lo pretendido por la ley en su conjunto y la referencia en general al título de la ley; ii) menciona el parágrafo 2 del artículo 2º como aparte cuestionado señalando que no guarda relación con la materia general de la ley (conexidad interna); y iii) explica que se contraría el objeto de la ley que busca ampliar las donaciones en el país y no instituir prohibiciones injustificadas o irrazonables sobre algún tipo de donación de órganos o tejidos.

---

[44] *Sentencia C-837 de 2001. Cfr. sentencias C-263 de 2016 y C-133 de 2012.*

3. Atendiendo que la demanda de inconstitucionalidad se centra en tres tipos de cargos de inconstitucionalidad, esta Corporación precisa que de encontrarse procedente uno de ellos conforme a los problemas jurídicos que se formulen, haría innecesario entrar a pronunciarse sobre los demás por sustracción de materia.

En primer lugar, este Tribunal se pronunciará sobre si el parágrafo acusado desconoció el principio de progresividad del derecho a la salud en su componente de investigación científica, debido a que el legislador presuntamente no justificó adecuada y suficientemente la medida de prohibición de donación y utilización de órganos o tejidos de los "niños no nacidos abortados".

De no prosperar dicho cargo, en segundo lugar deberá responder si la expresión *"niño no nacido abortado"* i) reviste de ambigüedad e incoherencia al supuestamente no corresponder con las definiciones científica, normativa y jurisprudencial que distinguen entre *nasciturus* y nacidos, y han precisado el ámbito de protección de la vida, ii) vulnera la igualdad entre progenitores al terminar otorgando mayor protección a los *nasciturus* que a los nacidos y iii) desconoce los derechos reproductivos (mujer) al obstaculizar el acceso legítimo a la IVE de forma segura y sin limitaciones temporales.

Por último, si tal cargo de inconstitucionalidad no resulta procedente se estudiará la violación del *principio de unidad de materia*, esto es, si el segmento cuestionado guarda una conexidad interna objetiva y razonable con el tema general o materia dominante de la ley, al afirmarse que no responde al objeto general ni a su conjunto, consistente en la ampliación de la presunción legal de donación, además que no hizo parte del proyecto de ley original sino que apareció en el último debate, como tampoco se justificó claramente su inclusión.

Las intervenciones y conceptos registrados propenden por variadas decisiones como fueron de exequibilidad[45], exequibilidad condicionada[46], sin solicitud alguna[47] e inexequibilidad[48].

Para resolver, entonces, el primer interrogante planteado la Sala Plena atenderá principalmente la jurisprudencia constitucional, partiendo de los parámetros superiores e internacionales sobre la materia. Por consiguiente, habrá de referir i) a la prohibición *prima facie* de retrocesos frente al nivel de protección constitucional alcanzado en el derecho a la salud, ii) a la investigación científica en salud como bien jurídico objeto de protección constitucional, iii) al marco normativo sobre

---

[45] *Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella, Fundación Nacional de Trasplantados, Instituto Colombiano de Derecho Procesal, Fundación de Católicos de Colombia Solidaridad, Movimiento Vida por Colombia, Universidad del Rosario, Universidad de La Sabana, Universidad ICESI y Procuraduría General.*
[46] *Academia Colombiana de Jurisprudencia.*
[47] *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Organización Nacional de Trasplantes, España y Universidad de Granada, Facultad de Filosofía, España.*
[48] *Ministerio de Salud y Protección Social; La Mesa por la Vida y la Salud de las mujeres; Federación Colombiana de Municipios; Universidad Externado; Universidad Nacional; Universidad del Valle; Universidad de los Andes (tres facultades); amicus curiae Universidad Nacional de Buenos Aires; amicus curiae Carlos María Romeo Casabona; Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación Buenos Aires; e Instituto Nacional de Salud.*

donación y utilización de órganos o tejidos fetales en Colombia y iv) así entrar al asunto *sub-júdice* (test de regresividad).

Prohibición *prima facie* de retrocesos frente al nivel de protección constitucional alcanzado en el derecho a la salud

4. En la pretensión de la construcción de una sociedad más justa y equitativa para todos, **el constituyente de 1991** estableció la forma organizativa de Estado social de derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, en la solidaridad y en el pluralismo[49], así mismo, consagró la garantía irrenunciable a la seguridad social[50] y determinó la protección de quienes por su condición económica, física y mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta[51]. También, instituyó como fin esencial del Estado la *"efectividad"* de los principios, derechos y deberes constitucionales[52], y como función social asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos y la solución de las necesidades básicas insatisfechas en salud[53].

Particularmente, el artículo 49 constitucional garantizó a todas personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiendo al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Como componente de la seguridad social, también se determina que el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprende la prestación de los servicios en la forma que determine la ley[54]. De este modo, le dio a la salud una doble connotación de i) servicio público obligatorio y ii) derecho irrenunciable, entregando al Congreso de la República el diseño del sistema y al Gobierno la reglamentación de su prestación, la vigilancia y el control, y la concurrencia en la financiación.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que **la salud es** un *estado completo de bienestar físico, mental y social*, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades[55], dentro del nivel posible de salud. En términos del bloque de constitucionalidad[56], comprende *el derecho al nivel más alto de salud posible* dentro de cada Estado, que se debe alcanzar de manera progresiva[57]. Igualmente, ha sido acogido por los convenios internacionales bajo una concepción amplia o como un *derecho inclusivo* que comprende el mayor número de servicios, auxilios, asistencias y prestaciones, a saber: el acceso al agua limpia potable, suministro de alimentos sanos, nutrición balanceada, condiciones sanitarias adecuadas en el trabajo, medio ambiente sano y educación sobre cuestiones de salud, etc. Abarca así un conjunto de prestaciones cuya eficacia compromete al Estado, a la sociedad y a la familia.

---

[49] *Artículo 1º superior.*
[50] *Artículos 48 y 53 superiores.*
[51] *Artículo 13 superior.*
[52] *Artículo 2º superior.*
[53] *Artículo 365 superior.*
[54] *Artículo 48 superior.*
[55] *http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf*
[56] *Artículo 93 superior.*
[57] *Sentencias T-597 de 1993 y T-760 de 2008.*

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. La sentencia T-227 de 2003 definió por primera vez a la salud como un **derecho fundamental autónomo**, siendo posteriormente recogida en las sentencias T-760 de 2008[58] y C-313 de 2014[59]. También la Corte sostuvo que no basta con que la persona exista, sino que a su materialidad ontológica se le agrega una cualidad indisoluble la dignidad, por lo que se trata de defender asimismo una cierta calidad de vida[60].

Garantía del derecho fundamental a la salud que no prescinde de las **dimensiones positiva** (de prestación, gradual y progresiva)[61] y **negativa** (de abstención, cumplimiento inmediato)[62], 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 (la primera) y la prohibición de que el Estado apruebe medidas que vulneren la salud o interfieran de forma injustificada en el goce efectivo del derecho (la segunda)[63]. Ello, aunque no siempre coincida la categoría de derecho fundamental con la dimensión no prestacional, ni la de derecho económico, social y cultural con la dimensión prestacional, por lo que también *puede predicarse una faceta positiva de un derecho fundamental o una faceta negativa de un derecho social*.

Adicionalmente, la Corte no halla que la faceta positiva de un derecho siempre este sujeto a una protección gradual y progresiva, frente a la omisión en *la observancia de las obligaciones correlativas mínimas* que expone al titular del derecho ante la inminencia de sufrir un daño injustificado, lo cual habilita reclamar la protección judicial inmediata (evitar un perjuicio irremediable), siendo entonces un derecho justiciable[64]. 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[65].

Ahora bien, siendo la Carta Política una herramienta evolutiva, dinámica y abierta, vía remisión a los tratados internacionales de derechos humanos también se integran al concepto y alcance del

---

[58] *Declaración implícita del estado de cosas inconstitucional en salud.*
[59] *Revisó el proyecto de ley estatutaria en salud, hoy 1751 de 2015, que en el artículo 2º prescribe: "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".*
[60] *Sentencia C-575 de 1992.*
[61] *No son exigibles de forma inmediata al depender en buena medida de la creación de políticas públicas y la disposición de recursos financieros.*
[62] *Cfr. sentencia T-336 de 2018.*
[63] *Sentencia C-754 de 2015. Entre otros problemas jurídicos se abordó: ¿La expresión facultad del artículo 23 de la Ley 1719 de 2014 viola los artículos 49 y 93 de la Constitución, el bloque de constitucionalidad y el principio de progresividad y no regresividad al generar un cambio en las condiciones de acceso a los servicios de salud para las víctimas de violencia sexual?*
[64] *Sentencia T-760 de 2008. La Observación General número 14 del Comité DESC aludió a las obligaciones mínimas que son de aplicación inmediata. Cfr. sentencia C-251 de 1997.*
[65] *Sentencia T-307 de 2006.*

derecho a la salud: i) la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre[66], ii) la Declaración Universal de los Derechos Humanos[67], el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[68] y iv) el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"[69].

La *Observación General 14* (2000) del Comité DESC estableció cuatro elementos que dotan de contenido las obligaciones de los Estados respecto del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad[70]. Por su parte, el proyecto de ley estatutaria en salud en el artículo 6º, declarado exequible casi en su totalidad[71] en la sentencia C-313 de 2014, señaló en términos similares que incluye los siguientes **elementos esenciales e interrelacionados**: a) disponibilidad[72], b) aceptabilidad[73], c) accesibilidad[74] y d) calidad e idoneidad profesional. Además, estableció que comporta, entre otros, los siguientes **principios**: i) universalidad[75], ii) equidad[76], iii) oportunidad[77], iv) progresividad del derecho , v) eficiencia[78] y vi) solidaridad[79].

---

[66] *"Artículo 11. "[t]oda persona tiene derecho 'a que su salud sea preservada [1] por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, [2] correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".*

[67] *"Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".*

[68] *"Artículo 12. 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".*

[69] *"Artículo 10. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (…)".*

[70] *Estos elementos fueron acogidos en las decisiones de esta Corporación como acaeció con la sentencia T-760 de 2008.*

[71] *Declarar EXEQUIBLE el artículo 6°, salvo las expresiones "de manera intempestiva y arbitraria" contenidas en el literal d) del inciso segundo, "que se requieran con necesidad" y "que puedan agravar la condición de salud de las personas" contenidas en el literal e) del inciso segundo, que se declaran inexequibles.*

[72] *"El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente".*

[73] *"Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad".*

[74] *"Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información".*

[75] *"Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida".*

[76] *"El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección".*

[77] *"La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas".*

[78] *"El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población".*

[79] *"El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades".*

Dicha Observación General refirió a las **obligaciones de los Estados partes** que de acuerdo con el Comité DESC son de tres tipos: respetar, proteger y cumplir (también denominada de garantizar)[80]. De otro lado, el proyecto de ley estatutaria en salud en el artículo 5º, declarado exequible casi en su totalidad[81] en la sentencia C-313 de 2014, indicó en términos similares que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud[82]. En la sentencia C-754 de 2015 se recogió el alcance de cada una de tales obligaciones[83].

---

[80] *"La obligación de **respetar** exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de **proteger** requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12 (PIDESC). Por último, la obligación de **cumplir** requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (…)". Cfr. sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014.*

[81] *Declarar exequible el artículo 5°, en el entendido que (i) la atribución del deber de adoptar mecanismos para la validación del derecho prevista en el literal d) no dará lugar a expedir normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales y (ii) la sostenibilidad financiera a que alude el literal i) no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario.*

[82] *Añade el artículo 5º de la Ley 1751 de 2015: "Para ello deberá: a) abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas; b) formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema; c) formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; d) establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio; (Con declaración de exequibilidad condicionada). e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto; f) velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población; g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; h) Realizar evaluaciones sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud; i) adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población; (Con declaración de exequibilidad condicionada). j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio".*

[83] *"La **obligación de respetar** comprende principalmente obligaciones negativas en las que el Estado tiene el deber de: i) abstenerse de limitar o prohibir el acceso a la salud; y ii) abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en el acceso a la salud. La **obligación de proteger** implica deberes de carácter positivo y se refiere a: i) la adopción de leyes o medidas para impedir que terceros interfieran en el acceso y goce del derecho a la salud; ii) la adopción de leyes, normas o medidas que garanticen el acceso en condiciones de igualdad a la atención en salud; iii) la debida supervisión de las entidades privadas en la provisión de los servicios de salud y de comercialización de equipos médicos y medicamentos; iv) la garantía de que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten el derecho a la salud de las mujeres, en particular el ejercicio de los derechos reproductivos; v) la adopción de medidas de especial protección en el acceso a servicios de salud para personas que pertenecen a grupos vulnerables; y vi) la adopción de medidas para asegurar que terceros no limiten el acceso a la información y a servicios de salud. La **obligación de cumplir o el deber de garantizar** el derecho a la salud "requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud", y comprende obligaciones más extensas, a saber: i) la adopción de una política nacional de salud acompañada de un plan que reconozca de forma suficiente el derecho a la salud; ii) la adopción de medidas para asegurar el acceso en condiciones de igualdad a todos los factores determinantes básicos de la salud; iii) la provisión de servicios de salud sexual y genésica, particularmente en áreas rurales; iv) la apropiada formación del personal médico de todos los niveles; v) la existencia de infraestructura suficiente y apropiada para la provisión de servicios de salud, incluida la salud mental; vii) **el fomento de investigaciones médicas**; viii) la educación e información sobre la salud, particularmente en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; y ix) la adopción de medidas contra los peligros para la salud de la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, además de las medidas de garantía en las esferas de facilitación, proporcionamiento y promoción de las garantías del derecho a la salud".*

5. Tratándose del **principio de progresividad** ha dicho la Corte que 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[84]. Ha afirmado[85] que *"no excusa el incumplimiento del deber del Estado de asegurar, tan pronto como sea posible, los contenidos mínimos de esos derechos"*; sino que, por el contrario, como lo establece el principio 16 de Limburgo tiene "*la obligación de iniciar inmediatamente el proceso encaminado a la completa realización de los derechos contenidos en el Pacto*"[86].

Mandato de progresividad que en palabras de la Corte **comporta**:*"(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***"[87].

Postulado que no solo es predicable de la actuación u omisión del legislador sino también de la administración[88]. La sentencia C-754 de 2015 reiteró que dicho principio de progresividad **consta de dos obligaciones**: una, avanzar ampliando el ámbito de realización del derecho y, otra, no disminuir en principio el nivel de satisfacción constitucional alcanzado (mandato de no retroceso), conocido como prohibición *prima facie* de regresividad. Aunque inicialmente el principio de progresividad comprendía especialmente los DESC, su aplicación hoy abarca a todos los derechos fundamentales. Ha sido recogido el principio de progresividad en **instrumentos internacionales** como el Pacto Internacional de DESC (art. 2.1.)[89], la Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 26[90] y 41[91]) y el Protocolo Adicional a la CADH denominado de San Salvador (art.

---

[84] *Sentencia C-754 de 2015.*
[85] *Sentencia C-077 de 2017, que examinó la constitucionalidad de varias disposiciones de la Ley 1776 de 2017, que crean y desarrollan las ZIDRES.*
[86] *En este sentido se pronunció esta Corporación en la sentencia C-251 de 1997.*
[87] *Cfr. sentencia C-046 de 2018. Estudió el siguiente problema jurídico: ¿El artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 viola el artículo 125 de la Constitución sobre los principios del mérito y de no regresividad al determinar la provisión de los cargos de director o gerente de las ESE mediante el nombramiento por el Presidente, los gobernadores y alcaldes y no mediante concurso de méritos?*
[88] *Sentencia SU.124 de 2018.*
[89] *"Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos".*
[90] *"Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados".*
[91] *"La Comisión tiene la función principal de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos, y en el ejercicio de su mandato tiene las siguientes funciones y atribuciones: (…) b) formular recomendaciones, cuando lo estime conveniente, a los gobiernos de los Estados miembros para que adopten medidas progresivas en favor de los derechos humanos dentro del marco de sus leyes internas y sus preceptos constitucionales, al igual que disposiciones apropiadas para fomentar el debido respeto a esos derechos".*

1º)[92], además de la interpretación sobre el alcance de tal principio respecto del derecho a la salud contenida en la *Observación General número 3 de 1990*[93] del Comité DESC[94].

La Corte en la sentencia C-262 de 2013[95] observó que *"**los contenidos prestacionales de los derechos fundamentales –como la salud y la seguridad social- están sometidos al principio de progresividad y no regresión**[96]**,** el cual conlleva (i) la obligación del Estado de ampliar su nivel de realización y (ii) la proscripción de la reducción de los niveles de satisfacción actuales[97](...)".* Mandato de progresividad que, en términos de la sentencia C-671 de 2002, implica que *"una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos en un aspecto: **todo retroceso frente al nivel de protección alcanzado debe presumirse en principio inconstitucional, y por ello está sometido a un control judicial estricto**".*

Con base en lo anterior, se ha subrayado que constituye un parámetro de constitucionalidad y un factor de análisis al verificar la validez de las normas legales a la luz de los derechos constitucionales involucrados, como la seguridad social[98], el medio ambiente[99], la vivienda digna[100] y **la salud**, entre otros[101]. Ha señalado esta Corporación que el desarrollo del principio de proporcionalidad expone **particularidades según el derecho constitucional involucrado**, sin que ello sea óbice para que conforme a la evolución de la jurisprudencia constitucional se hubieren determinado algunas **reglas generales**, a saber[102]:

---

[92] *"Los Estados partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo".*

[93] *La índole de las obligaciones de los Estados partes.*

[94] *"El concepto de **progresiva efectividad** constituye un reconocimiento del hecho de que la plena efectividad de todos los derechos económicos, sociales y culturales en general no podrá lograrse en un breve período de tiempo. En este sentido, la obligación difiere de manera importante de la que figura en el artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos e incorpora una obligación inmediata de respetar y garantizar todos los derechos pertinentes. Sin embargo, el hecho de que la efectividad a lo largo del tiempo, o en otras palabras progresivamente, se prevea en relación con el Pacto no se ha de interpretar equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo. Por una parte, se requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo real y las dificultades que implica para cada país el asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. Por otra parte, la frase debe interpretarse a la luz del objetivo general, en realidad la razón de ser, del Pacto, que es establecer claras obligaciones para los Estados Partes con respecto a la plena efectividad de los derechos de que se trata. Este impone así una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo. Además, **todas las medidas de carácter deliberadamente retroactivo en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente** por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga".*

[95] *Declaró exequibles los incisos primero y segundo del artículo 23 (gastos de administración de las entidades promotoras de salud) de la Ley 1438 de 2011, en los términos y por las razones expuestas en dicha providencia.*

[96] *Ver la sentencia C-372 de 2011. M.P. Pretelt Chaljub.*

[97] *Ver, entre otras, las sentencias C-671 de 2002, C-556 de 2009 y C-372 de 2011.*

[98] *Sentencias C-038 de 2004, C-257 de 2008, C-1141 de 2008, C-428 de 2009 y C-228 de 2011.*

[99] *Sentencia C-443 de 2009 y C-298 de 2016.*

[100] *Sentencia C-444 de 2009 y C-536 de 2012.*

[101] *Sentencia C-754 de 2015.*

[102] *Ibídem.*

"i) las medidas que constituyan un retroceso en la protección de los derechos sociales, económicos y culturales son prima facie inconstitucionales[103]; ii) la libre configuración del legislador se reduce en materia de estos derechos[104], en tanto que ***cuando éste adopte una medida que produzca una disminución en el nivel de protección alcanzado, tiene un deber de justificación*** *conforme al principio de proporcionalidad, aun cuando exista un amplio margen de configuración[105]; iii) la prohibición de regresividad también es aplicable a la administración[106]; iv) en virtud de este principio no es posible avalar la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos[107]; y (v) en relación con las facetas prestacionales de los derechos que no son exigibles de forma inmediata, es posible solicitar judicialmente ´(1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados´[108]".*

---

[103] *Un segundo momento relevante en la jurisprudencia constitucional en la evolución del principio de progresividad puede asociarse a un conjunto de decisiones en las que se estableció que diversas medidas, que reflejaban un retroceso en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, se presumían inconstitucionales. Esta postura, aún vigente, se desarrolló con especial claridad en la sentencia C-038 de 2004 (…). En esa decisión, la Corte (…) analizó una reforma al Código Sustantivo del Trabajo destinada a reducir los costos del contrato laboral, especialmente en lo relacionado con la remuneración por trabajo extra o trabajo nocturno. Por ejemplo, en la reforma se extendió la jornada diurna hasta las 10 de la noche. Al estudiar la norma esta Corporación señaló que* ***las medidas que constituyan un retroceso en la protección de los derechos sociales son prima facie inconstitucionales****. Precisó que de acuerdo con la Observación General No. 3 del Comité DESC,* ***las disposiciones deliberadamente retroactivas deben ser plenamente justificadas por parte del Estado****. Y puntualizó que, de conformidad con la Observación No. 14 sobre el derecho a la salud del mismo Comité, corresponde al* ***Estado demostrar que las medidas regresivas se aplican "tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas*** *por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado parte".*

[104] *La sentencia C-038 de 2004 (…) indicó que la* ***libertad de configuración normativa del legislador se reduce cuando adelanta reformas o establece nuevas regulaciones asociadas al desarrollo de los derechos sociales****. En caso de que* ***el Congreso adopte una medida que produzca un retroceso en el nivel de protección alcanzado, ésta debe estar justificada*** *conforme al principio de proporcionalidad. A juicio de la Corte, en tal escenario corresponde a la autoridad política "****justificar que esas disminuciones en la protección alcanzada*** *frente a los derechos sociales, como el derecho al trabajo,* ***fueron cuidadosamente estudiadas y justificadas, y representan medidas adecuadas y proporcionadas para alcanzar un propósito constitucional de particular importancia****" .*

[105] *Asimismo, esta Corporación determinó en la misma sentencia que el análisis de la reforma laboral citada estaba atravesado por debates acerca de los efectos de las políticas económicas y, en ese contexto, la justificación de la medida era más compleja, pues las diversas escuelas teóricas señalaban consecuencias diferentes. Por ese motivo, este Tribunal consideró que al analizar la necesidad y adecuación de la medida debía ser deferente con las decisiones del legislador, salvo en caso de encontrar que sus razonamientos fueran abiertamente desorbitados. La sentencia señaló que* ***cuando la Corte no tiene los elementos técnicos suficientes para abordar la adecuación y necesidad de la reforma****, será necesario verificar "(i) que* ***las medidas no fueron tomadas inopinadamente*** *sino que se basaron en un estudio cuidadoso, y (ii) que* ***el Congreso analizó otras alternativas****, pero consideró que no existían otras igualmente eficaces que fueran menos lesivas, en términos de la protección del derecho al trabajo. Y (iii) finalmente debe el juez constitucional verificar que la medida no sea desproporcionada en estricto sentido, esto es, que* ***el retroceso en la protección del derecho al trabajo no aparezca excesivo frente a los logros*** *en términos de fomento del empleo". En ese caso, la Corte consideró que no estaba demostrado que la reforma constituyera una medida abiertamente inadecuada o innecesaria, pues existía un debate inconcluso sobre los efectos económicos de ese tipo de medidas y su potencialidad para alcanzar el propósito trazado por el Legislador. Por lo tanto, el juez constitucional no podía controvertir la justificación expuesta por el Congreso. Además, consideró que las nuevas normas eran proporcionadas porque no restringían intensamente otros derechos constitucionales.*

[106] *Ver, sentencias C-443 de 2009 y T-1318 de 2005.*

[107] *Así, por ejemplo, la sentencia T-1213 de 2008 señaló que en el marco de las discusiones sobre lo que establece el PIDESC debe entenderse que aquel obliga solo a no deshacer el nivel de protección alcanzado, sino también a lograr estándares mínimos de protección de los derechos. Expuso: "(...) en opinión del Comité, la firma del Pacto supone la aceptación de una `una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos (...) Si el Pacto se ha de interpretar de tal manera que no establezca una obligación mínima, carecería en gran medida de su razón de ser´".*

[108] *Sentencia T-760 de 2008 (…): "Para la jurisprudencia constitucional, cuando el goce efectivo de un derecho constitucional fundamental depende del desarrollo progresivo, ´lo mínimo que debe hacer [la autoridad responsable] para proteger la prestación de carácter programático derivada de la dimensión positiva de [un derecho fundamental] en un Estado social de derecho y en una democracia participativa, es, precisamente, contar con un programa o con un plan encaminado a asegurar el goce efectivo de sus derechos.*

6. **En materia del derecho salud** tratándose del principio de progresividad y no retroceso *prima facie* frente al nivel de protección constitucional alcanzado, la Corte acogió la Observación General 14 del Comité DESC[109] según la cual *"existe una fuerte **presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud**. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte"* (32)[110].

De igual modo, se estatuye que la adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo concerniente al derecho a la salud *"constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales* relativas *al derecho a la salud"* (48)[111].

En la sentencia C-313 de 2014, al revisar la hoy Ley estatuaria 1751 de 2015, se incluyó en el artículo 5º como obligaciones del Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, debiendo para ello *"h) **realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud**, en función de sus principios y sobre la forma como el sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía (…)".* Igualmente, en el artículo 6º se consagró el **principio de progresividad del derecho**, según el cual: *"El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud",* sobre el cual este Tribunal expuso lo siguiente:

> *"Se entiende que una vez alcanzadas unas cotas de satisfacción del derecho, no tiene lugar el retroceso de las mismas. (…). Adicionalmente, el quebrantamiento de los principios de progresividad y, no regresividad, comporta el desconocimiento de compromisos internacionales en materia de derechos, atribuible en principio al Estado. Para la Sala, la presencia de la progresividad no es sinónimo de regresividad. Lo que eventualmente puede resultar regresivo son las medidas que se adopten en relación con el derecho. Con todo, resulta pertinente recordar*

Por ello, al considerar un caso al respecto, la Corte señaló que si bien el accionante 'no tiene derecho a gozar de manera inmediata e individualizada de las prestaciones por él pedidas, sí tiene derecho a que por lo menos exista un plan'". Ver, también sentencia T-595 de 2005.

[109] El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 PIDESC).

[110] Cfr. sentencia C-754 de 2015.

[111] Ver, Observación General número 3 (párrafo 9) y Observación General número 13 (párrafo 45). Cfr. sentencia C-754 de 2015.

que existe un margen para adoptar medidas que resulten regresivas, acontece sí que, como lo ha sentado la jurisprudencia, se trata de ***medidas sometidas a un escrutinio estricto y que deben cumplir con una rigurosa carga justificativa por parte de las autoridades***[112]*.*

Finalmente, resulta pertinente observar que el vigor del principio de progresividad, ***no solo se debe apreciar en relación con la prestación del servicio de salud****, esta percepción reducida al ámbito de lo meramente sanitario, es parte del presupuesto que anima los cuestionamientos referidos. Para el Tribunal Constitucional, el principio de progresividad resulta fundamental en el proceso evolutivo, y permanente que debe conducir a* ***la materialización de todo lo que comportan los determinantes sociales en salud****. No en vano, el legislador estatutario al redactar el artículo 9 sobre determinantes sociales en salud, empleo la expresión "(…) lograr la reducción de las desigualdades de la salud que incidan en el goce efectivo (…)" con lo cual, queda evidenciado que esta faceta del derecho a la salud, presenta un* ***importante déficit por cubrir*** *y tal cobertura es progresiva. (…)"*[113].

En consecuencia, las medidas legislativas que constituyan un retroceso en materia de salud deben estar debida o plenamente justificadas por el Estado (inversión de la carga de la prueba)[114], esto es, de manera adecuada y suficiente[115], a partir de la exposición de razones que demuestren la necesidad de una disminución en el nivel de protección constitucional alcanzado para seguir avanzando en el desarrollo de las otras facetas de los derechos, y observando parámetros de razonabilidad y proporcionalidad[116].

7. Este Tribunal ha determinado la aplicación efectiva o no según el caso del principio de progresividad en **asuntos relacionados** con: a) el acceso a los servicios de salud, b) la destinación de recursos al sistema de salud, c) el acceso a los servicios de salud con calidad, iv) la exclusión de los servicios que se prestaban y v) la disponibilidad de los servicios de salud.

Acceso a los servicios de salud (exclusión del sistema de salud de un grupo poblacional ya incluido y que había alcanzado niveles de protección). En la sentencia C-671 de 2002 se examinó si era discriminatorio e implicaba un retroceso en la protección del derecho a la salud el haberse excluido como beneficiarios del sistema de las Fuerzas Militares a los padres de los oficiales y suboficiales en retiro. Al declarar exequible el artículo 24 (parcial) del Decreto ley 1795 de 2000, en el entendido de que podrán continuar siendo beneficiarios del sistema siempre que no tengan otra alternativa de seguridad social, la Corte al fundamentarse en la Observación General número 14 de 2000 observó:

"la progresividad no priva de contenido la obligación estatal, y por ello las medidas regresivas, que disminuyen una protección a la salud ya alcanzada, se presumen contrarias al Pacto. En

---

[112] *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-1141 de 2008. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.*
[113] *Sentencia C-313 de 2014.*
[114] *Sentencias C-754 de 2015 (debidamente justificada), C-644 de 2012 y C-038 de 2004 (plenamente justificada), C-038 de 2004 (cuidadosamente estudiada y justificada) y T-469 de 2013 (inversión de la carga de la prueba, Estado).*
[115] *Sentencias C-931 de 2004 (adecuada justificación) y T-469 de 2013 (suficiente justificación).*
[116] *Sentencias C-754 de 2015 y C-931 de 2004.*

esos eventos, ha señalado el Comité, el Estado tiene que demostrar que esas medidas eran necesarias y que "se han aplicado tras el examen exhaustivo de todas las alternativas posibles" (Párr. 32). (…) (E)s evidente que la exclusión del sistema de salud de un grupo poblacional que ya había sido incluido en el mismo, y ya había alcanzado unos niveles de protección determinados, implica un retroceso en la realización del derecho a la salud. Y la Corte no ha encontrado ninguna justificación imperiosa para excluir del SSMP a los padres del oficial o suboficial que se haya pensionado, cuando esos padres no puedan contar con otro sistema de protección. Ha habido entonces un retroceso, que implica una vulneración del derecho a la salud".

Destinación de recursos al sistema de salud. Esta Corporación en la sentencia C-040 de 2004, al estudiar unas disposiciones que *reducían los recursos que el Estado destina a la afiliación de la población más pobre al sistema de salud (subsidiado)*, declaró inexequible una expresión del artículo 42.20 de la Ley 715 de 2001, señalando:

"No puede predicarse progresividad de una disposición que no sólo establece un porcentaje invariable sino que no tiene en cuenta las circunstancias de la población pobre cuya gran mayoría todavía no ha ingresado al régimen subsidiado en salud. (…) De esta manera, en el cumplimiento de la función de la Nación de concurrir a la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado, la Carta impone que ésta se haga de forma gradual y progresiva, constituyendo un retroceso la adopción de una medida en sentido contrario. (…) Dicho precepto desconoce el deber estatal de ampliar progresivamente la cobertura en materia de afiliación al régimen subsidiado y de esa manera cercena la posibilidad de que se den las condiciones para que toda la población pobre se beneficie del servicio de salud, meta ésta que aún no se ha logrado y por lo mismo impide constitucionalmente que se establezcan porcentajes fijos de contribución para esa finalidad. (…) En síntesis, por desconocer los principios constitucionales de progresividad y universalidad y lo prescrito en los artículos 48, 350 y 366 se declarará la inexequibilidad, debiéndose entender que la competencia de la Nación de concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones al presupuesto nacional deberá ser progresiva y efectuarse por los menos en el porcentaje establecido en las disposiciones legales anteriores a la citada ley".

Acceso a los servicios de salud con calidad (condiciones menos favorables del paciente para el tratamiento médico). En la sentencia T-739 de 2004, al resolver si una EPS vulneró el derecho a la salud (componente de progresividad), por terminar unilateralmente el contrato con la Unidad Renal y disponer el traslado de los pacientes residentes en Riohacha a Santa Marta para que allí continuaran el tratamiento de hemodiálisis, manifestó que si bien en principio se exponen condiciones menos favorables a las que existían mientras estuvo vigente el contrato, por lo que se estaría ante una política pública contraria al principio de progresividad, no obstante: *"el ente accionado demostró que esta decisión tuvo sustento en motivos suficientemente fundados y que estaban basados en la obligación de conservar las condiciones de seguridad médico científicas*

para la atención de sus pacientes con afecciones renales, las cuales están estrechamente relacionadas con la debida protección del derecho fundamental a la vida en condiciones dignas"[117].

Exclusión de los servicios que se prestaban. En la sentencia T-760 de 2008 la Corte ordenó a la entonces Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral del POS, debiendo definir con claridad qué se encuentra incluido, no incluido y excluido: *"la decisión de suprimir servicios que antes estaban incluidos en los POS, puede fundamentarse en razones técnicas acerca de la pertinencia de su provisión, como también, en fundamentos relativos a la priorización de los recursos de la salud y a la evaluación del impacto social de la provisión de distintos servicios. Siempre que los fundamentos por los cuales se supriman servicios estén encaminados a la protección efectiva del derecho a la salud según las necesidades de la población, la Sala considera que, prima facie, la mencionada eliminación no es regresiva".*

Por último, en relación con la *disponibilidad de los servicios de salud*, en la sentencia C-349 de 2004 al estudiar una demanda contra el literal d) del artículo 16 de la Ley 790 de 2002 y la totalidad del Decreto ley 1750 de 2003 porque, entre otros cargos, la escisión del entonces ISS conducía a una reducción de la oferta de salud, la Corte señaló que la obligación de ampliación progresiva y el principio de universalidad no comprende únicamente la extensión de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional, sino también *la ampliación de la cobertura en términos de servicios disponibles*.

8. Más concretamente, en la sentencia C-313 de 2014, luego de referir que el principio de no regresividad se predica de derechos fundamentales como la salud, se afirmó que **una medida se entiende regresiva** al menos en los siguientes eventos: *"(1) cuando recorta o limita el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho*[118]*; (2) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al respectivo derecho*[119]*; (3) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho"*[120]*.*

Esta Corporación ha evidenciado la complejidad en la protección del derecho a la salud destacando que involucra una gran variedad de obligaciones: unas, de cumplimiento inmediato y, otras, que demandan un mayor despliegue técnico y presupuestal (progresivo). Se han determinado dos **pasos para verificar el cumplimiento de las obligaciones**: en primer lugar, que las medidas u omisiones no afecten la faceta de exigibilidad inmediata del derecho y, segundo, que si el ámbito de la garantía del acceso a la salud no es de obligatorio cumplimiento la medida no disminuya el nivel de satisfacción previamente alcanzado, lo cual **se constata al analizar** si: i) se

---

[117] *En la sentencia T-760 de 2008 se reiteró que una entidad encargada de garantizar el acceso al servicio de salud no desconoce el derecho de un paciente, al desmejorar las condiciones en las que accede a un servicio que requiere, cuando: "(i) las razones del cambio tienden a garantizar el disfrute del nivel más alto de salud posible de la persona, en especial, garantizar la vida en condiciones dignas; (ii) el cambio no constituye una afectación injustificada del principio de progresividad del derecho a la salud ni afecta el contenido esencial de los postulados de accesibilidad y calidad; y (iii) el cambio no implica una barrera que impida específicamente el acceso del paciente". Sentencia T-739 de 2004.*

[118] *Ver, entre otras, C-038 de 2004 (…).*

[119] *(…) Cfr. La sentencia C-789 de 2002 (…) aplicó la prohibición de regresividad a una ley que aumentaba los requisitos para acceder a la pensión.*

[120] *Cfr. sentencia C-077 de 2017.*

ha recortado o limitado el ámbito sustantivo de protección del derecho, ii) se han incrementado sustancialmente los requisitos de acceso al derecho y iii) si se disminuyen o desvían sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del mismo[121].

Por tal razón, este Tribunal ha reprochado, *"por un lado, las medidas que abiertamente violan las obligaciones de exigibilidad inmediata del derecho a la salud, y por otro, las medidas que disminuyan la satisfacción alcanzada sin una justificación válida, en términos de acceso, cobertura, calidad y prestación de tratamientos. Así pues, en relación con los deberes bajo el principio de progresividad, la regla consiste en que el Estado debe ampliar cada vez más el ámbito de garantía del derecho hacía el más alto nivel de salud posible, y no puede disminuirlo, pues si bien ciertas facetas prestacionales pueden no ser exigibles de forma inmediata, si lo es avanzar y no retroceder en el nivel de protección al que se ha llegado"*[122].

9. En cuanto al margen de configuración del legislador cuando se adopte una determinación regresiva la misma se presume inconstitucional[123], no obstante, ha sostenido la Corte[124], existen algunas excepciones por lo cual se debe verificar que: *"(i) las medidas no fueron tomadas inopinadamente sino que se basaron en un estudio cuidadoso, y (ii) que el Congreso analizó otras alternativas, pero consideró que no existían otras igualmente eficaces que fueran menos lesivas, en términos de la protección del derecho al trabajo. Y (iii) finalmente debe el juez constitucional verificar que la medida no sea desproporcionada en estricto sentido, esto es, que el retroceso en la protección del derecho al trabajo no aparezca excesivo frente a los logros*[125]*"*.

En suma, los cambios normativos que comprenden una regresión en la efectividad de los derechos fundamentales como la salud deben estar debida o plenamente justificados (adecuada y suficientemente), observando parámetros de razonabilidad y proporcionalidad, so pena de ser declarados inconstitucionales.

10. La doctrina especializada no ha sido extraña a esta problemática de índole constitucional. Informa[126] que la **prohibición de regresividad** hace parte del andamiaje de conocimientos[127] tanto del derecho constitucional doméstico como del derecho internacional de los derechos humanos. En materia de retroceso normativo aduce que el estándar del juicio consiste en valorar si

---

[121] *Sentencia C-754 de 2015 y C-046 de 2018.*
[122] *Ibídem.*
[123] *Respecto a la libertad de configuración del legislador en relación con el principio de progresividad y, por tanto, la prohibición de regresividad, la jurisprudencia constitucional ha afirmado que existe "un mandato al legislador en el sentido de 'erradicar las injusticias presentes', de 'corregir las visibles desigualdades sociales' y 'estimular un mejoramiento progresivo de las condiciones materiales de existencia de los sectores más deprimidos'". Sentencia C-077 de 2017.*
[124] *Sentencia C-046 de 2018.*
[125] *Sentencia C-038 de 2004 (…). La jurisprudencia constitucional se ha acercado a estos requisitos en términos similares en los cuales siempre ha mantenido como criterios centrales: (i) la determinación de la carga de la prueba de desvirtuar la presunción de inconstitucionalidad a cargo del Estado, al demostrar que el objetivo era constitucionalmente imperioso; y (ii) la aplicación de un test de proporcionalidad. Ver, también: sentencias C-486 de 2016, C-372 de 201 y, T-043 de 2007.*
[126] *Christian Courtis (compilador). Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales. Cedal. Cels. 2006. Apuntes introductorios, pp. 3-52.*
[127] *Otros textos hablan sobre el diálogo a tres bandas, al poner en contacto los sistemas i) constitucional local, ii) interamericano y iii) europeo de derechos humanos. Es un diálogo en una red global de tribunales para crear un emergente ius commune, que produce una integración a través de derechos. Ver, Javier García Roca y Encarna Carmona Cuenca (editores). ¿Hacia una globalización de los derechos? El impacto de las sentencias del Tribunal Europeo y de la Corte Interamericana. Thomson Reuters Aranzadi. 2017.*

el nivel de protección que ofrece el ordenamiento jurídico ante una misma situación de hecho ha o no involucionado[128], lo cual se estima equivalente a varias modalidades de juicios habituales en las ramas del derecho, como sucede con la normativa internacional de los derechos humanos, en el supuesto de coexistir dos disposiciones de alcance diferente, prescribiendo como respuesta la aplicación del *principio pro homine*, es decir, la prevalencia de la norma más favorable a la persona humana. También explica la doctrina que la verificación del carácter regresivo de una norma tiene efectos análogos a la presencia de un factor de discriminación de los explícitamente prohibidos, al involucrar de antemano una presunción de ilegitimidad de la medida y de la finalidad de la norma, por lo que queda a cargo del Estado la prueba de su justificación, que en caso de duda habrá estarse contra la validez del precepto regresivo[129].

La investigación científica en salud como bien jurídico objeto de protección constitucional

11. La Constitución Política reconoce el **conocimiento** como un valor constitucional[130], que cumple una función social[131] y cuya búsqueda es libre[132]. El Estado además garantiza la **libertad de investigación**[133], así como la **promoción**, al igual como ocurre con la **ciencia**[134]. También reconoce la **libertad de escoger profesión u oficio**[135].

En la sentencia C-505 de 2001[136] la Corte afirmó que **la investigación es un derecho de rango fundamental**. Trajo a colación la sentencia T-172 de 1993 en la cual se sostuvo: *"esta libertad, que constituye expresión y reflejo de la racionalidad humana, hace parte de los derechos fundamentales de la persona, cuya natural tendencia a la búsqueda de la verdad en los distintos ámbitos, la lleva necesariamente a explorar de manera incesante nuevas áreas del conocimiento"*. Igualmente expuso la relación que guarda con la libertad[137], el libre desarrollo de la personalidad[138], la educación[139], el trabajo[140] y la dignidad humana[141].

---

[128] *Trae los siguientes ejemplos: "En materia penal (…) se refleja en la evaluación de la norma penal más benigna; en materia laboral, en la evaluación de la norma laboral más favorable; en materia de derecho de los negocios internacionales, en la evaluación de la cláusula del país más favorecido".*
[129] *Se anota que en la tradición jurídica de los tribunales argentinos en materia de derechos sociales, la Corte Suprema ha decidido que rige la regla hermenéutica in dubio pro justitia socialis, a la cual se le asigna naturaleza constitucional. Caso Bercaitz, Miguel Ángel s/jubilación, del 13/9/74.*
[130] *Preámbulo de la Constitución.*
[131] *Artículo 67 superior.*
[132] *Artículo 71 superior. La búsqueda del conocimiento es libre. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento de las ciencias. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología, y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades.*
[133] *Artículo 27 superior. El Estado garantiza la libertad de investigación.*
[134] *Artículo 70 superior.*
[135] *Artículo 26 superior. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. Las autoridades competentes inspeccionaran y vigilarán el ejercicio de las profesiones.*
[136] *Estudió como problema jurídico si, conforme a las características de la carrera de Biología, era constitucionalmente viable exigir un título profesional para su ejercicio. Fue declarada exequible la expresión "investigación" (lit. a) art. 2º Ley 22/84) en el entendido que no sólo quienes ostentan un título en Biología están legitimados para adelantar investigaciones relacionadas con seres vivos sino que cualquier persona puede realizar investigación libremente. Igualmente se declararon exequibles las disposiciones restantes de la ley acusada respecto de los cargos de la demanda.*
[137] *Preámbulo de la Constitución.*
[138] *Artículo 16 superior.*
[139] *Artículos 70, 71 y 79 superiores.*
[140] *Artículo 25 superior.*
[141] *Artículo 1º superior.*

Atendiendo los fines de la investigación y la utilidad que reporta a la comunidad los avances que se obtienen merced a los resultados y proyecciones, se determinó en dicha decisión la relevante **función social** que cumple lo cual le lleva desprender que "*la tutela de su práctica y el clima propicio para llevarla a cabo, no menos que el estímulo a su prosperidad y desarrollo, son objetivos que se inscriben dentro del papel que al Estado corresponde para el logro del bien común*"[142]. En cuanto implica promoción del desarrollo se manifestó que hace parte de los fines del Estado social de derecho que compromete a las autoridades del Estado[143], cuestión distinta es que el uso o la aplicación posterior del resultado de la tarea investigativa deba ser evaluado, controlado e inclusive restringido o negado, si ello fuera indispensable para la salvaguarda del interés general[144]. De esta manera, se adujo que está en cabeza del Estado el **deber de promocionar la investigación y la ciencia**, por lo que las normas legales que se expidan deben buscar satisfacer o materializar dicho contenido genérico de la cláusula constitucional 71[145].

12. Por su parte, la doctrina especializada[146] observa que la libertad de investigación es un derecho humano, que incluye la biomédica[147], cuyo soporte está en la libertad. Ha asegurado que la primera obligación del sistema normativo es respetar y proteger el derecho a la investigación biomédica, instituyendo los mecanismos indispensables para que se desarrolle libremente. De este modo, encuentra la necesidad de promover su llegada a buen término, toda vez que su objetivo es el bien común permitiendo que los seres humanos puedan vivir mejor.

Tal mandato constitucional se integra al orden internacional de los derechos humanos[148]. En virtud de ello, la investigación científica también es objeto de reconocimiento en el artículo 19[149] de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el artículo IV[150] de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el artículo 15[151] del Pacto Internacional de Derechos

---

[142] *Sentencia T-172 de 1993.*
[143] *Artículos 1º y 2º superiores.*
[144] *Sentencia C-505 de 2001. Cfr. sentencia T-172 de 1993.*
[145] *Sentencia C-027 de 2016.*
[146] *Ver, Iñigo de Miguel Beriain. El derecho a la investigación biomédica. Intereses en conflicto. Texto: Dilemas bioéticos actuales: investigación biomédica, principio y final de la vida. Rafael Junquera de Estéfani y Javier de la Torre Díaz (editores). Uned. Comillas. Dykinson. 2012. Madrid.*
[147] *Biomedicina: conjunto de disciplinas como la bioquímica, la biología molecular y celular, y la genética, que desempeñan un papel fundamental en la medicina actual. Real Academia de la Lengua Española. https://dle.rae.es*
[148] *Artículo 93 superior.*
[149] *"Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de **investigar** y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión".*
[150] *"Toda persona tiene derecho a la **libertad de investigación**, de opinión y de expresión y difusión del pensamiento por cualquier medio".*
[151] *"1. (…) b) Gozar de los **beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones**; 2. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Pacto deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la **conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia** y de la cultura. 3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la indispensable **libertad para la investigación científica** y para la actividad creadora. 4. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen los beneficios que derivan del **fomento y desarrollo** de la cooperación y de las relaciones internacionales en **cuestiones científicas** y culturales".*

Económicos, Sociales y Culturales; los artículos 26[152] y 42[153] de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y el artículo 14[154] del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. También pueden mencionarse otros instrumentos internacionales como el artículo 12.b)[155] de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997); el artículo 13[156] de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000); el artículo 15[157] del Convenio para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la biología y de la medicina (1997); el punto 2[158] de la Declaración de Bilbao (1993); y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos[159] (2005).

La Ley estatutaria 1751 de 2015 sobre el derecho fundamental a la salud, vino a reconocer la importancia de la investigación científica. En efecto, dentro del artículo 6º que determina los *elementos esenciales e interrelacionados del derecho fundamental a la salud*, se halla el de la **calidad e idoneidad profesional**, consistente en que: "*los establecimientos, servicios y **tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario,** ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por **las comunidades científicas**. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e **investigación científica** y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos".*

---

[152] *"Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para **lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos** que se derivan de las normas económicas, sociales **y sobre** educación, **ciencia** y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados".*

[153] *"Los Estados Partes deben remitir a la Comisión copia de los informes y estudios que en sus respectivos campos someten anualmente a las Comisiones Ejecutivas del Consejo Interamericano Económico y Social y del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, a fin de que aquella vele porque se promuevan los derechos derivados de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires".*

[154] *"1. Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen el derecho de toda persona a: (…) b. gozar de los **beneficios del progreso científico** y tecnológico; (…) 2. Entre las medidas que los Estados partes en el presente Protocolo deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la **difusión de la ciencia**, la cultura y el arte. 3. Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a respetar la indispensable **libertad para la investigación científica** y para la actividad creadora. 4. Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen los beneficios que se derivan del **fomento y desarrollo de la cooperación y de las relaciones internacionales en cuestiones científicas**, artísticas y culturales, y en este sentido se comprometen a propiciar una mayor cooperación internacional sobre la materia".*

[155] *"La libertad de investigación, que es necesaria para el **progreso del saber**, procede de la libertad de pensamiento".*

[156] *"Las artes y la **investigación científica son libres**".*

[157] *"La **investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente**, a reserva de lo dispuesto en el presente convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano". El informe explicativo (punto 95) aclara que: "La libertad de investigación científica en la biología y la medicina se justifica no solo por el derecho de la humanidad a conocer, sino también por los considerables avances que sus resultados pueden proporcionar en términos de salud y bienestar".*

[158] *"**La investigación científica será esencialmente libre**, sin más cortapisas que las impuestas por el autocontrol del investigador".*

[159] *Tiene como objeto tratar las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas que se aplican a los seres humanos, para proporcionar un marco universal de principios y procedimientos de guía para los Estados en la formulación de piezas legislativas y políticas públicas. Junto con otros conceptos como la no discriminación y la solidaridad, particularmente la dignidad humana es utilizada como principio rector y delimitador de la investigación científica y los avances tecnológicos. Cfr. José Luis Soberanes. Reflexiones sobre el concepto de dignidad humana y su proyección en el campo de la bioética. Texto: Perspectivas de bioética. Juliana González Valenzuela (coord..). Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. Pp. 235-241.*

Asi mismo, dicha disposición instituye que el derecho fundamental a la salud comporta, entre otros, *principios* como el *pro homine*[160], la equidad[161], la progresividad del derecho y la solidaridad[162]. De otro lado, la doctrina[163] ha referido a los principios propios del ámbito de la salud pública, identificando esencialmente los de justicia[164] y de solidaridad[165].

13. Específicamente, el artículo 10 de la ley estatutaria en salud refirió a los **derechos de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud**, por ejemplo: *"a) a acceder a los **servicios y tecnologías de salud**, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad"*[166]; *"d) a obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los **procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos**. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud"*; *"i) a la **provisión y acceso oportuno a las tecnologías** y a los medicamentos requeridos"*. Y el artículo 22, *ejusdem*, alusivo a la **política de innovación, ciencia y tecnología en salud**, reza: *"el Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la **investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad** que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población"*. Al analizar la Corte esta disposición manifestó:

---

[160] *"Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas".*
[161] *"El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección".*
[162] *"El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades". En la sentencia C-313 de 2014 al estudiarse el alcance de este principio se indicó: El principio de solidaridad se ha definido (…) como la forma de cumplir con los fines propuestos por el Estado, materializando ´los derechos constitucionales a la subsistencia, a la salud, a la seguridad social, a la vivienda digna, a la educación y al trabajo, en la prioridad del gasto público social sobre cualquier otra asignación y en la adopción del criterio de necesidades básicas insatisfechas para la distribución territorial del gasto público social (…)´. Un asunto importante en relación con la solidaridad tiene que ver con su connotación de **deber**, acorde con lo dispuesto en el artículo 93, en cuyo numeral 2 del inciso 2º se estipula, que toda persona y ciudadano tiene entre sus responsabilidades la de obrar conforme al principio de solidaridad social ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas. A propósito de la prestación del servicio de salud, se dijo en relación con la solidaridad: (…) exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos (…). En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia".*
[163] *Roberto Andorno. Las bases de la Bioética. Texto: Bioética y dignidad de la persona. Tecnos. Segunda Edición. 2012. Pp. 15-65.*
[164] *"La necesidad de asegurar una distribución equitativa de los recursos en materia sanitaria y evitar discriminaciones arbitrarias en las políticas de salud públicas. Este principio implica ante todo el empeño del Estado para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso, al menos, a un mínimo de atención sanitaria de calidad".*
[165] *"Existen ciertas intervenciones biomédicas en las que, de modo excepcional, el beneficiario no es el destinatario directo de ellas, sino un tercero o la sociedad en su conjunto (…) Los dos ejemplos más destacados son la donación de órganos para trasplantes y las investigaciones médicas en seres humanos. En el primer caso, el beneficiario será quien reciba el órgano; en el segundo caso, será la sociedad toda, en cuanto se espera que tales estudios contribuyan a un mejor conocimiento de las enfermedades y al desarrollo de terapias más eficaces. (…) Es razonable que, estando todos los seres humanos ligados entre sí como miembros de una gran familia, se ayuden mutuamente y compartan las cargas de los demás".*
[166] *Al respecto, en la sentencia C-313 de 2013 se señaló: "con miras a evitar que una apreciación restrictiva del precepto, afecte el derecho en el elemento de la accesibilidad, se hace necesario reiterar que el acceso se deberá entender a facilidades, establecimientos, bienes, servicios, **tecnologías** y demás condiciones necesarias para **alcanzar el más alto nivel de salud**".*

"Este precepto establece la obligación de crear una política a través de la cual se incentive la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, de manera que el ***Estado establezca una serie de actividades tendientes a que el servicio de salud sea prestado a toda la población en forma integral y de alta calidad****. Una política de innovación, ciencia y tecnología en salud es cardinal para* ***garantizar la efectividad de este derecho fundamental****, dado que a partir de los avances que en este campo se consigan podrán implementarse nuevos dispositivos, medicamentos, procedimientos, tratamientos que incidirán, no solo en satisfacer las necesidades de la población, sino que, eventualmente, pueden reducir los costos de operación del sector. En este punto, la Corte no comparte la visión del Ministerio Público por cuanto* ***el mejoramiento de la calidad de vida de la población****, fin último del enunciado legal, no excluye la protección del derecho a la salud de forma universal e integral. Precisamente* ***la financiación de nuevas investigaciones que posibiliten la obtención de descubrimientos científicos en el ámbito de la salud*** *repercutirá a nivel nacional y, posiblemente,* ***podrá beneficiar al resto de la humanidad****.*

Por lo anterior, (…) esta obligación que impone el legislador estatutario ***desarrolla el valor constitucional del "conocimiento" consagrado en el Preámbulo de la Carta Política****. De esta manera, el artículo 22 del proyecto debe leerse a la luz del mandato del* ***artículo 71 superior*** *que impone al Estado, no solo crear incentivos para personas e instituciones que* ***desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología****, sino ofrecer estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades. Así mismo, de acuerdo con lo establecido en la Observación General 14, los Estados partes, respecto de la obligación de cumplir, deben adoptar las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. Allí, se señaló que los Estados tienen la obligación de "i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro [de] resultados positivos en materia de salud, por ejemplo* ***la realización de investigaciones y el suministro de información****. Con base en ello, la Sala encuentra que el artículo en mención responde no solo a normas de rango superior sino también a disposiciones del bloque de constitucionalidad dado que lo que busca es* ***garantizar que el servicio de salud sea prestado conforme a investigaciones científicas que permitan a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas sobre la aplicabilidad y eficacia de un medicamento o de una determinada tecnología****".*

14. Ahora bien, el reconocimiento de la investigación científica como un bien jurídico objeto de protección constitucional, no la exime del establecimiento de ciertas restricciones siempre que no anule el contenido esencial del derecho fundamental. En la sentencia C-505 de 2001, aunque comprometía un asunto no necesariamente coincidente con el presente asunto, como era si quienes ostentaban un título en biología estaban legitimados para adelantar investigaciones relacionadas con seres vivos, este Tribunal refirió al **alcance y límites de la investigación científica**. Tal determinación, luego de destacar el carácter fundamental de la investigación científica y la importancia de su promoción, sostuvo que finalmente puede ser restringido en aras del interés general, siempre que como se ha asegurado no desconozca el núcleo básico (irreductible) del derecho fundamental.

En primer lugar, la decisión comentada hizo alusión a las **ciencias en general y al riesgo social implícito que conlleva**, para exponer que *"la aplicación de los **conocimientos científicos (tecnología)** afecta directamente la realidad circundante, porque la interpreta y transforma, y que la influencia de los resultados científico-tecnológicos tiene consecuencias en la noción social del entorno. Se sabe que esa influencia, provechosa y útil en los más de los casos, puede devenir en perjudicial para el ser humano. Los resultados que arroja la investigación biológica no sólo comparten ese **riesgo, común a toda experimentación científica** (…). Dado que se trata de una **ciencia empírica**, **la biología es incapaz de ejercer un control absoluto sobre los resultados de sus investigaciones**. (…) Las investigaciones en **ingeniería genética**, (…) han marcado el inicio de una nueva generación de estructuras biológicas y de seres vivos -simples y complejos- que, aunque auguran promisorios avances en el bienestar del hombre del mañana, **suponen un riesgo inédito** en cuanto a la transmutación de las estructuras vitales -tal como se conocen hoy día- e implican el replanteamiento de conceptos antropológicos esenciales, la reordenación de los fundamentos operacionales en políticas de salubridad, seguridad y bienestar públicos, así como la valoración contemporánea de inveterados **principios éticos**"*[167].

En tal virtud, la decisión comentada apuntó a los tratados internacionales suscritos para moderar, por ejemplo, la explotación de los recursos naturales -**bioseguridad-**, en el apremio por frenar el deterioro acelerado de las condiciones de vida del planeta y controlar a futuro el promisorio mercado de recursos biológicos. De ahí que la UNESCO extendió en 1997 la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, en consideración a que *"las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas de mejoramiento de la salud de los individuos y de toda la humanidad, pero (…) deben al mismo tiempo respetar plenamente la dignidad, la libertad y los derechos de la persona humana, así como la prohibición de toda forma de discriminación fundada en las características genéticas"*, lo cual no resultaba ajeno a las previsiones de los artículos 79, 80 y 81 de la Carta Política[168].

De esta manera, la Corte recordó que las tecnologías biológicas pueden dar lugar a nuevos descubrimientos benéficos para la comunidad, sin que ello sea obstáculo para que, en situaciones como la experimentación sobre recursos vivos, se sujete a reglas de bioseguridad para evitar que sus resultados atenten contra la diversidad biológica o la salud, vida y alimentación. En consecuencia, se sostuvo que la circunstancia de reconocer la **prevalencia del derecho fundamental a la investigación científica**, no significa que no puedan establecerse **restricciones** que, como se observará, **deben resultar razonables y proporcionadas**[169], toda vez que el Estado a través de sus autoridades conserva la facultad de controlar las actividades que se desarrollan en este sentido[170].

---

[167] *Sentencia C-505 de 2001.*
[168] *Ibídem.*
[169] *Cfr. sentencia C-951 de 2014. La Corte encontró que la reserva resulta razonable y proporcional al evitar la vulneración por permitir el libre y público acceso a datos singulares, personales e íntimos como son los genéticos humanos, sin perjuicio de que puedan ser utilizados para fines legítimos como la investigación científica, previo consentimiento expreso, informado y libre del titular de dicha información (num.8, art.24, proyecto de ley estatutaria sobre el derecho fundamental de petición).*
[170] *Sentencia C-505 de 2001.*

15. Ahora bien, según se ha podido deducir estos asuntos con altos contenidos técnicos suscitan agudos debates éticos y filosóficos[171], por lo que la doctrina especializada se ha ocupado intensamente de los mismos. Autores como Iñigo de Miguel Beriain[172] empieza por señalar que el derecho no solo debe respetar la libertad de investigación, sino que es un deber apoyarla y fomentarla con las medidas necesarias, siendo **una obligación de medios y, por tanto, no de fines**, que conlleva la creación de los mecanismos necesarios para que ésta sea posible. Destaca que el deber general procede del *"derecho de todos los seres humanos a gozar de una calidad de vida cada vez más alta"*, sin que ello derive necesariamente en un derecho humano ilimitado.

Bajo ese contexto, el doctor Carlos María Romeo Casabona[173] comenta que los avances en las **biotecnologías** exigen la obtención de muestras biológicas de seres humanos e incluso también la experimentación. Así, explica, se trabaja con células humanas -troncales o madre-, cuyas características permiten cultivarlas en el laboratorio y desarrollarlas como líneas celulares específicas -células diferenciadas- de determinados tejidos (epidérmicas, cardiacas, hepáticas, pancreáticas, nerviosas, etc.), con la finalidad de **tratar en el futuro** -si proporcionan los resultados esperados- **enfermedades que en la actualidad son graves e incurables, y degenerativas**. Informa que los investigadores han descubierto que las células que abren tales expectativas se encuentran en ciertos lugares del cuerpo humano (tejidos y órganos), en los fetos, en el cordón umbilical, etc. De ahí que la discusión sobre cualquier investigación que afecte de algún modo a los seres humanos, se colige que debe estar precedida del **marco jurídico apropiado**. Asevera que la investigación científica tiene como fundamento irrenunciable la libertad, concebida como el derecho fundamental a la creación y a la producción científicas (adquisición del conocimiento), que atiende indirectamente los intereses colectivos de la promoción del progreso científico por los beneficios generales que proporciona a la sociedad. Entiende que como toda libertad pública o derecho fundamental tiene sus límites.

16. Como lo expone el profesor Luis Jorge Hernández Flórez de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes al intervenir en el trámite del asunto *sub-júdice*, el **desarrollo embrionario** inicia con una célula que se diferenciará y multiplicará hasta formar un ser humano con todos sus órganos y tejidos, conocido como *"células madre"* que disponen de la capacidad de dividirse, diferenciarse en distintas células especializadas y auto renovarse para producir nuevas células madre. El tejido fetal, aduce, tiene unas ventajas que proceden de su naturaleza, que incluyen la capacidad de multiplicarse con mayor velocidad y facilidad, se pueden diversificar en distintos tipos de células, tienen poca probabilidad de rechazo, disponen de una mejor habilidad de crecimiento y sobreviven con menos oxígeno que otros tipos celulares.

Desde la década de 1920 iniciaron los estudios con tejidos fetales principalmente para la cura y manejo de enfermedades asociadas con degeneración celular. También se han empleado para estudiar vacunas, biología celular, desarrollo de enfermedades, fisiología, fisiopatología, entre

---

[171] *Sentencia C-810 de 2003.*
[172] *Op. cit. Dilemas Bioéticos actuales: investigación biomédica, principio y final de la vida.*
[173] *El derecho a la vida: aspectos constitucionales de las nuevas tecnologías. Texto: Derecho, Genoma Humano y Biotecnología. María Patricia Castaño de Restrepo y Carlos María Romeo Casabona (Eds.). Sideme. Temis. Bogotá. 2004. Pp. 49-94.*

otras. Como principales investigaciones en este campo se encuentran las relacionadas con enfermedades neurológicas, primordialmente el Parkinson[174], donde la capacidad de tales tejidos y células de origen fetal permiten regenerar las neuronas dopaminérgicas. También se ha estudiado la enfermedad de Huntington igualmente neurodegenerativa que afecta las esferas cognitiva, psicológica y movimientos de las personas, donde los estudios preclínicos y clínicos han demostrado mejorar la función al emplear células de la eminencia ganglionica (tejido fetal).

17. En torno a las potencialidades terapéuticas y estado de la investigación, el mismo autor Romeo Casabona en otro texto[175] advierte que **las células madre constituyen un modelo** para entender el desarrollo humano y extraer resultados sobre infertilidad, interrupción espontánea del embarazo, problemas en el nacimiento, entre otros. De igual modo, revela que ofrece información valiosa sobre los procesos de diferenciación y multiplicación celular, y la función de los tejidos, además de que podría servir para el tratamiento de la terapia génica y la investigación de nuevos productos farmacológicos. Explica que **podrían ser fuente para tratar determinadas enfermedades degenerativas y genéticas crónicas** (diabetes, parkinson, alzheimer, infarto de miocardio), así como procesos traumáticos (lesiones de médula espinal). Informa que la plasticidad de estas células, presuntamente mayor en las **células madre embrionarias**, podría facilitar el empleo terapéutico en el futuro en enfermedades graves para las cuales no se dispone hoy de alternativas eficaces.

18. Tratándose de **embriones y fetos abortados** respecto a la intervención del derecho cuando se pretende obtener y utilizar células y otros elementos que provengan de ellos, el profesor Romeo Casabona indica que el rechazo que por motivos éticos expresan algunos a la utilización de material biológico proveniente de fetos abortados de conformidad con la ley, no alcanza el ámbito jurídico y, en principio, será lícita siempre que se observen los requisitos que marque la normativa correspondiente. Aduce que la **investigación clínica debe estar sometida a unos principios marcados por el ordenamiento jurídico** para prevenir riesgos y asegurar que se realicen con respeto de los derechos fundamentales, observando los demás principios éticos. Trae a colación el "Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina" (1997) y el Protocolo Adicional (1998) los cuales fijan un conjunto de principios y condiciones básicas. Evidencia los principios de intervención del derecho penal ante la genética y la biotecnología (subsidiariedad), además de otros mecanismos preventivos (autocontrol ético o deontológico).

Otros autores, como Roberto Andorno[176] expone que los avances de la medicina y la genética contribuyen al **desarrollo de nuevos procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos**, aunque generan nuevos interrogantes o dilemas que llevan a establecer algunos límites. Cita la propuesta de **principios bioéticos** elaborada por Tom Beauchamp y James Childress en

---

[174] Enfermedad neurodegenerativa causada por la muerte de células encargadas de producción de dopamina (dopaminérgicas) a nivel cerebral.
[175] Genética, Biotecnología y Ciencias Penales. Pontificia Universidad Javeriana. Grupo Editorial Ibañez. 2009. Embriones humanos, técnica de reprogramación celular e investigación biomédica. Pp. 225-341.
[176] Op. cit. Bioética y dignidad de la persona.

el libro *Principles of Biomedical Ethics*, que se reducen a cuatro: i) autonomía[177], ii) beneficencia[178], iii) no maleficencia[179] y iv) justicia[180].

19. Respecto al procedimiento o forma de utilización del tejido fetal, **la ética médica** ha instituido **algunas recomendaciones o parámetros mínimos.** La *Dirección de la Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle*, luego de exponer que la donación de membranas amnióticas está legalizada en Colombia y, por tanto, aducir que desconoce la razón de la prohibición establecida con la norma acusada, informa que permitir la donación en este campo resulta relevante en el desarrollo científico y social, además de necesaria para el avance biotecnológico en Colombia, lo cual no es obstáculo para que se observen algunas recomendaciones: i) el tejido fetal no sea remunerable, ii) existan excepciones para la utilización eficiente de tales tejidos, iii) consentimiento informado claro y detallado, iii) las entidades de salud que realizan abortos legales no se les debe permitir beneficiarse de la utilización del tejido fetal (reglamentación) y iv) no ampararse en la libertad de la mujer para provocarse abortos para que sean utilizados los tejidos fetales.

En términos similares, la *Fundación Nacional de Trasplantados* luego de reseñar las ventajas y expectativas que se tiene sobre el trasplante de tejidos fetales, y las inquietudes que generadas[181], reseñó algunos parámetros mínimos que la ética médica ha utilizado para la realización de tales procedimientos, evidenciados en continentes como el europeo donde el empleo del tejido fetal es aceptado y regulada por algunas legislaciones:

> *"1. La muerte fetal debe estar previamente establecida. En ningún caso se justifica la prolongación de las funciones vitales con miras a la obtención de tejidos en un periodo tardío. 2. El consentimiento informado. Se debe informar a la madre, a excepción de la interrupción voluntaria, en el que se dispondría después de la evacuación uterina. El consentimiento debe presentarse obligatoriamente antes del aborto. Este último aspecto, con la finalidad de evitar las intenciones ocultas antes mencionadas. 3. Eficacia. Ya que aún no está bien definido el balance riesgo/beneficio, debido al porcentaje de éxito es todavía muy bajo; y además el riesgo de morir como consecuencia del tratamiento o tener alguna complicación es alto. 4. Tiempo y vía de evacuación. Ni el tiempo del aborto, ni el método o la vía de evacuación deben ser modificados. Estos dos elementos deben siempre determinarse en función de la mujer y no del material a obtener. 5. La no comercialización de estos tejidos es de rigor. Se debe eliminar toda clase de*

---

[177] *"Refiere básicamente al derecho de los pacientes y participantes en investigaciones biomédicas a ser correctamente informados acerca de la intervención que se le propone, sobre todo de su naturaleza, objetivos y riesgos, y a decidir libremente si se someten o no a ella".*
[178] *"Exige del médico la realización de actos conducentes a promover la salud del paciente".*
[179] *"Enfatiza la necesidad de no causar un daño al paciente".*
[180] *"Ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan".*
[181] *Expuso lo siguiente: "puede considerarse como uno de los grandes logros y avances en la medicina, gracias a su implementación en enfermedades como el Parkinson o la enfermedad Huntington, que son las denominadas enfermedades ´degenerativas´ o ´neurodegenerativas´ (…). Los nuevos conocimientos acerca de la biología han llevado a la revolución de la medicina regenerativa, potencializando la utilización de las células madre que se convertirían así en diferentes tejidos. Estos avances han generado en la población cierta expectativa respecto a la cura de enfermedades como el Alzheimer, Huntington o Corea Huntington y Parkinson. Desencadenando un amplio debate ético sobre la procedencia de las células madre embrionarias y el empleo de embriones humanos".*

incentivos por un aborto, así como el recurso a países pobres y de alta natalidad como proveedores de material embrionario y fetal. 6. El anonimato debe quedar totalmente garantizado, y en ningún caso una mujer puede decidir o designar el receptor de su tejido fetal. 7. En toda clínica debe estar prohibido el realizar un aborto a una mujer con la única motivación de donar el tejido fetal[182]*".*

Y la *Facultad de Medicina, Salud Pública, de la Universidad de los Andes*, expuso que la Asociación Médica Americana ha creado para una investigación segura y ética: *"A. No ofrecer dinero por el tejido fetal. B. Obtener un consentimiento informado de la mujer: que debe incluir el propósito de la investigación. C. En caso de un aborto inducido: (1) la decisión de aborto debe ser previa a la discusión del uso de tejido fetal para investigación y (2) el método de aborto se define de acuerdo con la seguridad de la paciente. D. Cuando se use en trasplante o investigación clínica: (1) el donante no define al receptor y (2) el donante y receptor dan consentimiento informado. E. El personal médico no se beneficia del aborto ni de la donación"*[183]*.*

20. En materia de **donación de órganos** la doctora Cruz Netzahualcoyotl Cardoso[184] comunica que las enfermedades crónicas especialmente las que derivan en una afección sobre órganos de vital importancia como el corazón, riñón, hígado, pulmón, etc. y otras con relevancia funcional como hueso, cornea, piel, entre otros, constituyen claramente un **problema de salud pública** cuya complejidad ha desbordado los programas formulados como soluciones al mismo. Indica que el sostén artificial resulta oneroso y los beneficios relativos y, de ahí, que se considere que el **trasplante es la mejor opción terapéutica** para los pacientes que requieren el reemplazo de algún órgano, sin embargo, la disponibilidad de estos cada día es mayor al estar muy por debajo de los requerimientos.

Además, en lo correspondiente a la **muerte de embriones y fetos** el profesor Carlos María Romeo Casabona[185] explica que hoy es posible el empleo de células y tejidos embrionarios o fetales para **trasplante**, ya que aun cuando se encuentra en fase experimental se espera finalmente obtener resultados alentadores de la implantación del tejido neural fetal, y las células hematopoyéticas de la médula e hígado fetales.

El marco normativo sobre donación y utilización de órganos o tejidos fetales abortados en Colombia

---

[182] *Asociación de Personal Docente Jubilado de la Universidad Politécnica de Madrid – Instituto de Ingeniería de España, General Arrondo No. 38 Madrid. Aspectos Éticos en relación con el procedimiento o forma de la utilización de tejido fetal.*
[183] *Ama-assn.org (2018). Research Using Human Fetal Tissue/ American Medical Association. (on line). Available at: https://www.ama-assn.org/delivering-care/research-using-human-fetal-tissue (accesesed 3 May. 2018)*
[184] *Bioéticas y donación altruista de órganos. Aciertos y problemas. Fontamara. Omebi. 2014.*
[185] *El Derecho y la bioética ante los límites de la vida humana. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A. Madrid. 1994. Pp. 182-183.*

21. En Colombia, bajo la Constitución Nacional de 1886, se expidió la Ley 9 de 1979[186], que en los artículos 516[187], 523[188] 528[189] y 540[190] a 547[191] estableció los primeros lineamientos sobre el empleo de cadáveres para investigaciones de carácter científico o docente, y la donación o traspaso de órganos, tejidos y líquidos orgánicos de cadáveres o de seres vivos para trasplantes u otros usos terapéuticos. A partir de esta legislación se dispuso que el Ministerio de Salud expidiera las disposiciones pertinentes, teniendo en cuenta las respectivas licencias, comprobando previamente la existencia de dotación adecuada, equipos científicos capacitados y que por investigaciones y experiencias aceptadas universalmente el acto terapéutico no constituyera un riesgo distinto de aquel que el procedimiento conllevara para la salud del donante o del receptor[192].

Posteriormente, vino la Ley 73 de 1998[193] que adicionó y profirió otras disposiciones como las concernientes a casos en los que se puede hacer extracción o utilización, no hallándose la exclusión de los componentes anatómicos a que refiere el aparte impugnado, y más bien haciéndose expresa la prohibición de recibir cualquier tipo de compensación en dinero o en especie por la donación o suministro de tales componentes (arts. 3[194] y 7[195]). En virtud de tales leyes fueron expedidos, entre otros, los decretos 003 de 1982, 2636 de 1986 y 1172 de 1989.

2. Con la Constitución Política de 1991 se expidió la Resolución 8430 de 1993[196] que tiene entre otros objetivos establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud[197],

---

[186] *Por la cual se dictan medidas sanitarias.*
[187] *"Además de las disposiciones del presente título, el Gobierno, por intermedio del Ministerio de Salud, establecerá las normas y procedimientos para: a. La certificación y registro de la muerte de todo ser humano; b. La certificación y registro de las muertes fetales; c. Practicar autopsias de carácter sanitario mediante la utilización de órganos, tejidos o líquidos orgánicos de cadáveres para establecer la causa de la muerte o para investigaciones de carácter científico o docente; d. (…); e. (…); f. (…); g. Controlar la obtención, conservación y utilización de órganos, tejidos o líquidos orgánicos de cadáveres o proporcionados por seres vivos para fines terapéuticos, y h. (…)".*
[188] *Certificado de muerte fetal.*
[189] *"Solamente las instituciones de carácter científico y los establecimientos hospitalarios o similares, autorizados por el Ministerio de Salud, pueden disponer de los cadáveres no reclamados o de órganos de los mismos para fines docentes o investigativos".*
[190] *"Cualquier institución de carácter científico, hospitalario o similar, que se proponga emplear métodos de trasplantes o utilizar los elementos orgánicos con fines terapéuticos, deberá obtener de la autoridad sanitaria la licencia correspondiente previa comprobación de que su dotación es adecuada, sus equipos científicos capacitados y que por investigaciones y experiencias aceptadas universalmente, (…). Parágrafo.- Modificado por el art. 1, Ley 73 de 1988 , Modificado por el art. 2, Ley 1805 de 2016 Sólo se podrá autorizar la utilización de los elementos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante, del receptor, consentimiento de los deudos o abandono del cadáver".*
[191] *Por ejemplo, el artículo 546 señala: "El Ministerio de Salud deberá: a) Determinar los requisitos mínimos de orden científico y técnico que deberán llenar las personas y los establecimientos que practiquen los estudios anatomo-patológicos; b) Establecer las normas sobre preservación, transporte almacenamiento y disposición final de órganos, tejidos y líquidos orgánicos (…); c) (…); d) Establecer sistemas de información necesarios (…)".*
[192] *Cfr. Intervención del Ministerio de Salud en el presente asunto.*
[193] *Por la cual se adiciona la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.*
[194] *"La extracción y utilización de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos para fines de trasplante u otros usos terapéuticos, podrá realizarse en los siguientes casos: a) Mediante donación formal de uno de los órganos simétricos o pares, por parte de una persona viva, (…); b) Mediante donación formal de todos o parte de los componentes anatómicos de una persona, hecha durante la vida de la misma pero para que tenga efectos después de su muerte, (…); c) Mediante presunción legal de donación, (…). Parágrafo. En todo caso prevalecerá la voluntad del donante por sobre el parecer contrario de sus deudos o cualesquiera otras personas".*
[195] *"Prohíbese(sic) el ánimo de lucro para la donación o suministro de los componentes anatómicos a que se refiere la presente Ley. En consecuencia, la utilización de los mismos no puede ser materia de compensación alguna en dinero o en especie".*
[196] *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*
[197] *Artículo 1º.*

la creación de un Comité de Ética en Investigación[198] y determinar las acciones que contribuyen a la investigación para la salud[199]. Por último, contiene un capítulo (IV) sobre investigación, especialmente en materia de "utilización de embriones, óbitos y fetos", que son objeto de desarrollo en los siguientes términos:

> *"**Artículo 30**. Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos; de la utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización artificial, se requiere obtener el consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o compañero de acuerdo a lo estipulado en los artículos 15 y 16 de este reglamento, previa información de los riesgos posible para el embrión, feto o recién nacido en su caso. El consentimiento informado del cónyuge o compañero solo podrá dispensarse en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarlo; porque el compañero no se haga cargo de la mujer o, bien, cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer, embrión, feto o recién nacido".*
>
> *"**Artículo 35**. Durante la ejecución de investigaciones en mujeres embarazadas: a) Los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participación en decisiones sobre la viabilidad del feto. b) Queda irrestrictamente prohibido otorgar estímulos, monetario o de otro tipo, para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones".*
>
> *"**Artículo 43**. Las investigaciones con embriones, óbitos, fetos, nacimientos muertos, materia fecal macerada, células, tejidos y órganos extraídos de éstos, serán realizadas de acuerdo con lo dispuesto en este reglamento".*

De este modo, las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud que comprenden embriones, óbitos o fetos muertos, además de instituir un marco normativo específico sobre la materia.

Después, se expidió la Resolución 3823 de 1997[200] que estableció un capítulo (2) sobre la actividad científica y tecnológica en salud. Igualmente se profirió el Decreto 1546 de 1998 que reglamenta parcialmente las leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988 en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos.

---

[198] *Artículo 2º.*
[199] *"Artículo 4. (…) a. Al conocimiento de los procesos biológicos y sicológicos en los seres humanos. b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. c. A la prevención y control de los problemas de salud. d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. f. A la producción de insumos para la salud".*
[200] *Por la cual se crea la Comisión Asesora de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y se dictan normas para regular las actividades de desarrollo científico en el sector salud.*

Posteriormente, se expidió la Ley 919 de 2004[201], con la finalidad de reforzar la bioseguridad y la fundamentación en la protección de la dignidad humana y los derechos fundamentales, reformulando la prohibición de comercialización de componentes anatómicos y tipificando como delito su tráfico (art. 1[202])[203].

Más adelante, el Decreto 2493 de 2004[204] que tiene por objeto regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transportes, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante en seres humanos[205], establece en el artículo 15 la prohibición de la remuneración o cualquier tipo de compensación o retribución por la donación o suministro de un órgano o tejido al cual se refiere el presente decreto; en el artículo 16 la utilización de los componentes anatómicos cuando se trate de donante fallecido[206]; en los artículos 43 y ss. las buenas prácticas en materia de tejidos y de médula ósea; en los artículos 46 y 47 (docencia e investigación) las instituciones autorizadas para la utilización de cadáveres no reclamados y la distribución de componentes anatómicos y cadáveres destinados a estudios o investigación científica; y en los artículos 48 y ss. la vigilancia sanitaria.

Mediante la Resolución 5108 de 2005 se estableció el Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y se dictaron disposiciones relacionadas con el trámite de obtención del certificado de cumplimiento de las buenas prácticas y con las funciones de inspección, vigilancia y control por las autoridades sanitarias competentes. Acto seguido, se expidió la Resolución 2640 de 2005[207] que entre sus objetivos estableció las obligaciones de las IPS habilitadas para realizar procedimientos de trasplante o implante[208], instituir condiciones para la definición de criterios técnico - científicos de asignación de componentes anatómicos y definir los requisitos para expedir autorización de utilización de cadáveres no reclamados a las entidades que desarrollan actividades de docencia e investigación[209].

---

[201] *Por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico.*
[202] *"La donación de componentes anatómicos; órganos, tejidos y fluidos corporales deberá hacerse siempre por razones humanitarias. Se prohíbe cualquier forma de compensación, pago en dinero o en especie por los componentes anatómicos. (…). PARÁGRAFO. Las instituciones que funcionen con la debida autorización como bancos de tejido y de médula ósea y las instituciones prestadoras de servicios de salud con programas de trasplantes habilitados, podrán cobrar los costos ocasionados por la hospitalización del donante vivo, el cuidado médico del mismo, el diagnóstico, la extracción, la preservación, las pruebas o exámenes requeridos previamente para la donación o el suministro, el transporte, el valor de las pruebas inmunológicas y de histocompatibilidad indispensables para la realización del trasplante, el valor del trasplante, gastos de hospitalización, cirugía y cuidado médico postoperatorio del paciente trasplantado y del donante, el suministro de medicamentos y los controles subsiguientes a dicho procedimiento".*
[203] *Cfr. Intervención del Ministerio de Salud en el presente asunto.*
[204] *Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos.*
[205] *Artículo 1º. Objeto y ámbito de aplicación.*
[206] *"2. Cuando se trate de donante fallecido: a) Siempre que se haya garantizado y asegurado el proceso de consentimiento informado del donante y a falta de este último el de los deudos; b) (…); c) Cuando obra la presunción legal de donación de conformidad con la ley. PARÁGRAFO. (…)".*
[207] *por medio de la cual se reglamentan los artículos 3º, 4º, 6º parágrafo 2º, 7º numeral 10, 25 y 46 del Decreto 2493 de 2004 y se dictan otras disposiciones.*
[208] *Artículos 1º y 18.*
[209] *Artículos 1º y 20.*

En esta línea, se expidió la Resolución 382 de 2015[210] regula la disposición de cadáveres no reclamados y de componentes anatómicos de los mismos, con fines de docencia o investigación (título II) e instituye un Comité de Componentes Anatómicos y Cadáveres no reclamados (título III).

Por último, se expidió la Ley 1805 de 2016[211], que tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos[212]; presume la donación cuando una persona se ha abstenido de ejercer el derecho a oponerse[213]; faculta la manifestación de oposición a la presunción legal de donación[214]; implementa estrategias de información a la población[215]; determina el porcentaje de recursos de las entidades del sector salud para promocionar la donación de órganos y tejidos[216]; define en cabeza del INS los criterios únicos nacionales de distribución y asignación de órganos y tejidos[217]; instituye que las IPS deberán contar con recursos para detectar en tiempo real a los potenciales donantes[218]; estatuye el procedimiento para la obtención de tejidos y de médula ósea, y la práctica de actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento y distribución por los bancos de tejidos o de médula ósea sin ánimo de lucro autorizados por el INVIMA[219]; crea una Comisión Intersectorial de Calidad para actualizar la reglamentación en materia de donación de órganos y tejidos[220]; y modifica normas penales sobre quien trafique, compra, venda o comercialice componentes anatómicos humanos, o sustraiga un componente anatómico de un cadáver o de una persona sin la correspondiente autorización[221], entre otros. La Resolución 481 de 2018[222] modificó los requisitos para la inscripción ante la coordinación regional de la red[223].

El asunto sub-júdice. **Inexequibilidad del parágrafo demandado**

23. **Trámite que cumplió el parágrafo acusado en el Congreso de la República**. Es indispensable que la Corte realice previamente un breve recuento de los *antecedentes legislativos* en orden a determinar el momento de inclusión del parágrafo acusado y primordialmente las justificaciones que llevaron al Congreso de la República a expedir la prohibición de donar y utilizar órganos o tejidos de los "niños no nacidos abortados".

---

[210] *Por la cual se reglamenta la inscripción de entidades para la obtención de cadáveres, componentes anatómicos y tejidos con fines de trasplante, docencia e investigación y se dictan otras disposiciones.*
[211] *Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.*
[212] *Artículo 1º.*
[213] *Artículo 3º.*
[214] *Artículo 4º.*
[215] *Artículo 5º.*
[216] *Artículo 6º.*
[217] *Artículo 7º.*
[218] *Artículo 8º.*
[219] *Artículo 12.*
[220] *Artículo 13.*
[221] *Artículo 17.*
[222] *Por la cual se modifica el artículo 3º de la Resolución 2640 de 2005 en relación con los requisitos que deben cumplir los bancos de tejidos y de médula ósea y las IPS habilitadas con programas de trasplante.*
[223] *Artículo 1º.*

El proyecto de ley 091 de 2014[224] inició su trámite en la Cámara de Representantes el 09 septiembre de 2014[225], en cuyo articulado no se comprendió inicialmente el parágrafo 2º acusado del artículo 2º de la hoy Ley 1805 de 2016[226], ya que solamente incluyó, bajo posteriores modificaciones, lo que es actualmente el parágrafo 1[227]. En efecto, contenía dicha disposición del proyecto de ley un solo parágrafo del siguiente tenor:

> *"Artículo 2º. Modifíquese el artículo 1º de la Ley 73 de 1988 el cual quedará así:*
> *`Artículo 1º. El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así:*
> *Artículo 540.* ***Parágrafo****. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante o presunción legal de donación".*[228]

La ***exposición de motivos***[229] recogió algunas conclusiones sobre la problemática actual y el curso de acción a desarrollar, que se transcribe *in extenso* para su mayor comprensión:

> *".Colombia* (tiene) *un índice de donaciones muy bajo. La situación es hoy crítica y exige una verdadera reformulación de la política de donación y trasplantes. El promedio es solo de 14.7 personas por millón de habitantes, en comparación con España que tiene una tasa de donantes de 34.2 donantes por millón de habitantes. La Unión Europea está en 18.2 donantes por millón de habitantes; Estados Unidos 26.3 donantes por millón de habitantes; Portugal 26.7 donantes por millón de habitantes.*[230]
>
> *.El trasplante de órganos es una terapia claramente establecida para pacientes con diferentes enfermedades terminales. Sin embargo, la aplicabilidad del trasplante se encuentra ampliamente limitada por la escasez de órganos disponibles.*
> <
> *.Desde el primer trasplante exitoso de un órgano en el mundo en 1954, se ha presentado un gran aumento de las cirugías de trasplantes, particularmente durante los años ochenta. Hoy*

---

[224] *Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de órganos y se dictan otras disposiciones.*
[225] *El Representante Rodrigo Lara Restrepo radicó el proyecto de ley.*
[226] *Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.*
[227] *Disposición vigente conformada por tres (3) parágrafos. "Artículo 2º. Modifíquese el artículo 1º de la Ley 73 de 1988, el cual quedará así: Artículo 1º. El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así: Artículo 540.* ***Parágrafo 1º****. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación.* ***Parágrafo 2º****. No pueden ser donados ni utilizados órganos o tejidos de los niños no nacidos abortados.* ***Parágrafo transitorio****. Las disposiciones contenidas en este artículo entrarán a regir seis (6) meses después de la promulgación de la presente ley".*
[228] *Gaceta del Congreso 489 de 2014, p. 7.*
[229] *En la introducción al proyecto de ley se señala que el texto de dicha exposición de motivos se divide en dos partes: una, respecto a la situación jurídica actual en materia de donación de órganos y tejidos en el país evidenciando un análisis sobre la presunción legal de donación vigente y, otra, la propuesta que se pone a consideración a partir de un llamado de atención sobre las cifras que arroja la situación en Colombia y cómo la iniciativa presentada es una forma de solución. En la primera parte se alude al marco jurídico y a la presunción legal existente, en tanto que en la segunda "una demanda insatisfecha que exige un nuevo instrumento de carácter legal" se hace mención a las cifras sobre donación y relación donantes-lista de espera, la propuesta, posiciones doctrinarias jurídico-académicas, la Iglesia Católica, el consentimiento informado como nudo gordiano sobre la materia, derecho comparado y preguntas frecuentes respecto a la donación. Gaceta del Congreso 489 de 2014, pp. 8-17.*
[230] *Arias Rubio Edward, Galán Carlos Fernando, proyecto de acuerdo número 366 de 2009 Concejo de Bogotá, D.C., 21/09/2009.*

en día en nuestro país, es común el trasplante de órganos sólidos como hígado, riñón, páncreas, pulmón, corazón e intestino, de los que se han obtenido muy buenos resultados respecto a los del resto del mundo.

.En Colombia se ha avanzado mucho en los últimos años. Existe una nueva y completa legislación desde 1979, la cual fue actualizada y modernizada por última vez en el 2004. Actualmente nuestro país ocupa el tercer lugar en Latinoamérica en donación de órganos; sin embargo, aún hay mucho por hacer. Ante las cifras es evidente la urgencia de un cambio estructural en el sistema de donación de órganos, así como el fortalecimiento de la educación e información.

Con la drástica reducción que se ha venido presentando durante los últimos años, las autoridades en la materia tienen un mensaje claro. Más allá de las creencias que las personas puedan tener, hay que saber que con solamente la voluntad expresa, en vida un individuo puede ayudar a muchas personas quienes necesitan sus órganos para llevar una vida con más calidad.

.La donación de órganos mediante el consentimiento presunto constituye la consagración legal de diferentes valores constitucionales como la solidaridad y la prevalencia del interés general, ya que tiene como objeto propio el de facilitar la disponibilidad de órganos a todos aquellos que los necesitan como último recurso de sobrevivencia.

.Así mismo esta iniciativa apunta a realzar el valor cooperación, en cuanto tiende a lograr entre la sociedad la creación de una conciencia a favor de la donación de órganos, y de la importancia de la cuestión en cuanto a que cualquiera de nosotros podría hallarse en la situación de aquellos que se encuentran en espera de trasplante que le brinde más y mejor calidad de vida, y depender de la cooperación de alguna familia que decida donar los órganos del recientemente fallecido.

.Con este proyecto Colombia tendría una legislación conforme a los principios y estándares internacionales"[231].

Esta propuesta normativa, además de mantener la presunción legal de donación, tenía como fundamento principal *aumentar* el número de donantes por la disminución significativa[232], a través de mecanismos principales como *"eliminar la oposición de los deudos"*[233]; además de otras me-

---

[231] *Gaceta del Congreso 489 de 2014, p. 17*

[232] *En la exposición de motivos se registra: "-Marco jurídico. (…) Sin embargo, desde 2009 el número de donaciones de órganos y tejidos ha decrecido dramáticamente". Más adelante, atendiendo las cifras del Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes (2013) del INS, se recoge: "Relación Donantes-Lista de espera. (…Lo anterior implica que existe un déficit en la provisión de órganos que le garanticen continuar viviendo a un número elevado de personas. (…) dicho déficit no parece cerrarse sino que por el contrario la tendencia de los receptores en lista de espera tiende a aumentar significativamente conformen pasan los meses. Esta situación se ve agravada en tanto el número de donantes está disminuyendo (…)". Ibídem, pp. 9 y 12.*

[233] *En la introducción de la exposición de motivos se adujo que: "Adicionalmente, la oposición de los familiares de los potenciales donantes fallecidos, ha venido en aumento". Más adelante al referir a la relación de donantes y la lista de espera se señaló: "Estos fallecimientos podrían evitarse si se contara con un mayor número de donantes, cifra que podría aumentar considerablemente al*

didas adicionales como radicar en el Gobierno (Ministerio de Salud) y el INS atribuciones concretas y de máxima autoridad de la estructura y organización de la Red de Donación para una mayor claridad y transparencia; establecer criterios únicos de distribución y asignación de órganos y tejidos; realizar campañas de promoción de la conciencia solidaria; y modificar normas penales respecto de quienes trafiquen o comercialicen con componentes anatómicos[234].

En el informe de ponencia de aprobación en ***primer debate*** el proyecto de ley 091 de 2014 ante la comisión primera de la Cámara de Representantes[235], el ponente Rodrigo Lara Restrepo recogió en esencia los mismos motivos para proponer el proyecto de ley[236], por lo que se mantienen intactas la disposiciones sobre el objeto (art. 1º) que está dado en aumentar las donaciones para trasplante, el consentimiento del donante o presunción legal de donación (art. 2º) y el título del proyecto inicial, bajo un pliego de modificaciones que comprende la inclusión de un artículo nuevo[237] y la modificación del artículo 15[238]. Posteriormente[239], fue aprobado el informe de ponencia por unanimidad.

A continuación, el informe de ponencia para ***segundo debate*** ante la plenaria de la Cámara[240] se presenta nuevamente por el designado ponente Rodrigo Lara Restrepo quien propuso un pliego de modificaciones sobre varias disposiciones[241] y la adición de nuevos artículos[242], que comprendieron el artículo 2º del proyecto de ley que fue objeto de adición de un *parágrafo transitorio*, cuyo contenido es similar al finalmente aprobado por el Congreso:

> *"Artículo 2º. Modifíquese el artículo 1º de la Ley 73 de 1988 el cual quedará así:*
> *`Artículo 1º. El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así:*
> *Artículo 540.* ***Parágrafo.*** *Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante o presunción legal de donación.*
> ***Parágrafo transitorio.*** *Las disposiciones contenidas en este artículo entrarán a regir seis (6) meses después de la promulgación de esta ley."*[243] Se resalta lo adicionado.

---

lograr un mayor nivel de cobertura y calidad de la información sobre el tema, si un mayor número de personas en vida manifestarán expresamente su deseo de ser donantes y finalmente si se elimina la autorización de los familiares tal como lo pretende este proyecto de ley". Igualmente en el acápite "nuestra propuesta" se indicó: "En resumen, en la presente propuesta normativa se mantiene la presunción legal de donación, se hacen modificaciones pertinentes a la Ley 73 de 1988 para eliminar la oposición de los deudos (…)". Ibídem, pp. 8, 12 y 13.

[234] Ver exposición de motivos alusiva a la situación jurídica en Colombia y en otros países, datos y cifras estadísticas (lista de espera), problemática interna vigente (demanda insatisfecha), posiciones doctrinarias y académicas, y alternativas de solución. Ibídem, pp. 7-17.

[235] Presentado el 14 de octubre de 2014 y publicado en la Gaceta del Congreso 647 de 2014.

[236] En las consideraciones el ponente refiere al comportamiento de la donación en Colombia hasta el primer semestre de 2014 según informe de la Red de Donación y Trasplantes, de los conceptos favorables al proyecto de ley por el INS y la Asociación Colombiana de Banco de Tejidos, y de la necesidad del proyecto de ley.

[237] Pasaría a ser el artículo 6. Horario para promocionar donación de órganos.

[238] Pasaría a ser el artículo 16. Participación en proceso de extracción o trasplante, agravación de penas.

[239] 15 de abril de 2015, Acta 41, Gaceta del Congreso 427 de 2015, pp. 29-30.

[240] 3 de mayo de 2015 y publicado en la Gaceta del Congreso 252 de 2015, pp. 5-8.

[241] Artículos 2º, 3º, 10, 12 y 15.

[242] Tres nuevos artículos en materia de incentivo, divulgación y comisión intersectorial. En consecuencia, se renumeraron nuevamente los artículos desde el número 14.

[243] Gaceta del Congreso 252 de 2015, pp. 7 y 8.

El 25 de agosto de 2015[244] fue aprobado el informe de ponencia con las modificaciones y adiciones por unanimidad, e ingresado al debate sobre el articulado fue también avalado empezando por el articulado que no tenía proposiciones o que si la tuvieran estaban ratificadas[245], como también se propuso la adición del vocablo *"tejidos"* a varias disposiciones[246], entre ellos el 2[247], además de la introducción del parágrafo transitorio, siendo aprobados por unanimidad[248]. Luego se votaron las disposiciones no avaladas[249] siendo negadas, que una vez sometidas nuevamente a votación como venían en la ponencia, así como el artículo 12 que estaba avalado, fueron aprobadas por la mayoría incluyendo el título del proyecto[250].

El informe de ponencia de dar ***tercer debate*** al proyecto de ley 091 de 2014 Cámara y 93 de 2015 ante la comisión primera del Senado estuvo a cargo del Senador German Varón Cotrino quien insistió en el objetivo del proyecto de ley[251]. Presentó un pliego de modificaciones que abarcó el título (supresión vocablo "órganos" por "componentes anatómicos"), los artículos 1º (supresión de los términos "órganos, tejidos"), 7º, 8º, 10 y 12, y una nueva disposición[252]. El 2 de diciembre de 2015[253] se dio la aprobación del informe de ponencia por unanimidad[254] y abierta la discusión del articulado[255] con el pliego de modificaciones así como de la eliminación del artículo

---

[244] *Acta 85, Gaceta 910 de 2015, pp. 24-25.*
[245] *Artículos 5º, 9º, 11, 16, 19, 20 y 1º, 2º, 3º, 4º, 7º, 10, 13, 15 y 17.*
[246] *1º, 2º, 3º, 6º, 7º, 12 y 15.*
[247] *Igualmente los artículos 1º, 3º, 6º, 7º, 12 y 15. En la discusión generada se aludió a los criterios únicos de distribución y asignación de órganos y tejidos. Al finalizar el debate el ponente señaló: "(…) quiero respetados colegas expresarles mi más sincero agradecimiento por la aprobación unánime de este importante proyecto (…), es profundamente humano, es una imperiosa necesidad que tiene el país de reformar su sistema y su régimen de donación de órganos. Los pacientes quedarán inmensamente agradecidos señores Representantes con ustedes, las familias de quienes gracias a esta ley tendrán la esperanza de salvar a sus seres queridos o de ofrecerles simplemente una vida digna, también quedan inmensamente agradecidos con ustedes."*
[248] *Se aludió al rescate de órganos, a contar con el personal y medios técnicos para diagnosticar la muerte encefálica, a hallar el mayor número de donantes, a la diferencia entre lo que son órganos y tejidos, y a los criterios únicos en la asignación de órganos. Gaceta del Congreso 910 de 2015, pp. 24-33.*
[249] *Artículos 6º, 8º, 14 y 18.*
[250] *Al finalizar el debate el ponente Rodrigo Lara Restrepo señaló: "(…) quiero respetados colegas expresarles mi más sincero agradecimiento por la aprobación unánime de este importante proyecto (…), es profundamente humano, es una imperiosa necesidad que tiene el país de reformar su sistema y su régimen de donación de órganos. Los pacientes quedarán inmensamente agradecidos señores Representantes con ustedes, las familias de quienes gracias a esta ley tendrán la esperanza de salvar a sus seres queridos o de ofrecerles simplemente una vida digna, también quedan inmensamente agradecidos con ustedes." Gaceta del Congreso 910 de 2015, pp. 36-46.*
[251] *Refirió en términos similares al marco jurídico, al comportamiento de la donación en Colombia durante 2014 y a la necesidad del proyecto. Gaceta del Congreso 821 de 2015, pp. 9-10 y 12.*
[252] *Implementa sistema de información unificado por Ministerio de Salud. Gaceta del Congreso 821 de 2015, pp. 12-13.*
[253] *Acta 25, Gaceta del Congreso 08 de 2016.*
[254] *Como finalidad del proyecto de ley el ponente indicó que estaba dada en: "cómo volver más eficiente esa presunción legal que rige actualmente", así como en organizar las competencias a nivel institucional, otorgar un claro marco jurídico, combatir el comercio ilegal de órganos e incrementar las penas. Acto seguido intervino la Senadora Paloma Valencia Laserna para manifestar que tenía a cargo un proyecto de ley similar lo cual le llevó a plantear algunas modificaciones al asunto en discusión para dar la claridad necesaria en materia del mecanismo de prueba y demostrar cuando no se quiere ser donante, la posibilidad de donación por menores de edad bajo el consentimiento informado de los padres, que la voluntad del donante no puede revocarse por un familiar, las instituciones autorizadas para realizar las campañas educativas, la prelación de colombianos y ciudadanos residentes para trasplante y cómo evitar tráfico ilegal de órganos, etc. En uso de la palabra, el ponente estuvo de acuerdo con varias de las observaciones, sin embargo, solicitó votar la ponencia como había sido presentada para que en la discusión del articulado se hicieran los ajustes correspondientes. Gaceta del Congreso 08 de 2016.*
[255] *Atendiendo las observaciones de la Senadora Paloma Valencia el ponente informa que no tendría inconveniente en que pudiera hacer parte integrante de los ponentes, anotando que la misma sugiere aprobar el articulado como fue presentado salvo el 11 al existir una solicitud válida del Ministerio de Hacienda en cuanto el destino de los recursos correspondería a una ley orgánica del presupuesto,*

11[256], exceptuando los artículos 2 (adición de los vocablos "libre, previo e informado" respecto del consentimiento del donante, previsto en el primer parágrafo)[257] y 18, fueron aprobados por unanimidad. Seguidamente se abrió la discusión de los artículos 2º con el texto del pliego de modificaciones[258] y 18[259], siendo aprobados también por unanimidad. Además, se abrió la discusión de los artículos nuevos[260] que se aprobaron por unanimidad, al igual que el título del proyecto de ley[261].

Por último, el informe de ponencia para dar ***cuarto debate*** al proyecto de ley ante la plenaria del Senado fue presentado por los ponentes designados, es decir, los senadores Germán Varón, Paloma Valencia, Manuel Enríquez Rosero, Viviane Morales, Roberto Gerléin, Doris Vega, Alexander López y Claudia López[262], el cual replicó el objeto del proyecto de ley y contempló un pliego de modificaciones a los artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 10, 12, 17, la eliminación de varios artículos[263] y tres nuevas disposiciones[264].

El 16 de diciembre de 2015[265] se dio inicio a la aprobación del informe de ponencia interviniendo los senadores Paloma Susana Valencia Laserna[266], María del Rosario Guerra de la Espriella[267] y

---

proponiendo así la supresión de dicha disposición para que las demás observaciones planteadas se abordaran ante la plenaria del Senado. Acto seguido intervinieron los senadores José Obdulio Gaviria Vélez, Alfredo Rangel Suárez, Jaime Amín Hernández, Paloma Valencia Laserna, Carlos Fernando Motoa Solarte y Rodrigo Lara Restrepo que expusieron varias inquietudes sobre el proyecto de ley en cuanto a que la familia no puede oponerse a la voluntad de quien en vida autorizó ser donante, el alcance de la expresión "componentes anatómicos", el tráfico de órganos, la protección en primer lugar al nacional antes que al extranjero, el registro nacional de donantes, quien tiene derecho a ser primer receptor del trasplante, etc.. Fue aceptado por unanimidad el retiro de las proposiciones para dejarlas como constancias (arts. 7º, 10, 15 y 18, entre otros) y posterior debate ante la plenaria del Senado.

[256] Formulado en la proposición número 81 (destino de los recursos debe hacerse por ley orgánica).

[257] Sobre el primer parágrafo el ponente German Varón Cotrino sostuvo que se hará una modificación para establecer que solo se podrá proceder a la utilización de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos cuando exista el consentimiento del donante "libre, previo e informado" o presunción legal de donación.

[258] Queda así la disposición:

"Parágrafo. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación.

Parágrafo transitorio. Las disposiciones contenidas en este artículo entrarán a regir seis (6) meses después de la promulgación de esta ley".

[259] "Las instituciones autorizadas como Bancos de Componentes Anatómicos y Centros de Trasplantes que participen de un proceso de extracción o trasplante contraviniendo la presente ley y las normas previstas en la Ley 73 de 1988, serán sancionadas con la clausura total y definitiva del establecimiento". Proposiciones números 82 y 83.

[260] Proposiciones números 84 y 85.

[261] "Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones". Gaceta del Congreso 08 de 2016.

[262] No firmaron Viviane Morales, Alexander López y Claudia López.

[263] 13, 15, 22 y 23.

[264] Donación por menores de edad ante muerte cerebral o autopsia médico legal, institución que estaría a cargo del Registro Nacional de Donantes y lista de espera de donantes. Gaceta del Congreso 1049 de 2015, pp. 9-11.

[265] Acta 40, Gaceta del Congreso 91 de 2016, pp. 86-91.

[266] Adujo que ante la falta de donación de órganos por las complejidades del sistema se busca habilitar una serie de herramientas respecto a cuándo se tiene la calidad de donante, la consulta obligatoria del Registro Nacional de Donantes, la trasparencia de los mecanismos de asignación en la prelación de órganos, la no presunción de donación para menores de edad por estado terminal o fallecimiento salvo consentimiento informado de los padres, el endurecimiento de las penas por el tráfico de órganos y la no permisión de donación de órganos a extranjeros. Al finalizar invita a la plenaria a acompañarla con las proposiciones anotando que hay otras dos frente a las cuales no se tienen un consenso adquirido (p. 86).

[267] Expuso que dada la aprobación de un proyecto de ley similar presentó una proposición aditiva al artículo 7º del proyecto de ley en discusión para garantizar la cadena de custodia durante todo el proceso de donación.

Roy Leonardo Barreras Montealegre[268] quien fue interpelado por la senadora Valencia Laserna[269]. No obstante, la presidencia de la Corporación respecto de un proyecto de ley diferente (116 de 2014 Senado, define y regula las cuentas abandonadas y les asigna un uso eficiente), procedió a designar un senador[270] como integrante de la comisión para estudiar las discrepancias surgidas en la aprobación[271]. Luego al retomar el informe de ponencia en discusión, dio la palabra a los senadores William Jimmy Chamorro Cruz[272], Carlos Enrique Soto Jaramillo[273], Rodrigo Lara Restrepo[274], German Varón Cotrino[275] y Efraín José Cepeda Sarabia[276].

Luego intervino un Senador[277] sobre un asunto diferente (endeudamiento) al proyecto de ley en discusión[278], interviniendo la presidencia del Senado para un punto de orden sobre la voluntad de votar el informe de ponencia que los ocupaba, por lo que el Senador participante procedió a dejar una constancia. La presidencia de la Corporación manifestó que si se seguía pidiendo la palabra no se alcanzaría a votar el proyecto de ley en discusión, ya que era las 11 p.m., por lo que se procedió a someter a consideración de la plenaria la proposición con que termina el informe de ponencia sobre donación la cual cerrada la discusión le fue impartida la aprobación respectiva[279].

Acto seguido se dio apertura al debate sobre el articulado haciendo uso de la palabra el Senador Germán Varón Cotrino quien propuso debatir las disposiciones que no tenían proposiciones. La presidencia de la Corporación sometió a consideración de la plenaria la omisión de la lectura del articulado, excepto los artículos 2º, 7º, 10, 18 y uno nuevo, siendo impartida su aprobación, para seguidamente entrar a votar el articulado como está en la ponencia con la salvedad establecida (2º, 7, 10, 18 y uno nuevo), que fue aprobado. A continuación, la presidencia informó a la plenaria que *"se **suspende la discusión y aprobación** del proyecto de ley en mención por tener mucha discusión en la aprobación del articulado"*[280].

---

[268] *Además de mostrar su aquiescencia al proyecto de ley expuso si respecto a la presunción de donación habría que permitir a la familia expresar una objeción de conciencia.*
[269] *No encontró prudente la propuesta al estimar que no se puede cambiar la voluntad expresada de ser donante.*
[270] *Oscar Mauricio Lizcano.*
[271] *Gaceta del Congreso 91 de 2016, p. 87.*
[272] *En términos generales indicó que había radicado un proyecto de ley similar sobre el cual no se rindió ponencia en relación con la presunción de donación a partir de los 18 años salvo manifestación en contrario y que respecto de menores de edad correspondía a los padres otorgar el consentimiento.*
[273] *Interpeló en cuanto a si deben ser los padres quienes deben tomar las determinaciones así como lo concerniente a la cadena de custodia.*
[274] *Explicó que el proyecto de ley persigue que la voluntad en vida expresada por el donante no pueda ser desvirtuada por los deudos manteniéndose la presunción legal de donación. Recabó que este es un proyecto concertado con sectores médicos y que constituye una esperanza de vida digna.*
[275] *El ponente identificó como punto central del proyecto el ampliar la presunción legal de donación, concretando las instituciones responsables y estableciendo unos procedimientos.*
[276] *Solicitó la concertación de un artículo mediante una proposición conjunta (no sustitutiva) en el sentido que sea el ciudadano en vida quien manifieste libremente que quiere ser donante, sin la presunción, y con la coincidencia de que los familiares no la pueden revocar.*
[277] *Daniel Alberto Cabrales Castillo.*
[278] *Gaceta del Congreso 91 de 2016, p. 89.*
[279] *Ibídem, p. 90.*
[280] *Ibídem.*

Luego de una intervención registrada para un asunto diferente (ocupantes y poseedores de tierras)[281], el Senador Roy Barreras, reconociendo que estaba suspendido el debate sobre donación, recabó que su partido acompañaría el proyecto de ley al convencerle las explicaciones de los ponentes, expresando solo una preocupación sobre la autorización a los extranjeros no residentes por lo que solicitó que se retirara dicha proposición. Cumplida otra intervención sobre asuntos varios (ejercicio de la presidencia, temas debatidos durante el periodo, candidatos presidenciales)[282], el Senador Juan Carlos Restrepo Escobar expuso una moción de orden: *"(…) estando a escasos 40 minutos de terminar la legislatura"*[283].

Después de la intervención de siete senadores y de la presidencia y la secretaría general sobre otros asuntos, el Senador Ernesto Macías Tovar indicó que *"ya está conciliado el proyecto de órganos, que usted suspendió hace rato, entonces no es si no votarlo, para que lo dejemos ya definido"*[284]. Luego de la interpelación del Senador Juan Carlos Restrepo Escobar respecto a verificar si estaban publicadas las tres conciliaciones que habían comunicado que sí y la intervención del Senador Alexander López Maya quien dio lectura a unas proposiciones sobre distintos asuntos, el presidente de la Corporación manifestó:

> *"Señores Senadores les pregunto si modificamos el orden del día, para votar esas dos proposiciones y luego entramos a debatir el orden del día. Continuaremos órganos si está conciliado, son las 11:40 minutos, vamos a ver qué proyecto que no generen (…) discusión podemos votarlo (…), entonces aceptan la modificación del orden del día, para votar las proposiciones del Senador Alexander López. En consideración las proposiciones anuncio que va a cerrarse, quedan cerradas. Lo aprueban.*
>
> *Informe de la conciliación de órganos Senadora Paloma, entre más ágil y concreta sea más posibilidades tiene el proyecto de ser aprobado en esta legislatura.*
>
> *La presidencia somete a consideración de la plenaria las proposiciones presentadas por los honorables senadores Jorge Enrique Robledo (…) y cerrada su discusión esta les imparte aprobación. Proposición número 61 (…), 62 (…), 63 (…) y 64 (…)*".

La presidencia al anunciar que *"retoma la discusión"* del proyecto de ley número 93 de 2015 Senado y 091 de 2014 Cámara en materia de donación de componentes anatómicos[285], concedió el uso de la palabra a la Senadora Paloma Valencia quien expresó:

---

[281] *Senadora Nohora Stella Tovar Rey.*
[282] *Senador Carlos Felipe Mejía Mejía.*
[283] *Solicitó que se informe si los proyectos a conciliar estaban publicados, a lo cual el secretario general de la Corporación manifestó que ello se había cumplido en la página oficial de la secretaría y la electrónica, además de informar la presidencia que según la secretaría los tres proyectos de ley fueron publicados.*
[284] *Gaceta del Congreso 91 de 2016, p. 94.*
[285] *Ibídem, pp. 94 y 95.*

"La conciliación se ha hecho en los siguientes términos, lo único que se modifica es un artículo nuevo, que permite que el Ministro mediante Decreto pueda permitir la donación de órganos a extranjeros manteniendo la prelación a colombianos.

Lo segundo, ***es un artículo que prohíbe la utilización de partes o de órganos de niños no nacidos abortados****, tercero se agrega la cadena de custodia para que el Estado la garantice con procedimientos que permitan la realización de los trasplantes.*

Cuarto, se agrega el tema de agravantes penales, que ya estaba agregado"[286]. Se destaca para efectos del examen constitucional.

La presidencia expuso que estaba conciliado el proyecto a lo cual la Senadora Paloma Valencia manifestó que *"está conciliado todo, presidente".* Seguidamente, se cumplió en la plenaria del Senado el siguiente trámite:

"La presidencia manifiesta:

Entonces estaba suspendido, lo continuamos. ¿Cuántos artículos se traen conciliados con el apoyo de todas las bancadas que fueron a la conciliación señor Secretario?

El secretario manifiesta:

Los artículos son: el número 2º, este es nuevo, el 10, el 18 y dos nuevos, no, el 2º y el 7º, el 10, el 18 y dos nuevos, repito los artículos que están conciliados, 2º, 7º, 10, 18 y dos nuevos, total 6.

La presidencia manifiesta:

Vamos a votar primero los conciliados, luego votamos los nuevos. En consideración los artículos que la comisión accidental nos propone aprobar, con la conciliación que han logrado con las distintas bancadas.

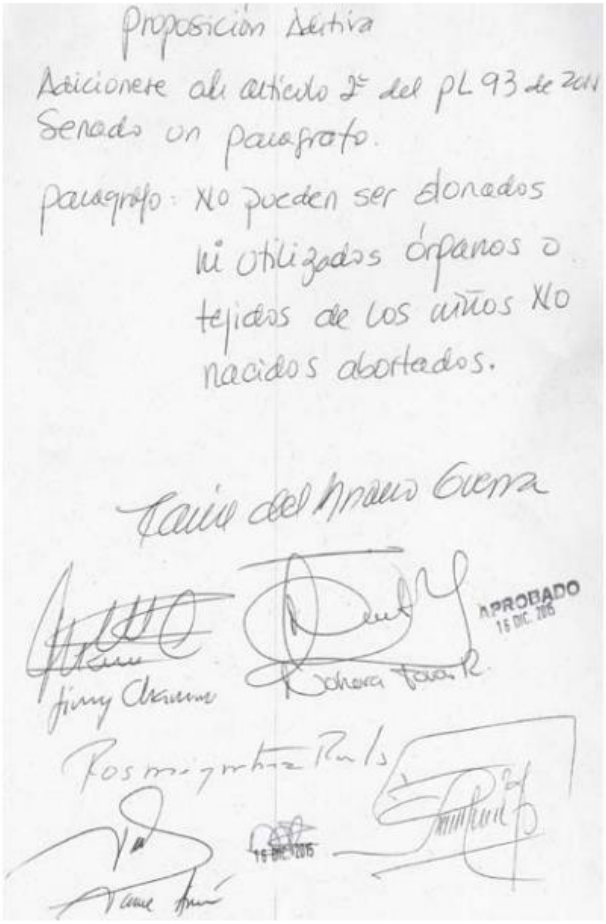
La presidencia somete a consideración de la plenaria los artículos 2º, 7º, 10 y 18 con las modificaciones propuestas y, cerrada su discusión, pregunta: ¿Adopta la plenaria el articulado con las modificaciones propuestas? Y esta responde afirmativamente"[287].

La Gaceta del Congreso[288] recoge a nivel de imágenes las proposiciones que fueron presentadas. La primera se registra en manuscrito como proposición aditiva al artículo 2º del proyecto de ley,

---

[286] *Ibídem, pp. 95 y 96.*
[287] *Ibídem, p. 96.*
[288] *91 de 2016, pp. 96 y 97.*

que introduce el parágrafo 2º (hoy acusado), con fecha de aprobación 16 de diciembre de 2015 (día de la sesión plenaria), en los siguientes términos:



Seguidamente la presidencia concedió el uso de la palabra a la Senadora Paloma Valencia quien manifestó:

> *"Los dos **artículos nuevos** son, uno que **prohíbe la utilización de las partes de niños no nacidos, bebes no nacidos abortados, en atención al escándalo que ha habido en los Estados Unidos, proposición presentada por la Senadora María del Rosario Guerra**.*
>
> *Y el segundo, es un artículo que permitiría, la donación de órganos a extranjeros no residentes en el país, siempre y cuando haya un decreto del Ministerio y se mantenga la prelación de donación para los colombianos y los extranjeros residentes en el país"*[289].

[289] *Ibídem, p. 97.*

La presidencia de la Corporación sometió a consideración de la plenaria los dos artículos nuevos y cerrada su discusión preguntó si adopta el articulado propuesto respondiendo afirmativamente. Se registran a nivel de imágenes dos proposiciones (donación de órganos a extranjeros no residentes y de rostro previo consentimiento informado). Acto seguido se aprobó el articulado en bloque, el título del proyecto y que fuera ley de la República[290].

También se registra que las presidencias del Senado y de la Cámara designaron al Senador Germán Varón Cotrino y al Representante Rodrigo Lara Restrepo como integrantes de la Comisión de Conciliación, quienes presentaron el informe respectivo (5 abril de 2016) a consideración de las plenarias y decidiendo acoger en su mayoría el texto aprobado en la plenaria del Senado del 16 de diciembre de 2015, entre ellos, el artículo 2º, con algunas excepciones que acogieron el texto de la Cámara[291]. El informe de conciliación fue aprobado el 6 de abril de 2016[292] en la plenaria de la Cámara[293] y el 20 de abril de 2016[294] en la plenaria del Senado[295].

Por último, fueron presentadas objeciones gubernamentales al proyecto de ley 93 de 2015 Senado y 091 de 2014 Cámara, por inconveniencia[296]. La proposición a las plenarias de la Corporación consistió en aceptar parcialmente las objeciones por inconveniencia y de aprobar el informe[297].

24. **Aplicación del test de regresividad.** Conforme a la jurisprudencia constitucional[298] que guiará y servirá de referente a la presente decisión, la Corte procederá a aplicar el test de regresividad en orden a determinar si la medida legislativa impugnada desconoció el principio de progresividad del derecho fundamental a la salud en el componente de investigación científica.

---

[290] *Ibídem.*
[291] *Gacetas del Congreso 122 de 2016 Senado y 123 de 2016 Cámara. Al igual reposa el texto conciliado en plenarias de ambas cámaras.*
[292] *Acta 124.*
[293] *Gaceta del Congreso 318 de 2016 Cámara, p. 24.*
[294] *Acta 52.*
[295] *La Senadora Paloma Valencia intervino para indicar que el proyecto de ley se centró en cambiar la manera como se daba el consentimiento (podría suceder que familiares no querían donar los órganos), por lo que hoy todos los colombianos serán donantes salvo que manifiesten el deseo de no serlo, además de destacar que con el proyecto de ley muchos de los órganos ahora sí podrán ser utilizados. Así mismo, señaló que otros asuntos importantes quedaron pendientes de incorporarse por otro proyecto de ley que sería presentado ante el Congreso de la República. Precisó que las soluciones que se dieron al problema de la donación de órganos "incluyen las grandes preocupaciones que se manifestaron aquí como la cadena de custodia; (…) la necesidad que la donación de órganos de los niños tenga un consentimiento informado de ambos padres; la restricción general a la donación de órganos a extranjeros, como mecanismo para privilegiar la atención de los nacionales; todos los temas importantes que se discutieron en este Senado y (…) fuente de debate, fueron incluidos en esta conciliación. Yo invitaría (…) a este Congreso a acompañarnos en este proyecto. (…) que salva vidas, que transforma la posibilidad que los órganos que hoy se pierden sean utilizados para darle mejor calidad de vida a muchísimos colombianos. Con la certeza de que las herramientas para la transparencia, para penalizar el tráfico de órganos, para garantizar que estos órganos sean debidamente utilizados, están incluidos en la ley y que estamos preparando un segundo proyecto que va a articular todo el sistema de donación de órganos que es fundamental para el país". Después intervino la Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella para señalar la necesidad de compaginar un proyecto de ley que se había radicado con el asunto que ese día se conciliaba. Gaceta del Congreso 405 de 2016, Senado, pp. 9-11.*
[296] *Las razones consistieron: a) pauta legal para la promoción y pedagogía social la donación de órganos, b) prohibición para la salida de órganos del país, c) trasplante de órganos y tejidos a extranjeros cónyuges no residentes, d) registro nacional, e) manifestación de oposición a la presunción legal, f) campañas y estrategias de información y promoción de la donación de órganos y g) criterios de asignación de órganos. Gacetas del Congreso 371 y 420 de 2016.*
[297] *Presentada por el Senador Germán Varón Cotrino y el Representante Rodrigo Lara Restrepo. Gaceta del Congreso 421 de 2016.*
[298] *Sentencias C-028 de 2018, C-077 de 2017, C-503 de 2014, C-644 de 2012, C-536 de 2012, C-444 de 2009 y C-372 de 2001, entre otras.*

24.1. **Regresividad en materia de salud.** Esta Corporación encuentra que la medida objeto de control de constitucionalidad es efectivamente regresiva al implicar una modificación de las condiciones normativas preexistentes, concretamente del radio de protección del derecho fundamental a la salud, que se expone ahora más gravoso y, con ello, desatendió el nivel de satisfacción alcanzado[299].

Un cotejo del parágrafo acusado con la normatividad que la antecedía -evolución cronológica de las garantías asociadas al derecho a la salud-, permite advertir el cambio normativo y práctico drástico que se produjo con la aprobación de la prohibición de donación y utilización de órganos o tejidos de "niños no nacidos abortados".

Como se acopió suficientemente en los puntos 21 y 22 de la presente decisión[300], bajo la Constitución anterior y vigente, y con anterioridad a la Ley 1805 de 2016, el Estado colombiano contaba con una normatividad legal y reglamentaria en materia de uso y donación de órganos o tejidos que incluía los fetales (fallecidos), con fines de investigación de carácter científico o docente en salud[301], además de las otras investigaciones que se encontraban en curso[302], como lo afirmó el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional en Salud, entre otros.

En efecto, antes de la aprobación de la ley acusada el ordenamiento jurídico colombiano disponía de una regulación amplia que permitía la utilización de órganos o tejidos de no nacidos, y con fines de trasplante. Como lo sostuvo el Ministerio de Salud, soportado en la descripción del marco regulatorio existente en el país, la prohibición establecida impone definitivamente una barrera de acceso y disponibilidad que conlleva un retroceso en el nivel de protección alcanzado[303]. Explica que con anterioridad existía una estructura normativa soportada en derechos y principios constitucionales como la salud, dignidad humana, autonomía personal e igualdad, además de disponer de un procedimiento para adelantar cualquier tipo de actuaciones en relación con los componentes anatómicos, así como las instituciones facultadas para el desarrollo de las mismas, las rutas de acceso y distribución de los componentes, los bancos de tejidos sin ánimo de lucro, los comités de ética, las autoridades que ejercen control y vigilancia, las sanciones penales, etc.

---

[299] *Cfr. sentencias C-503 de 2014 y C-536 de 2012.*
[300] *El marco normativo sobre donación y utilización de órganos o tejidos fetales abortados en Colombia.*
[301] *Leyes 9ª de 1979 (medidas sanitarias), 73 de 1988 (donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos) y 919 de 2004 (prohíbe la comercialización de componentes anatómicos para trasplante y tipifica como delito su tráfico); decretos 003 de 1982, 2636 de 1986, 1172 de 1989, 1546 de 1998 y 2493 de 2004; y resoluciones 8430 de 1993 (normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) alusiva a las investigaciones en mujeres embarazadas y la utilización de embriones, óbitos o fetos (arts. 30, 35 y 43), 3823 de 1997, 5108 de 2005, 2640 de 2005 y 382 de 2015.*
[302] *Proyecto Zika en embarazadas y niños (ZEN), Colombia-Estados Unidos.*
[303] *Por ejemplo, ello riñe con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que establece en el artículo 4º que: "la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: a. Al conocimiento de los procesos biológicos y sicológicos en los seres humanos. b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. c. A la prevención y control de los problemas de salud. d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. f. A la producción de insumos para la salud".*

El Ministerio de Salud fue enfático en afirmar que en el país *"sí se han utilizado órganos o tejidos fetales de docencia*[304] *y de investigación en salud"*. En demostración de lo aseverado ejemplifica con el proyecto Zika en Embarazadas y Niños (ZEN) que es liderado por tal ministerio y el INS, la Gobernación de Santander y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, que busca tratar los efectos adversos para la salud de gestantes, fetos y bebés infectados durante el embarazo y a largo plazo[305]. También informa que se realizan trasplantes que han demostrado eficacia y seguridad, entre estos, tejidos como la membrana amniótica[306] para el empleo en oftalmología entre otros campos. Por último, sostiene que una declaratoria de inexequibilidad no daría lugar a un vacío normativo que llevara a usos incorrectos de órganos o tejidos fetales. Así también fue corroborado por el *Centro de Estudios sobre Genética y Derecho de la Universidad Externado de Colombia* al poner de presente que el empleo de órganos, tejidos y otros componentes anatómicos estaba autorizado legalmente en Colombia desde 1979.

Adicionalmente, el trámite legislativo que cumplió la ley acusada y que se recogió en el punto 23 de esta decisión, permite observar que el objeto de la misma (art. 1º) está dado en *ampliar* la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, que según se explicó obedeció a la situación actual que vive el país por el *descenso dramático en la disponibilidad de componentes anatómicos* que se presenta desde el año 2013, lo cual se acredita con datos técnicos y estadísticos del Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes, que ha llevado a acrecentar el tiempo de espera (lista) y con ello alejar la esperanza de vida o de mejores condiciones[307].

De ahí que el articulado aprobado con la Ley 1805 de 2016, en contraposición del parágrafo demandado, expone contenidos normativos sobre prescindir de la oposición de los deudos y/o familiares cuando existe consentimiento expreso o aplique la presunción legal de donación[308]; dar claridad a la regulación de oposición a dicha presunción[309]; implementar estrategias de información a la población[310]; disponer las entidades del sector salud de recursos para promocionar la

---

[304] *Para la enseñanza de las ciencias de la salud se incluyen embriones y fetos de todas las edades gestacionales, cuya fuente es o debe ser, la donación altruista.*
[305] *30 de agosto de 2017. Boletín de prensa 116 de 2017. Investigaciones de Zika en embarazadas y niños avanza para descubrir efectos congénitos. Proyecto Zen.*
[306] *La amnio es la membrana interna del saco embrionario y fetal. Se utiliza en oftalmología par reconstruir y tratar lesiones de la superficie ocular, tanto en la córnea como en la conjuntiva, en tratamientos o quemaduras en, cirugía reparadora y maxilofacial. Tomado del Manual de Buenas Prácticas. Dirección provisión de servicios de salud hemocentro distrital Banco de Tejidos.*
[307] *La exposición de motivos registra que el proyecto de ley obedeció al bajo índice de donaciones en Colombia y, por tanto, a la escasez de componentes anatómicos disponibles, por lo que se buscó reformular la política de donación y trasplante como último recurso de sobrevivencia, en la pretensión de una mayor concientización y cooperación con quienes se encuentran en la lista de espera (Gaceta del Congreso 489 de 2014).*
[308] *Artículos 2º y 3º.*
[309] *Artículo 4º.*
[310] *Artículo 5º.*

donación[311]; justificar los rescates de órganos y tejidos, definir criterios únicos nacionales de distribución y asignación, establecer una máxima autoridad (INS) y garantizar la cadena de custodia[312]; contar las IPS con personal y técnicos idóneos para detectar en tiempo real a los potenciales donantes[313]; reglamentar el procedimiento de retiro de componentes anatómicos[314]; prohibir la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes[315]; determinar factores para ingresar a la lista de personas en espera de donación[316]; establecer bancos o entidades habilitadas para la obtención, extracción, procesamiento y distribución de tejidos o de médula ósea[317]; crear una Comisión Intersectorial de Calidad para actualizar la reglamentación sobre la materia[318]; instituir un criterio de prevalencia en trasplante[319]; permitir la donación por menores de edad[320]; determinar al INS como responsable del Registro Nacional de Donantes[321]; incrementar las penas por la comercialización de componentes anatómicos o contravenir la presente ley[322]; e implementar el sistema de Información Unificado de Componentes Anatómicos[323].

24.2. **Los contenidos mínimos del derecho fundamental a la salud que resultan comprometidos.** Este análisis en palabras de la Corte debe efectuarse consultando la naturaleza del derecho y sus contenidos mínimos, a partir de lo dispuesto en la Constitución Política, los tratados internacionales de derechos humanos, así como su interpretación autorizada[324].

Al respecto, basta con hacer referencia a los puntos 4, 5, 6, 11 y 13 de la presente decisión, que exponen principalmente: a) que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y que comprende el derecho al nivel más alto de salud posible; b) es un derecho fundamental autónomo con dimensiones positivas y negativas; c) comprende elementos esenciales e interrelacionados como disponibilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional; d) comporta principios como la universalidad, oportunidad, progresividad, eficiencia y solidaridad; e) involucra obligaciones para el Estado de respetar, proteger y garantizar; f) progresividad implica la satisfacción inmediata de niveles mínimos de protección y la prohibición de retroceder por el camino iniciado para asegurar la plena vigencia de los derechos; g) en materia de salud todo retroceso frente al nivel de protección alcanzado se presume inconstitucional y sujeto a un control estricto; h) la potestad de configuración del legislador se reduce cuando produzca una disminución en el nivel de protección alcanzado, teniendo una carga rigurosa de justificación; i) la investigación científica es un derecho fundamental, con una función social, que debe promoverse por el Estado y cuyo

---

[311] *Artículo 6º.*
[312] *Artículo 7º.*
[313] *Artículo 8º.*
[314] *Artículo 9º.*
[315] *Artículo 10.*
[316] *Artículo 11.*
[317] *Artículo 12.*
[318] *Artículo 13.*
[319] *Artículo 14.*
[320] *Artículo 15.*
[321] *Artículo 16.*
[322] *Artículos 17 y 18.*
[323] *Artículo 21.*
[324] *Cfr. sentencias C-503 de 2014 y C-536 de 2012.*

objetivo es el bien común; j) la ley estatutaria en salud reconoce el acceso a los servicios y tecnología de salud, y radica en el Estado una política de innovación, ciencia y tecnología en salud; y k) como todo derecho la investigación científica tiene límites.

De esta manera, con la medida legislativa acusada, que según se ha establecido viola el principio de progresividad, resultan comprometidos los contenidos básicos del derecho fundamental a la salud en su componente de investigación científica.

24.3. **Ausencia de justificación legislativa.** Al haberse verificado que la medida legislativa acusada es regresiva y compromete contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, corresponde ahora a la Corte analizar si el legislador dio cuenta de las razones por las cuales desacató el mandato de progresividad, ya que el Comité DESC ha indicado que *"las medidas de carácter deliberadamente retroactivo (…) requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto"*[325].

También ha acogido la jurisprudencia constitucional la realización de un *test estricto de proporcionalidad* de llegarse a comprobar que la medida adoptada es efectivamente regresiva, que exige por parte del legislador demostrar que con la medida restrictiva busca una finalidad constitucionalmente imperiosa, que es adecuada y necesaria, y resulta estrictamente proporcional en términos del costo-beneficio[326]. Como criterio de determinación de la justificación, se ha requerido por la Corte que la medida regresiva haya sido adoptada:

> *"´luego de un análisis serio de las distintas alternativas posibles dentro de las cuales la escogida resulta ser la menos costosa para el conjunto de derechos que se encuentren involucrados´, siempre que esté soportada en ´razones ciertas, claras, suficientes y contundentes´*[327]*. O también que las medidas regresivas ´fueron cuidadosamente estudiadas y justificadas, y representan medidas adecuadas y proporcionadas para alcanzar un propósito constitucional de particular importancia´ bajo la premisa de que ´no es necesario que la restricción promueva todos los derechos [del PIDESC]´*[328]*. Igualmente, la Corte ha considerado que las medidas regresivas no se encuentran justificadas cuando en el trámite legislativo no fueron discutidas las razones por las cuales la medida regresiva era necesaria, o cuando no fueron estudiadas otras alternativas menos lesivas, porque por ejemplo, ´no existen reportes sobre la existencia de un debate, en el curso del trámite legislativo de[la disposición demandada]´ o no ´existan datos precisos sobre la real afectación [del contenido del derecho en cuestión]´*[329]*. O debido a que ´no se vislumbra que la medida promueva la realización de otros derechos fundamentales´ y que la misma ´no fue acompañada de ninguna justificación de porqué (sic) una medida menos lesiva*

---

[325] *Consideración 10, Observación General 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1º del artículo 2º del Pacto). Cfr. sentencias C-503 de 2014 y C-536 de 2012.*
[326] *Sentencias C-644 de 2012 y C-444 de 2009.*
[327] *Consideración 5.6.3, Sentencia C-507 de 2008.*
[328] *Consideraciones 25 y 30, Sentencia C-038 de 2004.*
[329] *Consideración 5.6.3, Sentencia C-507 de 2008.*

no podía emplearse para el propósito de descongestión judicial"[330]. Sentencias C-503 de 2014 y C-644 de 2012.

Así las cosas, es claro que, en virtud del mandato de no regresividad, los cambios normativos que impliquen una disminución en las garantías de los derechos fundamentales como la salud (faceta positiva) deben estar debida o plenamente justificados -adecuada y suficientemente-, bajo razones constitucionalmente imperiosas que demuestren objetivamente la necesidad de adoptarlas[331].

Continuando el examen de constitucionalidad en el asunto *sub-júdice*, conforme al punto 23 de la presente decisión, halla esta Corporación que el parágrafo acusado vino a ser *incluido hasta el último debate* (cuarto) y *sin que mediara realmente una justificación* y menos un proceso de discusión mínima al interior del Congreso de la República, dado que solo se registra la afirmación *"en atención al escándalo que ha habido en los Estados Unidos"*[332].

Del recuento del trámite del proyecto de ley no se observa ciertamente exposición alguna de razones, ni que se hubiere cumplido un debate sobre el segmento normativo acusado, por lo cual se está ante la ausencia de justificación respecto de la medida regresiva adoptada, que fue avalada por la mayoría de la Corporación.

La introducción del nuevo asunto a cargo de la Senadora ponente Paloma Valencia atendió una proposición aditiva de la Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella, a la vez secundada por varios senadores[333], que estuvo justificada en la simple afirmación de un suceso acaecido en los Estados Unidos. De esta forma, el aparte impugnado nunca estuvo presente durante el debate legislativo hasta el momento previo de la aprobación del articulado en el cuarto debate, lo cual obedeció esencialmente a la premura con que se desarrolló la sesión plenaria ordinaria atendiendo la agenda (varios asuntos por discutir), el vencimiento del periodo de las sesiones ordinarias (16 dic./15) y la proximidad de la media noche como tiempo máximo para la aprobación del proyecto de ley.

Lo expuesto permite afirmar *ab initio* que la introducción en el cuarto debate del parágrafo demandado no contó con la debida o plena motivación requerida, ni tampoco con espacios de reflexión por parte del órgano deliberativo por excelencia como lo es el Congreso de la República (principio democrático). Ello releva en principio a la Corte de realizar mayores disquisiciones sobre la validez constitucional de la medida prohijada, particularmente de agotar cada uno de los pasos del test estricto de proporcionalidad exigido ante este tipo de situaciones. Era, entonces, indispensable exponer y discutir por ejemplo las razones por la cuales la medida regresiva resul-

---

[330] *Consideración 3.4.7, Sentencia C-372 de 2001.*
[331] *Sentencias C-028 de 2018 y C-077 de 2017.*
[332] *Gaceta del Congreso 91 de 2016, p. 97.*
[333] *La proposición aditiva registra como fecha de presentación el mismo día de la sesión plenaria del Senado, es decir, 16 de diciembre.*

taba necesaria valorando otras alternativas menos lesivas o que se pretendía promover la realización de otros derechos fundamentales o avanzar en el desarrollo de otras facetas del derecho a la salud, todo lo cual definitivamente debía acompañarse de los datos y estudios que evidenciaran la necesidad de una disminución en el nivel de protección alcanzado y que, además, observara parámetros de razonabilidad y proporcionalidad.

La intervención registrada en el presente asunto por la *Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella*, evidenciando que la inclusión del parágrafo acusado cuando se desarrolló el debate legislativo atendió a la investigación que adelantó el Congreso de los Estados Unidos en contra de la ONG *Planned Parenthood*, tras filtrarse un video que exponía cómo abortar un feto para preservar sus órganos con fines de investigación médica, y los recursos económicos asociados a compartir ese tejido con los científicos, para la Corte aun cuando la instancia para su exposición era la célula legislativa o se desprendiera que era la justificación en ese momento que podría encontrarse, finalmente echa de menos el proceso mínimo de argumentación y discusión parlamentaria (orfandad en la justificación) cuando se profiere este tipo de prohibiciones legislativas.

Como lo anotó el *Centro de Estudios sobre Genética y Derecho de la Universidad Externado de Colombia*, el parágrafo acusado no hizo parte del proyecto de ley original ni tampoco se registró en su trámite razón alguna que explicara la inclusión de la prohibición establecida. Consideró que se trató de un acontecimiento aislado -no de una práctica generalizada-, cuyo contexto legal y jurisprudencial en Estados Unidos no es coincidente con el previsto en Colombia, tampoco existía claridad en los términos en que resultaba prohibida la transferencia de tejidos fetales, ni fue fruto de una investigación judicial, para lo cual añadió que el país cuenta con un marco normativo y sancionatorio penal.

Dicho centro de estudios concluyó que el legislador no sustentó (carga argumentativa pertinente) la medida regresiva adoptada respecto del nivel de protección alcanzado, que ahora impide la utilización (órganos o tejidos de no nacidos abortados) terapéutica en la asistencia clínica, así como en proyectos de investigación dirigidos a nuevas estrategias en la prevención, tratamiento y cura de las enfermedades, con lo cual termina por suprimir la oportunidad de mayores expectativas de disponer del servicio de salud (posibles receptores), además de restringir el campo de actuación de los investigadores.

Comparte la Corte que se ha sustraído por el legislador, sin motivos jurídicamente relevantes (adecuados y suficientes) y con ausencia de deliberación pública, elementos de suma importancia en el ámbito de la asistencia clínica -derecho fundamental a la salud- y la investigación científica, encaminados a procurar el goce efectivo de un estado completo de bienestar físico, mental y social a la población colombiana, cuya utilización estaba ciertamente permitida. Así, se desconoció el derecho fundamental a la investigación científica por falta de justificación legislativa en la limitación del campo de acción, que a la vez afectó el derecho de las personas a participar de los beneficios del desarrollo científico, al impedir la posibilidad de aliviar el sufrimiento y mejorar la salud del individuo y de toda la comunidad[334]. Todo lo cual ocasiona la violación del derecho

[334] *Artículo 12 de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.*

fundamental a la salud en sus elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad y accesibilidad principalmente.

Como se estableció, llevó fundamentalmente al desconocimiento del principio de progresividad del derecho fundamental a la salud en su componente de investigación científica, toda vez que antes de la aprobación de la Ley 1805 de 2016 el ordenamiento jurídico vigente en Colombia permitía la utilización de órganos o tejidos de no nacidos abortados, y con fines de trasplante. De esta manera, al incumplir la carga argumentativa necesaria y ocasionar con la prohibición establecida mayores limitaciones en el campo de la investigación científica (disponibilidad y accesibilidad en el derecho a la salud), derivó en una clara regresividad en el nivel de protección constitucional alcanzado. Ello se refleja en la norma impugnada al limitar el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho, así como se adoptó inopinadamente sin que se basaran en estudios cuidadosos, y menos se analizaron alternativas diferentes o que fueran menos lesivas, todo lo cual termina por hacer excesiva la medida regresiva.

De esta forma derivó indubitablemente en una orden contraria a la investigación médica y los fines de la docencia (acceso al conocimiento). El *Grupo de Investigación en Anatomía para la Educación de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes* expuso que el uso de especímenes cadavéricos fetales representa una herramienta invaluable, procediendo a denotar el impacto directo tratándose del desconocimiento médico de las malformaciones fetales por el personal de salud[335], tanto para el profesional como para la población en general.

Es perceptible para este Tribunal la vulneración del principio de progresividad frente al nivel jurídico de protección constitucional alcanzado. La prohibición de donación y utilización de órganos o tejidos de no nacidos abortados, significa una regresión en el ejercicio del derecho fundamental a la salud (disponibilidad y accesibilidad), toda vez que se restringe inconstitucionalmente el progreso científico que se generaba con la investigación de tejidos fetales y que suponían progresos y hallazgos en materia de vacunas, medicamentos, defectos de nacimiento, repercusiones de virus como el Zika[336], causas de abortos espontáneos, etc.[337].

---

[335] *Afirma que "Para el profesional, reconocer la etiología, evidentemente multifactorial de estas alteraciones del desarrollo y las diferencias que entre éstas se encuentran permite no solo diagnósticar, sino definir la mejor conducta médica basada en la evidencia actual, asegurando el mejor tratamiento disponible a sus pacientes. Y el proceso de aprendizaje necesario para desarrollar estas destrezas, habilidades y competencias requiere el uso de especímenes reales que le permitan al profesional observar las estructuras y la disposición tridimensional de las mismas".*

[336] *Al margen de la intervención del Ministerio de Salud puede consultarse la página de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud que exponen que muestras de líquido amniótico o de tejidos fetales podrían ser de utilidad, aunque esto se reserva para la investigación.* https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/zika-embarazo.pdf

[337] *Al margen de la intervención del Ministerio de Salud puede consultarse un artículo del 7 de diciembre de 2015, Ciencia Kanija 2.0, sobre la investigación con tejido fetal se sostuvo: "Las cifras muestran que, en 2014, el NIH patrocinó 164 proyectos que usaban tejido fetal, con un coste de 76 millones de dólares. Esto es algo menos de la mitad de lo que la agencia gasta en trabajos con células madre embrionarias humanas (células ES), que también han sido muy controvertidos, y el 0,27% del gasto total de 27 900 millones de dólares en investigación. (En comparación, el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido gastó el 0,16% — 1,24 millones de libras (1,9 millones de dólares) — sobre su presupuesto total en investigación en cinco proyectos que implicaban tejido fetal durante 12 meses hasta marzo de 2015). El análisis de los proyectos del NIH demuestra que el tejido se usó principalmente para investigación de enfermedades infecciosas, especialmente VIH/SIDA; en el estudio de la función y enfermedades de la retina; y en estudios de desarrollo normal y anómalo del feto".* https://cienciakanija.wordpress.com/2016/02/18/analisis-sobre-la-investigacion-con-tejido-fetal/

La medida legislativa acusada se expone regresiva respecto a la investigación en salud y el potencial existente en la generación de conocimiento. El *Centro de Estudios sobre Genética y Derecho de la Universidad Externado de Colombia* encuentra con la disposición demandada vulnerados los derechos a la salud, la libertad de investigación científica y a participar en los beneficios del desarrollo científico. Asegura que la escasez de órganos y tejidos para usos terapéuticos y no solo para trasplantes, hace que un buen número de personas que los necesitan para sobrevivir o para mejorar su calidad de vida, permanezcan más allá del tiempo clínicamente requerido en una lista de espera e incluso lleguen a morir sin tener acceso a la posibilidad de restablecer la salud.

Estas posiciones que la Corte resalta y comparte fueron secundadas en el trámite del asunto con otras intervenciones por algunos expertos en la materia, que se traen a colación por su relevancia en la resolución del presente asunto.

En *amicus curiae* del *doctor Carlos María Romeo Casabona* se afirma que se está ante una inconstitucionalidad por acción toda vez que la norma legal cuestionada termina *postergando* la tutela efectiva del derecho fundamental a la salud, sin que se le enfrente en realidad ningún otro derecho de igual naturaleza o a un bien constitucional que justifique prohibición alguna relativa a la obtención de materiales biológicos de embriones o fetos para su trasplante. Hace notar que comporta una *limitación carente de justificación* al impedir que órganos o tejidos embrionarios o fetales puedan destinarse a su trasplante para personas que lo requieren, como procedimiento terapéutico que paulatinamente se ha extendido y permitido mejorar las expectativas de salud o vida de sus beneficiarios.

Agrega que gracias a la investigación científica en el ámbito clínico-médico-quirúrgico los trasplantes de órganos, tejidos y otros componentes anatómicos se han convertido en un recurso terapéutico en constante expansión, que ha salvado vidas o ha mejorado su calidad a miles de personas en todo el mundo, acogiendo importancia los componentes biológicos de embriones y fetos humanos, en particular las células troncales o madre, que permiten el desarrollo de líneas celulares específicas para su injerto en pacientes con pérdida funcional de células y tejidos (medicina regenerativa).

También el *Comité de Bioética INCUCAI, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, de la Presidencia de la Nación, Buenos Aires*, expone que el avance científico demostrará la utilidad hacia el futuro de la investigación y su impacto en la salud pública. Por ello considera que la investigación básica y clínica debe considerarse hoy como un pilar fundamental y parte de la responsabilidad del Estado en el rol de garante de la atención de la salud y del ejercicio pleno de tal derecho.

Adicionalmente, el *Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social PAIIS de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes* apunta que la restricción a la donación de órganos o tejidos fetales se traduce también en una violación del derecho a la salud de los neonatos (niños o niñas), porque se limita el acceso al derecho a la salud y al tratamiento necesario para restablecerla (necesidad de células madre), cuando el artículo 44 de la Constitución establece que sus

derechos prevalecen sobre los demás[338]. Añade que no solo se está restringiendo a los niños y niñas de la cura de aquellas enfermedades que se ha comprobado pueden ser curadas con el uso de células madre, sino también el acceso a órganos o tejidos que pueden permitirles sobrevivir o recuperar el uso de uno de sus órganos.

Finalmente, cabría agregar que aun cuando la Ley 1805 de 2016 tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, el parágrafo acusado que hace parte de dicha legislación, va en contravía de su teleología al prohibir la donación y utilización de órganos o tejidos de los "niños no nacidos abortados". Entonces, además de implicar una restricción injustificada cuando el objeto de la ley es la ampliación de la presunción legal de donación, definitivamente terminó desatendiendo la realidad social que llevó a la aprobación de la ley, con mayor razón tratándose de asuntos complejos y de la mayor relevancia jurídica, que imponían una motivación y un proceso de reflexión pública necesario.

Subregla de decisión

A partir de los distintos cargos formulados la Corte se pronunció de fondo, en primer lugar, respecto a si el parágrafo acusado desconocía el principio de progresividad del derecho a la salud en su componente de investigación científica, debido a que el legislador no justificó suficientemente la medida de prohibición de donación y utilización de órganos o tejidos de los "niños no nacidos abortados".

Al examinar la medida legislativa adoptada se encuentra que no se satisfizo la carga argumentativa necesaria y adecuada para su aprobación, por cuanto el Congreso de la República en ninguna de las discusiones justificó la necesidad de una disminución en el nivel de protección alcanzado en relación con la investigación y trasplante, y bajo criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Pudo verificarse que con antelación a la Ley 1805 de 2016 existía un marco legal y reglamentario en materia de uso y donación de órganos o tejidos que incluía los fetales con fines de investigación en salud, además de las investigaciones en curso como lo afirmó el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

Por tal razón, se incurrió en un retroceso en relación con la disponibilidad de componentes anatómicos para efectuar investigación científica que podría suponer avances en materia de vacunas, medicamentos, tratamientos para virus, etc. Específicamente, se impidió el avance sobre ciertas enfermedades graves, la posibilidad de trasplantes de membrana amniótica para uso en

---

[338] *Expone que "uno de los mayores ejemplos es la anemia neonatal la cual ´tiene su origen en pérdidas sanguíneas, procesos destructivos de los GR o falta de producción. Las anemias secundarias a pérdidas hemáticas pueden originarse anteparto (hemorragia feto-materna o fetal), intraparto (accidentes obstétricos o malformaciones de los vasos de cordón o placenta) o posparto (hemorragias internas, exceso de extracciones sanguíneas). (Arca, G. & Carbonell-Estrany, X. (2008). Anemia neonatal. Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Retrieved February 17, 2018, from). Uno de los tratamientos más efectivos para la anemia es el uso de células madre el cual es reconocido por sus propiedades regenerativas en la sangre. Esta, entre muchas otras enfermedades, podrían ser curadas con el uso de órganos o tejidos fetales en adultos y especialmente en niños y niñas".*

oftalmología y el uso de células madre para curar a los niños y niñas en casos de diabetes, polio y anemia.

En Colombia, como se sostuvo en las intervenciones presentadas, la escasez de órganos o tejidos para usos terapéuticos -no solo trasplantes- hace que un buen número de personas que los necesitan para sobrevivir o para mejorar su calidad de vida, permanezcan más allá del tiempo clínicamente idóneo en lista de espera e, incluso, lleguen a morir. De esta forma, al no existir una razón válida constitucionalmente para fundamentar la prohibición legal, se impide la utilización terapéutica en la asistencia clínica, así como su empleo en proyectos de investigación dirigidos a encontrar nuevas estrategias en la prevención, tratamiento y cura de enfermedades, suprimiendo la oportunidad de conservar la salud y la vida de los posibles receptores, además de restringir el campo de los investigadores.

Expertos en la materia expusieron que la medida examinada comporta una restricción al derecho a la salud carente de cualquier justificación, pues limita que órganos o tejidos embrionarios o fetales sean trasplantados a personas que lo necesiten como procedimiento terapéutico que se ha extendido de forma constante y ha mejorado las expectativas de vida o de salud de sus beneficiarios. Tales avances han despertado cierta posibilidad de cura de enfermedades como el Alzheimer, Huntington o Corea de Huntington y Parkinson.

De este modo, la Corte halla la exclusión del sistema de salud a toda una población de los beneficios de la investigación científica y del acceso al conocimiento, como esperanza de conservación de la vida y dignidad de las personas, que ya se encontraba incluido en una normatividad legal y reglamentaria destinada a asegurar contenidos propios del derecho fundamental a la salud en cuanto acceso y disponibilidad, constituye una medida regresiva respecto a la cual no se encontró justificación constitucional alguna, por lo que al constatar la involución en materia de salud, bajo la presunción de inconstitucionalidad ante la ausencia de razones constitucionales por el Congreso de la República, y conforme a los juicios de valor y pruebas recaudadas, declarará la inexequibilidad del aparte impugnado.

En esa medida, no se pronunciará sobre los demás cargos de inconstitucionalidad que exponían una ambigüedad e incoherencia normativa, la violación del derecho a la igualdad y la afectación de los derechos reproductivos de las mujeres por obstaculizar el acceso legítimo a la IVE de forma segura y sin limitaciones temporales, así como el desconocimiento del principio de unidad de materia (fenómeno de sustracción de materia).

VI. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero. Levantar la suspensión de los términos en el presente asunto.

Segundo. Declarar **inexequible** la expresión *"no pueden ser donados ni utilizados órganos o tejidos de los niños no nacidos abortados"*, contenida en el parágrafo 2º del artículo 2º de la Ley 1805 de 2016.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, cúmplase y archívese el expediente.

2. NORMATIVA.

2.1. DECRETOS.

2.1.1. Decreto 1818 de 2019.

Por el cual se modifica el Titulo 2 de la Parte 1 del libro 2 del Decreto 780 de 2016", Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la inclusión en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT del Sistema General de Pensiones y del Sistema de Subsidio Familiar

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 15 de la Ley 797 de 2003, modificado por el artículo 32 de la Ley 1911 de 2018, y

CONSIDERANDO

Que, de conformidad con lo señalado en el artículo 15 de la Ley 797 de 2003, modificado por el artículo 32 de la Ley 1911 de 2018, corresponde al Gobierno nacional definir el diseño, la organización y el funcionamiento del Registro Único de Afiliados a los Sistemas Generales de Pensiones, Salud, Riesgos Laborales, al SENA, al ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar, y de los beneficiarios de la Red de Protección Social Integral.

Que el artículo 2.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compiló el artículo 11 del Decreto 2353 de 2015, creó el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT, para el registro y consulta de la afiliación y novedades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, a través del Decreto 2058 de 2018, se modificó el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 "Sistema de Afiliación Transaccional" del citado Decreto 780 de 2016, en el sentido de incluir en dicho Sistema, el Sistema de Riesgos Laborales.

Que, en el documento CONPES 3956, expedido el 8 de enero de 2019, se recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social garantizar la cobertura del portal único transaccional, a los demás trámites y requerimientos del Sistema de Seguridad Social, con el objeto de simplificarlos; y al Ministerio del Trabajo, el de virtualizar en un portal transaccional todos los trámites asociados al empleado en los subsistemas de pensiones y subsidio familiar.

Que dichas acciones deberán converger en la integración y articulación en una plataforma de todos los trámites, tanto para empleadores como empleados, relacionados con salud, pensión, riesgos laborales y cajas de compensación, que faciliten el registro de la afiliación y el reporte de novedades.

Que, en el mismo sentido, se establece que los Ministerios de Salud y Protección Social, del Trabajo y de Comercio, Industria y Turismo, deben iniciar la planeación y estructuración de la

articulación de las plataformas de sus entidades, con el fin de lograr la interoperabilidad de la información.

Que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con lo previsto en los numerales 16 y 23 del artículo 2 del Decreto ley 4107 de 2011 participar en la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información en pensiones, y definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales.

Que, conforme con lo expuesto, se hace necesario incluir en el Sistema de Afiliación Transaccional los datos de información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Pensiones y en el Sistema de Subsidio Familiar, con el fin de contribuir a la materialización de la política de formalización empresarial.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1. Modificar el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

"TITULO 2

SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL

"ARTÍCULO 2.1.2.1. Creación del Sistema de Afiliación Transaccional. Créase el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar, reportar y consultar, en tiempo real, los datos de información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en los Sistemas de Seguridad Social Integral y el Sistema de Subsidio Familiar.

Una vez el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación, este será el medio para el registro de la afiliación y el reporte de novedades; sin perjuicio de las plataformas o demás medios tecnológicos de que dispongan los administradores del Sistema General de Pensiones y del Sistema de Subsidio Familiar, cuya información relativa a la afiliación y reporte de novedades de sus afiliados, en todo caso, deberá ser reportada ante el SAT.

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la administración del SAT, determinará las transacciones que puedan realizar los diferentes actores de acuerdo con sus competencias y los niveles de acceso que se definan, y establecerá la responsabilidad de cada uno de ellos en el registro y reporte de la información, la estructura de datos y los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información de este.

Las transacciones que pueden realizar los diferentes usuarios, de acuerdo con las competencias de estos y los niveles de acceso que se definan, para el Sistema General de Pensiones y el Sistema de Subsidio Familiar deben ser determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social conjuntamente con el Ministerio del Trabajo.

Este Sistema podrá interoperar con los sistemas de información y procesos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo y con otros relacionados.

La información contenida en el Sistema de Afiliación Transaccional y su manejo estarán sujetos a las disposiciones sobre protección de datos regulados por la Ley 1581 de 2012 y las normas que la reglamentan o sustituyan.

El Sistema de Afiliación Transaccional permitirá a los prestadores, las administradoras, los afiliados, las entidades públicas y privadas responsables del recaudo y de la inspección, vigilancia y control del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y al Sistema de Subsidio Familiar consultar la información allí registrada en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial la referente al estado de pagos de las cotizaciones. Este Sistema podrá interoperar con la PIanilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.

La ·información sobre las personas que se encuentran en mora deberá estar disponible para efectos del reporte de que trata el artículo 5 de la Ley 828 de 2003, y para la verificación de la información en el Registro Único de Proponentes prevista en la mencionada ley.

ARTÍCULO 2.1.2.2. Elementos del Sistema de Afiliación Transaccional. Constituyen elementos básicos del Sistema de Afiliación Transaccional, los siguientes:

1. La información de referencia para la correcta identificación de los afiliados, construida a partir de la información reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y cualquier otra entidad que tenga a su cargo la expedición de documentos de identidad de nacionales y residentes extranjeros; la verificación de la población potencialmente beneficiaria de subsidios; la verificación de supervivencia, la identificación inicial del recién nacido y la relación de parentesco de este con la madre; el control de las afiliaciones colectivas, la integridad y consistencia de la información reportada por afiliados y aportantes; y toda aquella información que los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo consideren relevante para el cumplimiento de los objetivos definidos para la información de referencia y en el marco de su competencia.

2. La información de referencia que permita controlar la multiafiliación al interior del Sistema de Seguridad Social Integral, al Sistema de Subsidio Familiar y entre estos y los regímenes Especial y de Excepción, cuando apliquen.

3. La información de referencia que permita validar los datos que se ingresen al Sistema.

4. El registro oficial de todos los aportantes, afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social Integral y del Sistema de Subsidio Familiar, su identificación, estado de pago de las cotizaciones y demás información relacionada con la afiliación y reporte de novedades que los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo consideren relevante, en el marco de sus competencias.

5. Las reglas de afiliación y novedades contenidas en las disposiciones vigentes que soportan las validaciones para el registro de estas y que permiten controlar la calidad de los datos y la integridad de la información.

6. La plataforma tecnológica y de comunicaciones que soporte este Sistema.

ARTÍCULO 2.1.2.3. Soportes documentales en el Sistema de Afiliación Transaccional. La identificación y datos básicos de los afiliados serán validados contra la información de referencia disponible. Si la información es coincidente no será necesario allegar documentación soporte. Si no es coincidente o no existe en la información de referencia, el Sistema dispondrá de los medios para la recepción, clasificación y recuperación de soportes digitales en aquellos casos en los que sea necesario aportar documentos o datos adicionales para acreditar la identificación, la condición de beneficiarios y los demás que se requieran.

PARÁGRAFO. El Sistema de Afiliación Transaccional en lo que tiene que ver con el Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá validar la condición de beneficiario con base en las tablas de referencia de que disponga, caso en el cual no serán exigibles los soportes documentales. Cuando se alleguen soportes documentales para acreditar la condición de beneficiario, las EPS y demás EOC serán responsables de validar ésta condición.

ARTÍCULO 2.1.2.4. Identificación de los afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y al Sistema de Subsidio Familiar. Los datos básicos de identificación de los afiliados que se ingresen al Sistema de Afiliación Transaccional deberán coincidir con la información de referencia. El Sistema contará con las validaciones correspondientes con el fin de impedir el ingreso de identificaciones inexistentes o datos básicos errados. Estos datos solo pueden ser modificados con el soporte del acto administrativo o el acto proferido por la autoridad competente.

En el Sistema de Afiliación Transaccional por cada afiliado existirá un único registro, con independencia de los documentos de identidad con los cuales se le asocie. El Sistema dispondrá los instrumentos que permitan la correlación entre los diferentes documentos expedidos para una persona por la entidad competente.

Las Entidades Promotoras de Salud - EPS y las demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, las Administradoras de Pensiones y las Cajas de Compensación Familiar deberán adoptar medidas tendientes a evitar que los

errores e inconsistencias en los datos básicos de identificación de los afiliados, afecte la continuidad de la prestación de los servicios de salud y el reconocimiento de derechos a cargo de dichos sistemas, de conformidad con la normativa vigente que rige para cada uno.

ARTÍCULO 2.1.2.5. Transición al Sistema de Afiliación Transaccional. El Sistema de Afiliación Transaccional entrará en operación de forma gradual. Inicialmente realizará la verificación de datos básicos del afiliado. En los casos en que el registro de un afiliado no sea coincidente con la información de referencia, el afiliado deberá actualizar sus datos básicos a través del Sistema de Afiliación Transaccional, o en cumplimiento del artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012, el administrador del Sistema podrá corregir los errores de citas, ortografía, mecanografía, aritméticos o similares, con base en la información de referencia.

Si el documento de identidad no figura o no coincide con la información de referencia, tratándose de mayores de edad no ingresarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema de Afiliación Transaccional y para el caso de los menores de edad, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el plazo y los términos para su ingreso.

Constituye obligación de los afiliados proveer las pruebas necesarias para su correcta identificación y validación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

PARÁGRAFO. Las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud que, a la fecha en la que empiece a operar el Sistema de Afiliación Transaccional, se encuentren incluidas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) se considerarán registradas en dicho Sistema e inscritas en la EPS o EOC en la que venían afiliadas, siempre y cuando sus datos básicos se encuentren correctamente registrados y validados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso esta validación podrá afectar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, y la EPS y demás EOC deberán adelantar las gestiones para la corrección en un plazo no mayor de un (1) mes al requerimiento que le formule el administrador del Sistema. Vencido dicho término sin que se hubieren validado los datos básicos del afiliado, se suspenderá el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación-UPC hasta cuando se produzca la validación de estos afiliados.

ARTÍCULO 2. Vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación y modifica el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.1.2. Decreto 1765 de 2019.

Por el cual se modifican los artículos 6, 7, 21, 22 y 23 del Decreto 2462 de 2013, en relación con algunas competencias de la Superintendencia Nacional de Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÜBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades, en especial las conferidas por el numeral 16 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 54 de la Ley 489 de 1998, y

CONSIDERANDO

Que el Decreto 2462 de 2013 modificó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, cuya función principal es la de ejercer inspección, vigilancia y control integral respecto de los sujetos del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011.

Que corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco del citado decreto, autorizar a los sujetos de inspección, vigilancia y control integral de dicha entidad administrativa, las modificaciones a su razón social, naturaleza jurídica, estatutos, cambios de la composición de la propiedad, al igual que las escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos y contratos.

Que, es necesario circunscribir el alcance de algunas funciones de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud frente a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las empresas de medicina prepagada y el servicio de ambulancia prepagado, con el ánimo de centrar sus esfuerzos en garantizar el aseguramiento y la gestión de la prestación del servicio de salud a cargo de dichas entidades y empresas.

Que la Superintendencia Nacional de Salud también vigila a las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, frente a las cuales debe enfocar-su alcance en operaciones que impacten la prestación del servicio de salud y la supervisión orientada en riesgos.

Que, por lo anterior, se hace necesario modificar algunas competencias de la Superintendencia Nacional de Salud y actualizar el contenido de algunas funciones

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1·. Modifíquese el artículo 6 del Decreto 2462 de 2013, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 6. Funciones**. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Dirigir, coordinar y ejecutar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud.

3. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la administración de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos.

4. Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

5. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, propendiendo que los actores del mismo suministren la información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Inspeccionar, vigilar y controlar las actividades en salud de las compañías de seguros, incluyendo las que administren el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT y las Administradoras de Riesgos Laborales, de conformidad con la normativa vigente, sin perjuicio de las competencias asignadas a otros organismos de inspección, vigilancia y control.

8. Ejercer inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control y la prestación de servicios de salud, de conformidad con sus competencias y en los términos señalados en la normativa vigente.

9. Vigilar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud, así como de los deberes por parte de los diferentes actores del mismo.

10. Inspeccionar, vigilar y controlar que la prestación de los servicios de salud individual y colectiva, se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en los diferentes planes de beneficios, sin perjuicio de las competencias asignadas, entre otras autoridades, a la Superintendencia del Subsidio Familiar, la Superintendencia de la Economía Solidaria y la Superintendencia Financiera.

11. Ejercer la facultad jurisdiccional y de conciliación en los términos establecidos en la ley.

12. Coordinar con los demás organismos del Estado que tengan funciones de inspección, vigilancia y control, las acciones que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

13. Proponer estrategias y adelantar acciones para que Los sistemas de información de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, sean interoperables con los demás sistemas de información existentes y que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la Entidad.

14. Promocionar y desarrollar mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario, en los temas de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud.

15. Inspeccionar, vigilar y controlar la efectiva ejecución de rendición de cuentas a la comunidad, por parte de los sujetos vigilados.

16. Calcular, liquidar, recaudar y administrar la tasa que corresponda sufragar a las entidades sometidas a su inspección, vigilancia y control, de conformidad con la normativa vigente.

17. Velar por la idoneidad de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud a través, entre otras, de la autorización o revocatoria del funcionamiento y la habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente. Para efectos del presente decreto se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficiarios de Salud - EAPB, las enunciadas en el numeral 121.1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 y las normas que las modifiquen o adicionen.

18. Aprobar los planes voluntarios de salud y las tarifas, en los términos establecidos en el artículo 38 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

19. Ejercer la inspección, vigilancia y control del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en los sujetos vigilados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la normativa vigente.

20. Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre la ejecución de los recursos destinados a la salud en las entidades territoriales.

21. Ejercer la inspección vigilancia y control sobre la explotación, organización y administración del monopolio rentístico de licores; las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares; quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas; las rentas de salud originadas en impuestos y sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado; el IVA cedido al Sector Salud y demás rentas; así como, sobre la oportuna y eficiente explotación, administración y aplicación de dichas rentas.

22. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades.

23. Ejercer la inspección, vigilancia y control del recaudo y aplicación de los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar en los términos del artículo 53 de la Ley 643 de 2001 o aquella que la modifique o subrogue.

24. Autorizar o negar previamente a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier

25. Autorizar o negar previamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, cualquier modificación estatutaria relacionada con la disminución de capital y ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de servicios de salud.

26. Realizar los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otras acciones y medidas especiales aplicables a las entidades promotoras y prestadoras, que permitan garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, cuando concurran las causales previstas en la ley y en ejercicio de su función de control.

27. Adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, prestadores de servicios de salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como intervenir técnica y administrativamente a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces.

28. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud en los casos en que se adelanten procesos de liquidación voluntaria en los sujetos vigilados.

29. Adelantar los procesos administrativos, adoptar las medidas que se requieran y trasladar o denunciar ante las instancias competentes, en los términos establecidos en la normativa vigente, las posibles irregularidades que se puedan estar generando por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

30. Fijar los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando estos no estén sujetos a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad, de conformidad con la normativa vigente, con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia y a las instrucciones de la Contaduría General de la Nación.

31. Suspender, en forma cautelar hasta por un año, la administración de los recursos públicos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando así lo solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, como consecuencia de la evaluación por resultados establecida en la ley.

32. Sancionar a las entidades territoriales que reincidan en el incumplimiento de los indicadores de gestión en los términos establecidos en la ley, previa evaluación de los informes del Ministerio de Salud y Protección Social.

33. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o quien administre estos recursos y a los demás sujetos vigilados del Sistema General de Seguridad Social, incluidos los regímenes Especial y de Excepción, contemplados en la Ley 100 de 1993.

34. Autorizar los traslados entre las entidades aseguradoras, sin tener en cuenta el tiempo de permanencia, cuando se ha menoscabado el derecho a la libre escogencia de prestadores de servicios de salud o cuando se constate que la red de prestadores prometida al momento de la habilitación no sea cierta.

35. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control para que las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga · sus veces, cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que desarrollan la función administrativa e imponer las sanciones a que haya Jugar.

36. Avocar de oficio o a petición de parte, el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o la entidad que haga sus veces cuando se evidencia la vulneración de los principios que desarrollan la función administrativa.

37. Desarrollar el procedimiento administrativo sancionatorio, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción y doble instancia, con sujeción al artículo 128 de la Ley 1438 de 2011 o las disposiciones que lo modifiquen o sustituyan.

38. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a los sujetos vigilados, en cuyo desarrollo se podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico-paciente y el respeto de los sujetos vigilados por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

39. Realizar funciones de inspección, vigilancia y control a fin de garantizar que se cumplan los criterios de determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

40. Adelantar acciones de inspección, vigilancia y control para que las instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adopten y apliquen un código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines señalados en la ley.

41. Implementar y apoyar la gestión del Defensor del Usuario en Salud, en el ámbito de su competencia, en coordinación con la Defensoría del Pueblo.

42. Vigilar el cumplimiento del régimen de inversiones expedido para los sujetos vigilados.

43. Ejercer control posterior y selectivo sobre los programas publicitarios de los sujetos vigilados, con el fin de asegurar que se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica, económica y social del servicio promovido y a los derechos de información debida.

44. Promover, a solicitud escrita de los representantes legales del respectivo empresario o empresarios o de uno o varios acreedores o de oficio, tratándose de empresarios o empresas sujetos a su vigilancia o control, los acuerdos de reestructuración de pasivos, de conformidad con las causales previstas en las normas vigentes.

45. Ejercer inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas que impongan condiciones especiales para la atención de nuevas patologías, incluyendo las enfermedades mentales, catastróficas o de alto riesgo y las huérfanas, en el campo de su competencia y conforme a la normativa vigente.

46. Definir el conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados, así como los indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia, acordes con el Sistema General de Seguridad
Social en Salud conforme a lo previsto en la normatividad vigente.

47. Conocer y fallar en derecho en primera o única instancia, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los conflictos y asuntos previstos en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 o en las normas que lo modifiquen o sustituyan.

48. Conciliar de oficio o a petición de parte, los conflictos que surjan entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en el artículo 38 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 135 de la Ley 1438 de 2011 y las demás normas que la reglamenten, modifiquen o sustituyan.

49. Las demás que determine la ley."

ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 7 del Decreto 2462 de 2013, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 7. Funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud.** Son funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud, las siguientes:

1. Dirigir la acción administrativa de la Superintendencia Nacional de Salud y el cumplimiento de las funciones que a la entidad le corresponden.

2. Dirigir, coordinar y ejecutar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Ejercer la representación legal de la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Nombrar, remover y distribuir a los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con las disposiciones legales.

5. Impartir a los sujetos vigilados, las directrices e instrucciones para el debido cumplimiento de las disposiciones que regulan su actividad.

6. Impartir las instrucciones a los sujetos vigilados, sobre la manera como deben administrar los riesgos propios de su actividad.

7. Emitir órdenes dirigidas a los sujetos vigilados, para que suspendan prácticas ilegales o no autorizadas y para que adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento, so pena de sanción en los términos previstos en la ley.

8. Definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud.

9. Expedir los instructivos para que los sujetos vigilados resuelvan oportunamente las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, determinando, entre otros aspectos, los eventos en que se atribuirán efectos positivos a las reclamaciones no atendidas, los casos en que la Superintendencia Nacional de Salud actuará como segunda instancia y las sanciones que correspondan de acuerdo con la ley.

10. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos señalados en la ley.

11. Coordinar con los demás organismos del Estado que tengan funciones de inspección, vigilancia y control, las acciones que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

12. Autorizar, de acuerdo con la normativa vigente, los procedimientos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos y otros mecanismos aplicables a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, que permitan garantizar la adecuada prestación de estos.

13. Ordenar la toma de posesión y la correspondiente intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar a los sujetos vigilados que cumplan funciones de explotación o administración u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB o prestadores de servicios de salud de cualquier naturaleza; así como intervenir técnica y administrativamente las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, cualquiera que sea la denominación que le otorgue el ente territorial en los términos de la ley y los reglamentos.

14. Determinar la información que deben presentar los sujetos de inspección, vigilancia y control a la Superintendencia Nacional de Salud.

15. Garantizar la idoneidad de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud a través, entre otras, de la autorización o revocatoria para el funcionamiento y habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente, cualquiera que sea su naturaleza o régimen.

16. Autorizar o negar previamente a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos y contratos.

17. Autorizar o negar previamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, cualquier modificación estatutaria relacionada con la disminución de capital y ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de servicios de salud.

18. Aprobar los planes voluntarios de salud y las tarifas, en los términos establecidos en el artículo 38 de la Ley 1438 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya.

19. Impartir las directrices a los sujetos vigilados para el cumplimiento del régimen de inversiones.

20. Designar a la persona que actuará como promotor en los acuerdos de reestructuración de pasivos de los empresarios o empresas sometidas a su inspección, vigilancia y control, de conformidad con las causales previstas en las normas vigentes.

21. Expedir el procedimiento administrativo sancionatorio, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción y doble instancia, con sujeción al artículo 128 de la Ley 1438 de 2011 o a las disposiciones que lo modifiquen o sustituyan.

22. Fijar los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando no estén sujetos a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad.

23. Trasladar a la Superintendencia de Industria y Comercio y demás entidades competentes, las posibles situaciones de abuso de posición dominante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

24. Conformar las Juntas Técnico - Científicas de Pares, en los términos previstos en la Ley 1438 de 2011.

25. Delegar, cuando lo considere conveniente, en las entidades territoriales las funciones autorizadas por la ley.

26. Dirigir los procesos de comunicación institucional, programas y proyectos de comunicación externa orientados a divulgar entre los ciudadanos y entre los sujetos vigilados la misión, los programas y las principales tareas de la entidad en beneficio de la protección de los usuarios de la salud y de la eficiencia del Sistema de Seguridad Social en Salud.

27. Conocer y fallar en segunda instancia los procesos administrativos sancionatorios de conformidad con las funciones establecidas en la ley y en el presente decreto.

28. Conocer y fallar, en segunda instancia, los procesos disciplinarios que se adelanten contra los servidores y ex servidores públicos de la Superintendencia.

29. Conocer y resolver en segunda instancia los recursos interpuestos por los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en relación con los informes de gestión de aquellos, de conformidad con lo señalado en el numeral 74.4 del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya.

30. Adoptar el modelo de inspección, vigilancia y control que debe ser aplicado por la Superintendencia Nacional de Salud y por las entidades que por previa delegación ejerzan dicha competencia, para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los riesgos sistémicos.

31. Las demás que establezca la ley o el reglamento."

ARTÍCULO 3. Modifíquese el artículo 21 del Decreto 2462 de 2013, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 21. Funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional.** Son funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional, las siguientes:

1. Ejercer inspección y vigilancia integral de los sujetos vigilados individualmente considerados, sobre el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo criterios de priorización y focalización, aplicando el modelo de supervisión adoptado por el Superintendente Nacional de Salud y las metodologías e instrumentos diseñados y adoptados por la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo.

2. Ejercer la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente y recomendar al Superintendente Nacional de Salud la autorización, revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento o habilitación, en el marco de competencias previstas en la ley.

3. Formular recomendaciones al Superintendente Nacional de Salud para autorizar o negar previamente a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición o de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos y contratos, y otros mecanismos aplicables con fundamento en los estudios adelantados por las direcciones adscritas a esta Delegada.

4. Autorizar o negar previamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las operaciones relacionadas con la disminución de capital y ampliación de objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

5. Ejercer la inspección y vigilancia para asegurar la libre elección de aseguradores y prestadores, por parte de los usuarios, de conformidad con la política, regulación y directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Ejercer la inspección y vigilancia para asegurar la garantía de la calidad en la atención y prestación de servicios de salud, de conformidad con la política, regulación y directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Autorizar los traslados entre las entidades aseguradoras o las que hagan sus veces, sin tener en cuenta el tiempo de permanencia cuando se ha menoscabado el derecho a libre escogencia de Prestadores de Servicios de Salud o cuando se constate que la red de prestadores prometida al momento de la habilitación no está funcionando.

8. Ejercer la inspección y vigilancia de la prestación de los servicios de salud acorde con los diferentes planes de beneficios, planes adicionales de salud contemplados en las normas que regulen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las actividades en salud derivadas del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

9. Ejercer la inspección y vigilancia de la prestación de los servicios de salud a las personas que no están cubiertas por los subsidios a la demanda.

10. Ejercer la inspección y vigilancia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, conforme a los requisitos definidos por el Gobierno Nacional.

11. Ejercer inspección y vigilancia a la prestación de los servicios de salud individual y colectiva, verificando que se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en los diferentes planes de beneficios, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar, la Superintendencia de la Economía Solidaria y la Superintendencia Financiera, de conformidad con el modelo de supervisión adoptado por el Superintendente Nacional de Salud y las metodologías e instrumentos diseñados y adoptados por la Oficina de Metodología y Análisis de Riesgos.

12. Ejercer inspección y vigilancia, sobre la ejecución de los recursos asignados a las acciones de salud pública, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, así como a los recursos del orden municipal, departamental y nacional que de manera complementaria se asignen para tal fin.

13. Ejercer inspección y vigilancia sobre la correcta implementación por parte de los sujetos vigilados del plan de intervenciones colectivas, el plan decenal de salud pública, plan operativo anual de salud pública, planes de atención básica y los demás que se adopten de conformidad con la ley.

14. Ejercer inspección y vigilancia sobre la organización, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud y autorizar la modificación o ampliación de la cobertura de los sujetos vigilados, con la cual se garantice la prestación de servicios de salud previstos en los diferentes planes de beneficio que cada entidad administre.

15. Ejercer inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a las secretarias de salud o la entidad que haga sus veces, y recomendar al Superintendente Nacional de Salud avocar el conocimiento de los asuntos que conozcan dichas secretarlas, cuando se evidencie la vulneración de los principios que desarrollan la función administrativa.

16. Autorizar de forma integral las modificaciones de cobertura geográfica, poblacional o mixta que presenten las diferentes Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB.

17. Ejercer inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los criterios de determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces.

18. Emitir concepto para decretar la intervención o toma de posesión para administrar a las entidades vigiladas, cuando se afecte gravemente la prestación del servicio.

19. Ejercer inspección y vigilancia de los sujetos vigilados, individualmente considerados, en relación con el cumplimiento de sus obligaciones específicas en materia de generación, flujo, administración, recaudo y pago oportuno y completo de los aportes y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

20. Impartir las directrices para la inspección y vigilancia de las fuentes de financiamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, o la entidad que haga sus veces.

21. Impartir las directrices para realizar las acciones de inspección y vigilancia sobre el recaudo, giro y compensación de los recursos de las entidades obligadas a ello conforme a la normativa vigente.

22. Ejercer la inspección y vigilancia de la gestión de los fondos de salud de las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces, según lo establecido en la normativa vigente.

23. Ejercer la inspección y vigilancia sobre la información de carácter financiero y presupuestal de los sujetos vigilados, individualmente considerados, que reflejen su situación financiera y sus resultados de operación de un periodo contable intermedio o de fin del ejercicio.

24. Ordenar la publicación de los estados financieros de los sujetos vigilados, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia Financiera.

25. Ejercer la facultad de inspección y vigilancia sobre la explotación, organización y administración del monopolio rentístico de licores; las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares; quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas; las rentas de salud originadas en impuestos y sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado; el IVA cedido al Sector Salud y demás rentas, así como, sobre la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación de dichas rentas.

26. Ejercer la inspección y vigilancia del recaudo y aplicación de los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, en los términos del artículo 53 de la Ley 643 de 2001 o aquella norma que la modifique o subrogue.

27. Ejercer inspección y vigilancia para garantizar que los sujetos vigilados adopten y apliquen un código de conducta y de buen gobierno de conformidad con lo previsto en la ley y en el presente decreto.

28. Ejercer inspección y vigilancia sobre los sujetos vigilados en relación con el cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario.

29. Recomendar al Superintendente Nacional de Salud las medidas a que haya lugar, cuando los programas publicitarios de los sujetos vigilados no se ajusten a las normas vigentes, a la realidad

jurídica, económica y social del servicio promovido y a los derechos de información debida y dar traslado a la Delegada de Procesos Administrativos para lo de su competencia.

30. Apoyar al Despacho del Superintendente Nacional de Salud en la promoción, coordinación, estructuración y funcionamiento a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, de la Red de Controladores del Sector Salud, en lo relacionado con las funciones de esta dependencia.

31. Ejercer inspección y vigilancia en las entidades territoriales en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, de conformidad con sus competencias y en los términos señalados en la normativa vigente.

32. Trasladar para lo de su competencia, a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos, los asuntos que puedan conllevar infracción a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y remitir a las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

33. Apoyar a la Oficina de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional en la actualización de la información publicada en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo de su competencia.

34. Ejercer inspección y vigilancia para que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

35. Suministrar a la Oficina Asesora de Planeación y a la Secretaría General la información pertinente para adelantar el proceso de fijación de costos de supervisión y control, así como para la liquidación de tasa a favor de la Superintendencia.

36. Coordinar la realización de visitas, recibir declaraciones, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, legalmente admitidos, para el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia y comunicar a los sujetos vigilados los resultados de las mismas.

37. Resolver los recursos de reposición y las solicitudes de revocatoria directa interpuestas contra los actos administrativos que expida la Superintendencia Delegada en desarrollo de sus funciones y tramitar el de apelación cuando este se interponga.

38. Adelantar acciones de inspección y vigilancia para que los sujetos vigilados cuenten con sistemas de información que permitan un adecuado desarrollo de las funciones de la Superintendencia.

39. Calificar las prácticas no autorizadas y proponer al Superintendente Nacional de Salud la expedición de actos administrativos que ordenen su corrección y suspensión inmediata, aplicando las metodologías e instrumentos diseñados y adoptados por la Oficina de Metodología y Análisis de Riesgo.

40. Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia. "

ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 22 del Decreto 2462 de 2013, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 22. Funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB**. Son funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, las siguientes:

1. Realizar actividades de inspección y vigilancia integral a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente, sobre el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con las directrices impartidas por la delegada.

2. Verificar el cumplimiento de los requisitos para recomendar al Superintendente Delegado, la autorización, revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.

3. Adelantar los estudios para determinar la viabilidad de las propuestas de modificación a la razón social, estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de la naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos y contratos, de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagado, de conformidad con la normativa vigente.

4. Realizar actividades de inspección y vigilancia para asegurar la libre elección por parte de los usuarios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

5. Realizar actividades de inspección y vigilancia para asegurar la garantía de la calidad en la atención y prestación de servicios de salud, de conformidad con la política, regulación y directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Estudiar las solicitudes de autorización de traslados de los usuarios entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones a adoptar.

7. Realizar las actividades de inspección y vigilancia del cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

8. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre la correcta implementación por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de los planes que deben adoptar de conformidad con la normativa vigente.

9. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre la organización, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y verificar el cumplimiento de los requisitos para recomendar al Superintendente Delegado la autorización de la modificación o ampliación de la cobertura de estas.

10. Estudiar las solicitudes de modificación de cobertura geográfica, poblacional o mixta que presenten las Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

11. Realizar los estudios para la expedición del concepto previo para decretar la intervención o la toma de posesión para administrar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

12. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, en relación con el cumplimiento de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud que regulan la generación, flujo, administración, recaudo y pago oportuno y completo de los aportes y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

13. Verificar que la información de carácter financiero y presupuestal de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, reflejen su situación financiera y los resultados de operación y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

14. Verificar que se cumplan los requisitos para la publicación de los estados financieros de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

15. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre los generadores de recursos para la salud, cuya inspección y vigilancia no corresponda a las Direcciones Territoriales de Salud, a fin de verificar la oportuna, eficiente explotación, organización, administración y aplicación de los recursos y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

16. Desarrollar actividades de inspección y vigilancia sobre el recaudo y la aplicación de los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, cuya inspección y vigilancia no corresponda a las entidades del orden territorial.

17. Realizar actividades de inspección y vigilancia para garantizar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, adopten y apliquen un código de conducta y de buen gobierno, de conformidad con lo previsto en la ley y los criterios y lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

18. Verificar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, cumplan con las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario.

19. Verificar, de manera posterior y selectiva, que los programas publicitarios de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica, económica y social del servicio promovido y a los derechos de información debida y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

20. Identificar, en ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia, los asuntos que por conllevar infracción a las normas del Sistema General de Seguridad Social por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, deban trasladarse a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos, para lo de su competencia.

21. Realizar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.

22. Realizar actividades de inspección y vigilancia, tendientes a que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, garanticen la producción de datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

23. Preparar y analizar la información requerida, en el marco de sus competencias, para fijar los costos de supervisión y control, así como para la liquidación de la tasa en favor de la Superintendencia Nacional de Salud.

24. Adelantar las visitas, recibir declaraciones, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, legalmente admitidos, en relación con los vigilados de su competencia, para el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia y expedir los informes respectivos.

25. Realizar las actividades de inspección y vigilancia a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, con el fin de garantizar que cuenten con sistemas de información que permitan un adecuado desarrollo de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

26. Realizar las actividades de inspección y vigilancia que permitan al Superintendente Delegado calificar las prácticas no autorizadas en relación con los vigilados de su competencia.

27. Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia."

ARTÍCULO 5. Modifíquese el artículo 23 del Decreto 2462 de 2013, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 23**. **Funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para prestadores de servicios de salud.** Son funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para prestadores de servicios de salud, las siguientes:

1. Realizar actividades de inspección y vigilancia integral a los prestadores de servicios de salud, sobre el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con las directrices impartidas por la delegada.

2. Adelantar los estudios para determinar la viabilidad de las propuestas de modificación estatutaria de las instituciones prestadoras de servicios de salud que impliquen disminución del capital o ampliación del objeto social a actividades no relacionadas con la prestación de los servicios de salud, de conformidad con la normativa vigente.

3. Realizar actividades de inspección y vigilancia para asegurar la libre elección por parte de los usuarios de los prestadores de servicios de salud.

4. Realizar las actividades de inspección y vigilancia para asegurar la garantía de la calidad en la atención y prestación de servicios de salud, por parte de los prestadores de servicios de salud, de conformidad con la política, regulación y directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Realizar las actividades de inspección y vigilancia para que los prestadores de servicios de salud realicen su actividad acorde con los diferentes planes de beneficios y planes voluntarios de salud contemplados en las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las actividades en salud derivadas del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

6. Realizar las actividades de inspección y vigilancia del cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad por parte de los prestadores de servicios de salud.

7. Realizar las actividades de inspección y vigilancia a la prestación de los servicios de salud individual y colectiva, verificando que se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en los diferentes planes de beneficios, en el marco de sus competencias.

8. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre la correcta implementación por parte de los prestadores de servicios de salud, de los planes que deben adoptar de conformidad con la normativa vigente, especialmente los de saneamiento fiscal y financiero.

9. Realizar los estudios para la expedición del concepto previo para decretar la intervención o la toma de posesión para administrar a los prestadores de servicios de salud.

10. Realizar las actividades de inspección y vigilancia sobre los prestadores de servicios de salud, en relación con el cumplimiento de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud que regulan la generación, flujo, administración, recaudo y pago oportuno y completo de los aportes y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Verificar que la información de carácter financiero y presupuestal de los prestadores de servicios de salud, reflejen su situación financiera y los resultados de operación y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

12. Realizar actividades de inspección y vigilancia para garantizar que los prestadores de servicios de salud, adopten y apliquen un código de conducta y de buen gobierno, de conformidad con lo previsto en la ley y los criterios y lineamientos establecidos por la Superintendencia.

13. Verificar que los prestadores de servicios de salud, cumplan con las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario.

14. Verificar, de manera posterior y selectiva, que los programas publicitarios de los prestadores de servicios de salud se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica, económica y social del servicio promovido y a los derechos de información debida y recomendar al Superintendente Delegado las decisiones que se deban adoptar.

15. Identificar, en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, los asuntos que, por conllevar infracción a las normas del Sistema General de Seguridad Social por parte de los prestadores de servicios de salud, deban trasladarse a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos, para lo de su competencia.

16. Realizar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud a los prestadores de servicios de salud.

17. Realizar actividades de inspección y vigilancia, tendientes a que los prestadores de servicios de salud, garanticen la producción de datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

18. Preparar y analizar la información requerida, en el marco de sus competencias para fijar los costos de supervisión y control, así como para la liquidación de la tasa en favor de la Superintendencia Nacional de Salud.

19. Adelantar las visitas, recibir declaraciones, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, legalmente admitidos, en relación con los vigilados de su competencia, para el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia y expedir los informes respectivos.

20. Realizar las actividades de inspección y vigilancia a los prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar que cuenten con sistemas de información que permitan un adecuado desarrollo de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

21. Realizar las actividades de inspección y vigilancia que permitan al Superintendente Delegado calificar las prácticas no autorizadas en relación con los vigilados de su competencia.

22. Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia."

ARTÍCULO 6. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 6, 7, 21, 22 y 23 del Decreto 2462 de 2013.

ARTÍCULO 7. Transitoriedad. Las solicitudes de autorización de reforma estatutaria que hubiesen sido radicadas en la Superintendencia Nacional de Salud hasta la entrada en vigencia del presente decreto culminarán su trámite bajo dichas disposiciones.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.2.RESOLUCIONES.

2.2.1. Resolucion 2625 de 2019.

Por la cual se autorizan laboratorios para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos de agua para consumo humano

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas en el artículo 27 del Decreto 1575 de 2007 y el numeral 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que para efectos de que este Ministerio autorice, en los términos del artículo 27 del Decreto 1575 de 2007, los laboratorios para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos de agua para consumo humano, estos deben cumplir como mínimo, con los siguientes requisitos: infraestructura, dotación, equipos y elementos de laboratorio necesarios para realizar los análisis; contar con personal competente en esta actividad; participar en el Programa Interlaboratorio de Control de Calidad del Agua Potable – PICCAP – e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad y Acreditación por Pruebas de Ensayo ante entidades nacionales e internacionales que otorguen dicho reconocimiento.

Que, de conformidad con los numerales 1, 5 y 6 del artículo 7 del citado Decreto 1575 de 2007, en concordancia con el numeral 17 del artículo 4 del Decreto Ley 4109 de 2011, le corresponde al Instituto Nacional de Salud – INS, coordinar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, entre ellos, los laboratorios para el control y la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, dar orientaciones y directrices en esta área a los laboratorios públicos y privados, para que realicen o presten el servicio de análisis físicos, químicos y microbiológicos y realizar la coordinación del Programa Interlaboratorio de Control de Calidad del Agua Potable – PICCAP.

Que, la Dirección de Promoción y Prevención de este Ministerio, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos para la autorización de los laboratorios que realizan análisis de agua para consumo humano, y de conformidad con lo señalado en los numerales 1, 2 y 4 del artículo 27 Decreto 1575 de 2007, elaboró y envió a las secretarías departamentales de salud o a las entidades que hacen sus veces, los formatos que den cuenta de la verificación realizada a los referidos laboratorios.

Que, en respuesta se recibieron de las secretarias departamentales, distritales y municipales de salud las verificaciones realizadas en su jurisdicción, a los laboratorios que realizan análisis físicos, químicos y microbiológicos en agua para consumo humano.

Que, mediante comunicaciones radicadas en este Ministerio con números 201642301902242 del 15 de septiembre de 2016 (Fl. 12) y 201742302548452 del 05 de diciembre de 2017 (Fl. 38), la

Directora de Redes en Salud Pública (E) del Instituto Nacional de Salud, envió, los listados de los laboratorios que cumplieron con la participación en el Programa Interlaboratorio de Control de Calidad del Agua Potable –PICCAP.

Que la Dirección de Promoción y Prevención con fundamento en la información recaudada y el análisis realizado a esta, considera que los laboratorios listados a continuación cumplieron con los requisitos establecidos en la normativa señalada y por tanto es preciso autorizarlos para la realización de análisis físicos, químicos y microbiológicos de agua para consumo humano.

En mérito de lo expuesto, este Despacho:

RESUELVE

Artículo 1. Autorizar a los laboratorios relacionados en el presente artículo, para que realicen los análisis físicos, químicos y microbiológicos de agua para consumo humano, así:

No.	LABORATORIOS QUE REALIZAN ANÁLISIS FÍSICOS, QUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO	DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO O DISTRITO
1	LABORATORIO Q.C. S.A.S.	DIAGONAL 101 N°106C -13. BARRIO LOS PINOS	APARTADÓ	ANTIOQUIA
2	LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUA DE CORPOURABA	KM.1, VÍA CAREPA - APARTADÓ ICA – TUNELAPA	CAREPA	
3	LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUAS AGUASCOL S.A. E.S.P.	CARRERA 4 N°20 – 35 BARRIO EL CENTRO	CAUCASIA	
4	LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUAS DE CORNARE	CARRERA 59 N°44 – 48. AUTOPISTA MEDELLÍN – BOGOTÁ KM. 54	EL SANTUARIO	
5	AQUAVIDA LABORATORIO PROYCOM S.A.	CARRERA 48 N°26 SUR – 181, LOCAL 117	ENVIGADO	
6	LABORATORIO AGUA SANTA S.A.S.	CARRERA 44 N°38A SUR - 30		
7	CONTROL CALIDAD AGUAS EPM	CALLE 85B N°43 - 13	ITAGÜÍ	
8	LABORATORIO DE AGUAS DE EMPRESAS PÚBLICAS DE LA CEJA	CALLE 19 N°29 - 45	LA CEJA	
9	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SAN JOSÉ DE LA MARINILLA E.S.P.	CALLE 36 N°34 – 101. BARRIO ALTO DE SAN JOSÉ	MARINILLA	
10	ACUAMBIENTE LTDA.	CALLE 32E N°75B - 27		
11	ACUAZUL LTDA.	CARRERA 77 N°45C - 30		
12	ANALTEC LABORATORIOS S.A.S.	AVENIDA 33 N°74B – 146. BARRIO LAURELES		
13	BIOASIEL LABORATORIOS S.A.S.	TRANSVERSAL 39^{A} N°70^{A} - 34		
14	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL CENTRO DE ANTIOQUIA - CORANTIOQUIA	CARRERA 65 N°44A - 32		
15	HIDROASESORES S.A.S.	CALLE 51A N°81B - 12		
16	LACMA	CARRERA 78 N°65 - 46		

17	LABORATORIO DE ESTUDIOS AMBIENTALES - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	CALLE 67 N°53 – 108. LABORATORIO 20 – 244	MEDELLÍN	
18	LABORATORIO SALUD PÚBLICA (FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA - U DE A)	CALLE 62 N°52 – 59. OFICINA 122		
19	MEDIEMPRESA S.A.S.	CALLE 57A N°48 - 21		
20	ANÁLISIS DE AGUAS Y GESTIÓN AMBIENTAL Y/O MÓNICA ALEJANDRA RUA CATAÑO	CARRERA 71 N°32B - 112		
21	GRUPO DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LA CONTAMINACIÓN – GDCON	CALLE 62 N°52 - 59. TORRE 2, LABORATORIO 232		
22	LABORATORIO FISICO QUÍMICO Y BIOLÓGICO CENTRO DE LABORATORIOS - UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN.	CARRERA 87 N°30 - 65 BLOQUE 3		
23	SEILAM S.A.S.	CARRERA 81A N°30AA - 10		
24	SOCIEDAD CIENTÍFICA DE INVESTIGACIONES Y TECNOLOGÍA S.A. AGROLAB - SOCINTEC S.A.	CALLE 33 N°76 – 44. BARRIO LAURELES		
25	TECNIMICRO LABORATORIO DE ANÁLISIS S.A.S	CARRERA 42 N°10 - 37		
26	AGUAS DEL PUERTO S.A. E.S.P.	CERRO DEL DIVINO NIÑO	PUERTO BERRIO	
27	EMPRESAS PÚBLICAS DE RIONEGRO S.A. E.S.P.	CALLE 47 N°74 - 18	RÍONEGRO	
28	CONHYDRA S.A. E.S.P.	ZONA DE CARGA AEROPUERTO JOSÉ MARÍA CÓRDOBA – CERRO TERPEL		
29	OMNIAMBIENTE S.A.S.	CARRERA 48 N°60 - 12		
30	COOPERATIVA COLANTA LTDA.	AVENIDA 49 N°43 - 282	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	
31	PLANTA DE TRATAMIENTO AGUAS DEL PÁRAMO DE SONSÓN	BARRIO LA CABAÑA	SONSÓN	
32	EMPRESAS PÚBLICAS DE URRAO E.S.P.	VEREDA EL PASO	URRAO	
33	ALCALDÍA DE ARAUQUITA	CALLE 6 N°3 – 37 B/ SAN MARTÍN	ARAUQUITA	ARAUCA
34	LABORATORIO CALIDAD DE AGUA DE EMSERPA E.I.C.E. E.S.P.	CALLE 12 N°9 - 66 BARRIO MERIDIANO 70	ARAUCA	
35	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - LABORATORIO DE AGUAS - SEDE ORINOQUÍA	KM. 9, VÍA CAÑO LIMON		
36	EMPRESA COMUNITARIA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE SARAVENA ECAAAS E.S.P.	VEREDA LA UNION – ALTO SATOCA - PLANTA DE TRATAMIENTO	SARAVENA	
37	CARIBABARE E.S.P.	VIA LA CABUYA KM. 9 – VEREDA LAS PECERAS	TAME	
38	AMFAC LABORATORIO	CARRERA 59 N°72 – 74 EDIFICIO LAS CAMELIAS	BARRANQUILLA	
39	LABORATORIO MICROBIOLÓGICO DE BARRANQUILLA S.A.S.	VÍA 40 N° 76 - 206		
40	LABORATORIO MICROBIOLÓGICO ORTIZ MARTÍNEZ S.A.S.	CARRERA 42 N°76 - 157		
41	LABORATORIO PARA LA INDUSTRIA Y EL MEDIO AMBIENTE S.A.S.	CARRERA 47 N°76 - 235		

42	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE TRIPLE A	CARRERA 8, VÍA 5 - ACUEDUCTO DISTRITAL DE BARRANQUILLA		ATLÁNTICO
43	SERVICIOS DE INGENIERÍA Y AMBIENTE S.A.S	CARRERA 41 N°73B - 72		
44	AGUAS DE MALAMBO	CARRERA 1, CALLE 4 URBANIZACIÓN EL TESORO	MALAMBO	
45	LABORATORIO PIMSA	KM. 3, VÍA A MALAMBO - SABANAGRANDE		
46	LABORATORIO ANÁLISIS FÍSICO QUÍMICO DEL AGUA - LAFA	KM. 7, VÍA A PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	
47	ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE COLOMBIA – ACUALCO S.A. E.S.P.	AVENIDA SIMÓN BOSSA N°1 - 01	ARJONA	BOLÍVAR
48	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL CANAL DEL DIQUE - CARDIQUE	BOSQUE, TRANSVERSAL 52 N°16 - 190	CARTAGENA	
49	GESTIÓN ANALÍTICA S.A.S	MAMONAL KM.1 - 504		
50	LABORATORIO CONAMFI	CALLE 30 N°79 – 19		
51	LABORATORIO DE CALIDAD DE AGUA	TRANSVERSAL 45 N°25 – 160. BARRIO PARAGUAY		
52	LABORATORIO MIGUEL TORRES BENEDETTI	MANGA CALLE 21A N°21A – 75, CALLEJÓN DANDY		
53	BIOMEDICAL	CALLE 10 N°9A – 37, PISO 2	CHIQUINQUIRÁ	BOYACÁ
54	EMPOCHIQUINQUIRÁ E.S.P.	VEREDA CÓRDOBA ALTO, PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE TEREBINTO		
55	LABORATORIO UNIDOS - AMBIENTE Y SALUD	CALLE 19 N°7A – 44		
56	ANALIZAR LABORATORIO FISICOQUÍMICO LTDA.	CARRERA 33 N°16 - 27	DUITAMA	
57	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE DUITAMA - EMPODUITAMA S.A. E.S.P.	CALLE 9 N°6 – 72. BARRIO EL PROGRESO, SECTOR GUADALUPE		
58	HIDROLAB SOLUCIONES Y ANÁLISIS AMBIENTAL	CALLE 1CW N°34C - 160		
59	LABORATORIO ANÁLISIS CONTROL DE CALIDAD ALIMENTOS Y AGUA	CARRERA 16 N°11 - 57 PISO 2		
60	LABORATORIO AMBIENTAL CORPOCHIVOR	CARRERA 5 N°10 – 125	GARAGOA	
61	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE NOBSA	BARRIO JORGE ELIECER GAITÁN - PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE	NOBSA	
62	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CARRERA 17A N°23A - 05. BARRIOS LAS QUINTAS. PLANTA SAN FELIPE I. BARRIO SAN FELIPE	PAIPA	
63	COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SOGAMOSO S.A. E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE CHACÓN	SOGAMOSO	
64	SERVIQUÍMICOS E.U.	CARRERA 9A N° 16 – 01		
65	PROACTIVA AGUAS DE TUNJA S.A. E.S.P.	CARRERA 17 CALLE 5 PARTE ALTA. BARRIO LIBERTADOR	TUNJA	
66	LABORATORIO CONTROL MICROBIOLÓGICO ANÁLISIS DE ALIMENTOS, AGUA Y BEBIDAS S.A.S.	AVENIDA NORTE N°47A - 40, OFICINA 014, PISO 3		
67	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE VILLA DE LEYVA E.S.P.	VEREDA EL ROBLE, SECTOR LA COLORADA	VILLA DE LEYVA	
68	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. AGUADAS	AGUADAS	AGUADAS	

69	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMPOCALDAS S.A. E.S.P. ANSERMA	BARRIO EL PENSIL	ANSERMA	CALDAS
70	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. - CUERVOS	TRECE DE NOVIEMBRE. – PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA CUERVOS	CHINCHINÁ	
71	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMPOCALDAS S.A. E.S.P. FILADELFIA	VEREDA LAS BRISAS	FILADELFIA	
72	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. LA DORADA	VEREDA EL LLANO	LA DORADA	
73	ACUATEST S.A.S.	CARRERA 25 N°67 - 104	MANIZALES	
74	AGUAS DE MANIZALES S.A. E.S.P.	AVENIDA KEVIN ANGEL N°59 - 181		
75	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. ACUAVERDE	CARRERA 1 CALLE 3, BARRIO SAN LUIS	MANZANARES	
76	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. MARMATO	VEREDA HOJAS ANCHAS	MARMATO	CALDAS
77	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. LAS ASTROMELIAS	BARRIO LAS COLINAS	MARQUETALIA	
78	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMPOCALDAS S.A. E.S.P. NEIRA	CARRERA 14 LA CUCHILLA	NEIRA	
79	PLANTA DE TRATAMIENTO PÁCORA	MANANTIALES DE PÁCORA	PÁCORA	
80	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. RIOSUCIO (PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA INGRUMA	BARRIO SAN NICOLAS	RIOSUCIO	
81	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. RISARALDA	VÍA CARBONERAL, PLANTA DE TRATAMIENTO LOS GUAYACANES	RISARALDA	
82	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. SALAMINA	PLANTA PUERTO ARTURO	SALAMINA	
83	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. SAMANÁ	SALIDA A LA PLAZUELA	SAMANÁ	
84	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. SAN JOSÉ	ALTOS DEL PORTAL	SAN JOSÉ	
85	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMPOCALDAS S.A. E.S.P. SUPIA	CARRERA 7, BARRIO LA MORAVIA	SUPIA	
86	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	TESORITO	VICTORIA	
87	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. VITERBO	PLANTA EL MIRADOR, SECTOR GUAYABITO	VITERBO	
88	´LABORATORIO DE AGUAS	VÍA SEBASTOPOL KM. 2	FLORENCIA	CAQUETÁ
89	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE AGUAZUL - ESPA S.A. E.S.P.	MARGINAL DE LA SELVA KM. 1	AGUAZUL	CASANARE
90	EMPRESAS PÚBLICAS DE MONTERREY	VEREDA TIGRANA ALTA	MONTERREY	
91	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE TAURAMENA	VEREDA AGUAMACO	TAURAMENA	
92	AQUALIM LABORATORIO AMBIENTAL SUCURSAL COMERCIAL DE SQR CONSTRUCCIONES Y CONSULTORÍAS S.A.S.	CARRERA 23 N°19 - 15	YOPAL	
93	LABORATORIO DE AGUAS E.A.A.A YOPAL	CARRERA 23 ENTRE CALLES 30 Y 33		
94	AMBITEST LTDA.	CARRERA 26 N°21 - 47		
95	LABORATORIO DE AGUAS UNISANGIL	DIAGONAL 15 N°15 – 70		
96	INGELABS LABORATORIOS S.A.S.	CALLE 13 N°17 - 61		
97	SOLUCIONES AMBIENTALES – INGENIERÍA Y LABORATORIO AMBIENTAL SOLAM S.A.S	CARRERA 23A N°37 – 129 BARRIO VILLA DE SAN JUAN		
98	EMQUILICHAO E.S.P.	SANTANDER DE QUILICHAO	SANTANDER DE QUILICHAO	CAUCA
99	FUNDACIÓN CENTRO REGIONAL ANÁLISIS AMBIENTALES	CARRERA 12 N°18B BIS - 11		

100	SOCIEDAD ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE POPAYÁN S.A. E.S.P.	AVENIDA PANAMERICANA KM. 5 PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EL TABLAZO	POPAYÁN	
101	EMDUPAR S.A. E.S.P.	KM. 6,5 VÍA AL RINCÓN	VALLEDUPAR	CESAR
102	LABORATORIOS NANCY FLÓREZ GARCÍA S.A.S.	CARRERA 15 N°13C - 72		
103	LABORATORIO DE AGUAS DE CODECHOCO	CARRERA 1 N°22 - 96	SAN FRANCISCO DE QUIBDÓ	CHOCÓ
104	AMBIELAB LTDA.	CALLE 23 N°2 - 31	MONTERÍA	CÓRDOBA
105	CECAL LTDA.	CARRERA 8 N°41 – 55		
106	PROACTIVA AGUAS DE MONTERÍA S.A. E.S.P.	PLANTA SIERRA CHIQUITA, VÍA A LA DÉCIMO PRIMERA BRIGADA DEL EJÉRCITO		
107	LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN Y CALIDAD AMBIENTAL	AVENIDA CIRCUNVALAR ENTRE CALLES 24 Y 27		
108	ACQUA LABORATORIOS S.A.S.	CALLE 49 N°70C - 31	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
109	ALLCHEM CIA. LTDA.	TRANSVERSAL 39 N°20A -72. PUENTE ARANDA		
110	AMBIENCIQ INGENIEROS S.A.S	CARRERA 28 N°75 - 37 BARRIO UNIDOS		
111	ANALQUIM LTDA.	CARRERA 25 N°73 – 60		
112	ANASCOL S.A.S.	CARRERA 72A N°51 - 64 BARRIO NORMANDÍA		
113	ANTEK S.A.S	CALLE 25B N°85B – 54		
114	ASBIOQUIM LTDA.	CARRERA 74B N°49A - 51 BARRIO ENGATIVÁ		
115	ASEBIOL S.A.S.	CALLE 84 N°22 – 39		
116	ASINAL LTDA.	CALLE 10 SUR N°41 - 27 PUENTE ARANDA		
117	BIOPOLÍMEROS INDUSTRIALES LTDA.	CARRERA 18 N°63A - 50 PISO 6. BARRIO BAQUERO		
118	BIOTRENDS LABORATORIOS S.A.S.	CALLE 64H N°71D – 31. BARRIO ENGATIVÁ		
119	CALIDAD MICROBIOLÓGICA S.A.S.	CARRERA 27C N°68 – 79		
120	CHEMILAB S.A.S.	CARRERA 21 N°195 – 50. BODEGAS 6 Y 7		
121	CONFIA CONTROL S.A.S.	CARRERA 63 N°5A - 40 PUENTE ARANDA		
122	CONSULTORÍA Y SERVICIOS AMBIENTALES CIAN LTDA.	CARRERA 72A N°48 – 20. ENGATIVÁ		
123	CONSULTORÍA Y SERVICIOS CONOSER LTDA.	CARRERA 27B N°70 – 10		
124	CONSTANZA CASTILLO HERRERA	CARRERA 9 N°50 - 20 CONSULTORIO 203		
125	CORPORACIÓN INTEGRAL DEL MEDIO AMBIENTE - CIMA	CALLE 71C N°29A – 19	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
126	DAPHNIA LTDA.	CARRERA 42B N°14 – 60		
127	DOCTOR CALDERÓN ASISTENCIA TÉCNICA AGRÍCOLA LTDA.	AVENIDA CARRERA 20 N°87 – 81		
128	EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EL DORADO. USME, VEREDA EL UVAL, 1 KM. ANTES DEL		

		PRIMER TÚNEL, VÍA VILLAVICENCIO.		
129	LABORATORIO DE AGUAS DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ E.S.P.	AVENIDA CALLE 24 N°37 – 15		
130	ENZIPAN LABORATORIOS S.A.S.	CARRERA 53 N°68 - 52 BARRIO SAN FERNANDO		
131	FUNDACIÓN DE ASESORÍAS PARA EL SECTOR RURAL, CIUDAD DE DIOS - FUNDASES	CALLE 89 N°87A - 50 PISO 2 PARQUE INNOVACIÓN SOCIAL		
132	MICROLAB LABORATORIOS Y ASESORÍAS S.A.S.	AVENIDA BOYACÁ N°49A - 21. BARRIO ENGATIVÁ		
133	INSTITUTO DE HIGIENE AMBIENTAL S.A.S.	CALLE 25F N°84B – 47		
134	INSTRUMENTAL SERVICE LTDA.	CALLE 49 N°70C – 31		
135	LABCONTROL E.U.	CALLE 143 N°9 – 21		
136	LABORATORIO AMBIENTAL Y DE SERVICIOS SANITARIOS - LASS LTDA.	CARRERA 47 N°134A – 82		
137	LABORATORIO INSTRUMENTAL DE ALTA COMPLEJIDAD - LIAC DE LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE	CARRERA 5 N°59A - 44. BARRIO CHAPINERO		
138	LABORATORIO M.Y.G. S.A.S.	CALLE 102A N°70 – 28		
139	LABORATORIO PRODYCON S.A.	CALLE 153A N°7H – 72. BARRIO USAQUÉN		
140	LABORATORIO QUIMICONTROL LTDA.	CARRERA 78J N°40B - 52SUR. BARRIO KENNEDY		
141	LABORATORIO UNIDSALUD S.A.S.	CARRERA 72B N°9 - 97		
142	LABORATORIO DE INGENIERÍA AMBIENTAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - SEDE BOGOTÁ	CARRERA 30 N°42 - 03, EDIFICIO 406, LABORATORIO 228		
143	NULAB LTDA.	CARRERA 16 N°58A - 73		
144	S.G.S. COLOMBIA	CARRERA 100 N°15C - 11		
145	LABORATORIO PLANTA WIESNER DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE BOGOTÁ	KM. 6, VÍA LA CALERA	LA CALERA	
146	LABORATORIO DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE ZIPAQUIRÁ E.S.P.	VEREDA ATO DE LA CRUZ COGUA	COGUA	
147	MABER SOLUCIONES HIDROQUÍMICAS S.A.S.	VEREDA EL ALTICO FINCA EL BERNAL		CUNDINAMARCA
148	HIDROLAB COLOMBIA LTDA.	AUTOPISTA MEDELLÍN KM. 2.5, VÍA PARCELAS DE COTA KM1.3 CONJUNTO DE BODEGAS AEPI BG 3A	COTA	
149	LABORATORIO DE EMSERCOTA S.A. E.S.P.	VEREDA CETIMA, SECTOR EL PESEBRE		
150	LABORATORIO DE LA EMPRESA AGUAS DE FACATATIVÁ, ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO, ASEO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - E.A.F. S.A.S. E.S.P.	CARRERA 1 SUR CALLE 16	FACATATIVÁ	
151	LABORATORIO DE LA EMPRESA MUNICIPAL DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE FUNZA – EMAAF E.S.P.	CALLE 16 N°16 – 04	FUNZA	
152	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE FUSAGASUGÁ - EMSERFUSA E.S.P.	CARRERA 2 ESTE, ENTRE CALLES 9 Y 10	FUSAGASUGÁ	

153	LABORATORIO CONTROL DE CALIDAD AGUAS C.M.G.	CARRERA 7A N°32 - 128 BARRIO LA MAGDALENA	GIRARDOT	CUNDINAMARCA
154	LABORATORIO CONTROL DE CALIDAD CARMEN ADRIANA LÓPEZ	CALLE 21 N°12 - 26 BARRIO SUCRE		
155	LABORATORIO PLANTA WIESNER DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE BOGOTÁ, D.C.	KM. 6, VÍA LA CALERA	LA CALERA	
156	LABORATORIO DE LA EMPRESA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO DE MADRID	CALLE 9 N°7 – 99	MADRID	
157	LABORATORIO DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE CUNDINAMARCA - CAR	AVENIDA TRONCAL OCCIDENTE N°18 – 76 CENTRO EMPRESARIAL SANTODOMINGO MANZANA C BODEGA 13	MOSQUERA	
158	HYDROS MOSQUERA S EN C.A. E.S.P.	CARRERA 1 N°4 – 12		
159	LABORATORIO DE AGUAS DE GIRARDOT Y RICAURTE S.A. E.S.P.	KM. 3, VÍA GIRARDOT – MELGAR PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA	RICAURTE	
160	EMPRESAS PÚBLICAS MUNICIPALES DE SIBATÉ E.S.P.	CARRERA 3 N°6 - 40 BARRIO LA INMACULADA	SIBATÉ	
161	LABORATORIO CONCESIONARIO TIBITOC S.A. E.S.P.	KM. 4, VÍA BRICEÑO – ZIPAQUIRÁ	TOCANCIPÁ	
162	LABORATORIO LOS PATOS DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE TOCANCIPÁ S.A E.S.P. – LABORATORIO LOS PATOS	PARQUE LOS PATOS		
163	LABORATORIO DE EMSERVILLA S.A. E.S.P.	BARRIO SAN JOSÉ	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ	
164	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS E.S.P. VILLETA	BARRIO EL RECREO	VILLETA	
165	EMPOAGUAS E.S.P.	CALLE 19 N°19D – 35 BARRIO EL MODELO	SAN JOSÉ DE GUAVIARE	GUAVIARE
166	LABORATORIO DE AGUA EMPUGAR E.S.P.	KM. 1, VÍA GARZÓN – SAN RAFAEL	GARZÓN	HUILA
167	AGUALIMSU S.A.S.	CALLE 13 N°6 – 10	NEIVA	
168	AQUATEKNICA LTDA.	CALLE 34 N°26 – 42		
169	LABORATORIO LAS CEIBAS - EMPRESAS PÚBLICAS DE NEIVA – E.P.N.	CALLE 20 N°25 – 125		
170	DIAGNOSTICAMOS S.A.S.	CARRERA 11 N°7 – 45		
171	EMPITALITO E.S.P. PLANTA DE TRATAMIENTO GUATIPAN	CALLE 6 N°7 – 23	PITALITO	
172	AMBILAB S.A.S.	CALLE 1A N°4 – 50		
173	LABORATORIO AMBIENTAL CERREJÓN	LA MINA CERREJÓN	ALBANIA	LA GUAJIRA
174	OPERADORES DE SERVICIOS DE LA SIERRA S.A. E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE. CORREGIMIENTO DE CORDOBITA	CIÉNAGA	MAGDALENA
175	ENVIRONMENTAL AND WATER TESTING ADVISORS S.A. (EWTA S.A.S.)	CARRERA 1C N° 23 – 52. BARRIO BELLAVISTA	SANTA MARTA	
176	LABORATORIO ANÁLISIS AMBIENTAL DEL CARIBE S.A.S.	CALLE 26A N°13 – 17		
177	LABORATORIO MICROBIOLÓGICO Y FISICOQUÍMICO DE AGUAS Y ALIMENTOS	CARRERA 19 N°26B – 127		

178	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA – ESSMAR E.S.P.	KM. 0, VÍA A RIOHACHA		
179	PROQUIMAG S.A.S.	AVENIDA LIBERTADOR N°17 – 65		
180	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ACACÍAS - E.S.P.A.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA LAS BLANCAS, VEREDA LAS BLANCAS	ACACÍAS	META
181	LABORATORIO ANÁLISIS DE AGUAS AMPARO RESTREPO (ALFAMPAR S.A.S.)	CARRERA 38 N°35 – 15 BARZAL	VILLAVICENCIO	
182	LABORATORIO DE CALIDAD AMBIENTAL	CARRERA 32 N°34-15. CAMPUS SAN FERNANDO		
183	EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE VILLAVICENCIO	CALLE 48A N°38A – 48, PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA LA ESMERALDA		
184	TECNOAMBIENTAL S.A.S.	CALLE 40 N°25 – 91		
185	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE AGUA POTABLE - EMPOOBANDO	CARRERA 7 CALLE 30, ESQUINA	IPIALES	NARIÑO
186	LABORATORIO DE ANÁLISIS AMBIENTAL - UNIVERSIDAD DE NARIÑO	CALLE 18 CON CARRERA 50, CIUDAD UNIVERSITARIA TOROBAJO	SAN JUAN DE PASTO	
187	LABORATORIO DE ANÁLISIS AMBIENTAL – UNIVERSIDAD MARIANA	SEDE ALVERNIA A 800 M. DEL HOSPITAL SAN PEDRO, VÍA MAPACHICO		
188	LABORATORIO ANÁLISIS FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO DE AGUA – EMPOPASTO	PLANTA CENTENARIO, ANTIGUA SALIDA AL NORTE		
189	LABORATORIO DEL VALLE	CARRERA 21 N°30 – 29 BARRIO LAS CUADRAS		
190	CENTRO DE NEGOCIOS LABORATORIO DE ENSAYOS DE AGUA	PLANTA EL PÓRTICO VÍA CUARTELES KDX 14 N°6 – 43A	CÚCUTA	NORTE DE SANTANDER
191	LABORATORIO DE AGUAS DE LOS PATIOS	KM 14, VÍA CÚCUTA – PAMPLONA. VEREDA LOS VADOS	LOS PATIOS	
192	LABORATORIO EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE OCAÑA	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EL ALGODONAL	OCAÑA	
193	LABORATORIO UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER - UFPS	VÍA A ACOLSURE, SEDE EL ALGODONAL		
194	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PAMPLONA - EMPOPAMPLONA S.A. E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA CARIONGO. PARQUE RECREACIONAL LOS TANQUES	PAMPLONA	
195	LABORATORIO EMPRESAS PÚBLICAS DE TIBÚ - EMTIBU	CARRERA 7 N°10 - 35 BARRIO DIVINO NIÑO	TIBÚ	
196	LABORATORIO DE AGUAS DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	CARRERA 15, CALLE 12 NORTE. EDIFICIO FACULTAD DE INGENIERÍA, PISO 1	ARMENIA	QUINDÍO
197	LABORATORIO DE ENSAYO DE CALIDAD DEL AGUA EMPRESAS PÚBLICAS DE ARMENIA E.P.A	CARRERA 14, CALLE 44 NORTE		
198	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD EN ALIMENTOS SENA CENTRO AGROINDUSTRIAL	CARRERA 6 N°44N – 15 AVENIDA CENTENARIO		
199	ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE BARCELONA QUINDÍO E.S.P.	VEREDA CALLE LARGA, PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA. CORREGIMIENTO DE BARCELONA		

200	LABORATORIO AMBIENTAL EMPRESA MULTIPROPÓSITO DE CALARCÁ S.A E.S.P.	VARIANTE NORTE, BARRIO LOS TANQUES, PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE	CALARCÁ	
201	LABORATORIO DE ENSAYO Y CALIDAD DE AGUA DE LA EMPRESA PÚBLICA DEL QUINDIO – E.P.Q. S.A. E.S.P.	DIAGONAL AEROPUERTO EL EDÉN	LA TEBAIDA	
202	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA MUNICIPAL DE APIA	CALLE 9 N°3 - 40	APIA	RISARALDA
203	LABORATORIO MICROBIOLOGÍA INGENIO RISARALDA	KM. 2, VÍA A BALBOA	BALBOA	
204	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA BELÉN DE UMBRÍA	CALLE 6, CARRERA 4	BELÉN DE UMBRÍA	
205	ASOCIACIÓN MUNICIPAL DE ACUEDUCTOS COMUNITARIOS	CALLE 47 N°15 - 10 BARRIO LOS NARANJOS	DOSQUEBRADAS	
206	COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS S.A. E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO AGUAZUL / VILLA KAROLA		
207	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA LA VIRGINIA	VEREDA GRANATAL, BALBOA RISARALDA	LA VIRGINIA	
208	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ALTO VALENCIA	VEREDA ALTO VALENCIA	MARSELLA	
209	ANALTEC LABORATORIOS S.A.S.	CARRERA 12 N°1A - 27 POPULAR MODELO	PEREIRA	
210	EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A. E.S.P.	AVENIDA CIRCUNVALAR, VÍA CANCELES PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA		
211	LABORATORIO ALISCCA S.A.S.	CARRERA 11 N°40 - 105	PEREIRA	
212	LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUAS Y ALIMENTOS - UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA	CARRERA 27 N°10 - 02		
213	SERVICIUDAD E.S.P. LABORATORIO	TANQUE LAS MARGARITAS VILLASANTANA		
214	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE	CALLE 14 ENTRE CARRERAS 14 Y 15 BARRIO JUNÍN	QUINCHÍA	
215	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE	BARRIO VERACRUZ, CARRETERA SALIDA TERMALES	SANTA ROSA DE CABAL	
216	LABORATORIO FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO AMBIENTAL CORALINA	VÍA SAN LUIS, KM. 26	SAN ANDRÉS	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
217	PROACTIVA AGUAS DEL ARCHIPIÉLAGO S.A. E.S.P.	DUPPY GULLY, PLANTA DE ABLANDAMIENTO		
218	LABORATORIO FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO E.S.P. BARBOSA	KM.1 VÍA VÉLEZ	BARBOSA	
219	LABORATORIO DE ANÁLISIS Y SERVICIOS TÉCNICOS LASERTEC S.A.S.	CARRERA 3A N°61 – 90 BARRIO GAITÁN	BARRANCABERMEJA	
220	LABORATORIO CONTROL DE CALIDAD	CARRETERA NACIONAL, VÍA EL BISTÓN		
221	BIOCONTROL CARE S.A.S.	CARRERA 9 N°42 – 38	BUCARAMANGA	
222	CONTROL Y GESTIÓN AMBIENTAL S.A.S.	CARRERA 26A N°50 – 92		
223	INOQUALAB S.A.S.	CALLE 35 N°21 – 74 OFICINA 109		
224	LABORATORIO BACTERIOLÓGICO LABALIME	CALLE 33 N°20 – 29, PISO 2		
225	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD AGUAS ACUEDUCTO METROPOLITANO	DIAGONAL 32 N°30A – 51		

226	LABORATORIO QUÍMICO DE CONSULTAS INDUSTRIALES	CARRERA 27 CON CALLE 9 UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER – UIS. EDIFICIO CAMILO TORRES, OFICINA 222		SANTANDER
227	PROANÁLISIS	CARRERA 14 N°55 – 18		
228	QUIMIPROYECTOS S.A.S.	CARRERA 24 N°36 – 15		
229	SIAMA LTDA.	CARRERA 24 N°36 – 11		
230	SISTEMAS HIDRÁULICOS Y SANITARIOS – SIHSA LTDA.	CARRERA 30 N°31 – 35. BARRIO LA AURORA		
231	LABORATORIO DE AGUAS DE EMPRESAS PÚBLICAS DE MÁLAGA	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA PESCADERO LOS TANQUES	MÁLAGA	
232	EMPRESA PIEDECUESTANA DE SERVICIOS PÚBLICOS	CARRERA 8 N°12 – 28. BARRIO LA CANDELARIA	PIEDECUESTA	
233	LABORATORIO DE CALIDAD DE AGUA – RUITOQUE S.A. E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE MONTAÑITAS, KM. 3 VÍA ICP LOS ERMITAÑOS, VEREDA LIMONAL		
234	LABORATORIO ACUASAN	KM. 1, VÍA AL AEROPUERTO BARRIO ALMENDROS	SAN GIL	
235	LABORATORIO DE AGUAS UNISANGIL	KM. 2, VÍA SAN GIL - CHARALÁ		
236	INSTITUTO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO RURAL - LABORATORIO PEÑAFLOR	KM. 3, VÍA SAN GIL - BUCARAMANGA		
237	AGUAS DEL SOCORRO S.A. E.S.P.	CALLE 15 N°15 – 58 BARRIO CENTRO	SOCORRO	
238	UNIVERSIDAD LIBRE – LABORATORIO DE AGUAS Y MICROBIOLOGÍA	CAMPUS UNIVERSITARIO MAJAVITA		
239	LABORATORIO FÍSICO QUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO	TRANSVERSAL 8 N°8A- 50	VÉLEZ	
240	AGUAS DE LA SABANA S.A. E.S.P.	CARRETERA TRONCAL KM.1, VÍA COROZAL	SINCELEJO	SUCRE
241	EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CHAPARRAL	KM 1,5 VÍA AGUAYO	CHAPARRAL	TOLIMA
242	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD E.A.A.A. ESPINAL	CALLE 9 N°4 – 50. BARRIO PRIMERO DE MAYO, CORREGIMIENTO CHICORAL	ESPINAL	
243	ESPAG E.S.P.	CALLE 10, VÍA SAN LUIS, BARRIO ALFONSO LÓPEZ,	GUAMO	
244	INGENIERÍA QUÍMICA Y ASESORÍAS AMBIENTALES INQUAM LTDA.	CALLE 9 N° 3 – 86, EDIFICIO SANDRA, OFICINA 202	IBAGUÉ	
245	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD ACQUA Y VIDA	CARRERA 4G N°38A - 01		
246	LABORAGUAS S.A.S.	CALLE 33 N°4B 41, BARRIO CÁDIZ		
247	LASEREX	UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, BARRIO SANTA HELENA PARTE ALTA	IBAGUÉ	
248	IBAL S.A. E.S.P.	CARRERA 3A N°1 – 04		
249	LABORATORIO PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA EMSER E.S.P.	KM 1, SALIDA MURILLO	LÍBANO	TOLIMA
250	LABORATORIO PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA URBES S.A.S. E.S.P.	BOSQUE MUNICIPAL	MARIQUITA	
251	LABORATORIO ACONPIS	AVENIDA CAFAM N°19 – 79/83, LOCAL 7. EDIFICIO BULEVAR, PISO 2	MELGAR	

252	PURIFICA E.S.P.	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA. BARRIO MODELO	PURIFICACIÓN	
253	AG CONSULTORES AMBIENTALES S.A.S.	CALLE 5 N°7 – 26, CALLE CUNDINAMARCA	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA
254	ARMADA NACIONAL	BASE NAVAL ARC, BAHÍA MÁLAGA		
255	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE AGUA VENECIA	VEREDA VENECIA, KM. 20, VÍA BUENAVENTURA - CALI		
256	ANÁLISIS AMBIENTAL S.A.S.	AVENIDA 9AN N°10 - 117, BARRIO JUANAMBÚ	SANTIAGO DE CALI	
257	ANGEL DIAGNÓSTICA S.A.	CALLE 22N N°2N – 08		
258	AQALAB LABORATORIOS S.A.S.	CALLE 2A N°39 – 25, PISO 1		
259	BIOLAB DEL VALLE S.A.S.	CALLE 28A N°24A – 94		
260	CENTRO INTEGRAL DE ANÁLISIS	CALLE 10 N°31 – 33		
261	CHEMICAL LABORATORIO S.A.S.	CARRERA 56 N°5 – 180		
262	EMCALI E.I.C.E. – LABORATORIO DE AGUA POTABLE	CALLE 4 OESTE N°9 - 00		
263	HIDROAMBIENTAL LTDA.	CARRERA 45 N° 5A – 24		
264	LABORATORIO DE AGUAS DEL INSTITUTO CINARA	ESTACIÓN DE INVESTIGACIÓN EMCALI, PUERTO MALLARINO, CALLE 15 CARRERA 75		
265	LABORATORIO BIOCENTER S.A.S.	CARRERA 57 N°2 – 55, BARRIO CUARTO DE LEGUA		
266	LABORATORIO DE ALIMENTOS Y SIMILARES MICROQUIM S.A.S.	CARRERA 28 N°6 – 88		
267	MICROAMBIENTAL INGENIERÍA S.A.S.	AVENIDA 3 NORTE N°49N -36, BARRIO LA MERCED		
268	MICROLAB S.A.S.	AVENIDA 2G NORTE N°51N – 71, BARRIO LA MERCED		
269	SANTA ANITA NÁPOLES	CALLE 5A N°7 - 19 CORREGIMIENTO DE SAN JOAQUÍN	CANDELARIA	
270	ACUAVALLE S.A. E.S.P. – LABORATORIO DE CALIDAD DE AGUA POTABLE	CARRERA 18 N°17A – 49, BARRIO LA CONCORDIA	GUADALAJARA DE BUGA	
271	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD - AGUAS DE BUGA S.A. E.S.P.	KM. 1, VÍA BUGA – LA HABANA		
272	AVIDESA DE OCCIDENTE S.A.	KM. 3, VÍA BUGA - TULUÁ		
273	RIOPAILA CASTILLA S.A.	VÍA LA PAILA - ZARZAL	LA PAILA	
274	LABORATORIO CONTROL DE CALIDAD AGUA POTABLE AQUAOCCIDENTE S.A. E.S.P.	PLANTA DE POTABILIZACIÓN RÍO NIMA, CORREGIMIENTO DE BARRANCA	PALMIRA	
275	RIOPAILA CASTILLA S.A. FLORIDA	VÍA A FLORIDA	PRADERA	
276	SEPPCA S.A. E.S.P.	CERRO DE LA BANDERA, BARRIO LA PLAZUELA	PUERTO CARREÑO	VICHADA

Artículo 2. Autorizar a los laboratorios relacionados en el presente artículo, para que realicen los análisis físicos y químicos de agua para consumo humano, así:

No.	LABORATORIOS QUE REALIZAN ANÁLISIS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO	DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO O DISTRITO
1	ECOCHEMICAL S.A.S.	CARRERA 81B N°54 – 138		

2	LABORATORIO DEL GRUPO DE INGENIERÍA Y GESTIÓN AMBIENTAL – LABGIGA	CIUDAD UNIVERSITARIA, CALLE 67 N°53 – 108. BLOQUE 20 - 203	MEDELLÍN	ANTIOQUIA
3	LABORATORIO AMBIENTAL – GRUPO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES – UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - UPB	CIRCULAR 01 N°70 – 01. BLOQUE 11. LABORATORIO 305, SEDE CENTRAL		
4	LABORATORIO DE INGENIERÍA SANITARIA – UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – SEDE MEDELLÍN	CARRERA 80 N°65 – 223. BLOQUE M7 OFICINA 203		
5	ZONAS COSTERAS S.A.S.	CALLE 68 N°44 - 95	BARRANQUILLA	ATLÁNTICO
6	LABORATORIO DE HIDRÁULICA Y AMBIENTAL	KM. 5, ANTIGUA VÍA A PUERTO COLOMBIA	PUERTO COLOMBIA	
7	LABORATORIO DE CALIDAD AMBIENTAL DE CORPOBOYACÁ – SEDE AQUITANIA	KM. 4, VÍA SOGAMOSO A AQUITANIA. VEREDA CAJÓN	AQUITANIA	BOYACÁ
8	LABORATORIO DE CALIDAD AMBIENTAL DE CORPOBOYACÁ – SEDE TUNJA	CALLE 15 N°3 – 77 BARRIO PATRIOTAS	TUNJA	
9	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA UPTC	AVENIDA CENTRAL DEL NORTE N°39 – 155 CENTRO DE LABORATORIOS LN-411 Y LN-412		
10	EMPOCALDAS S.A E.S.P. MARULANDA	MARULANDA	MARULANDA	CALDAS
11	EMPOCALDAS S.A. E.S.P. - CAMPOALEGRE	VEREDA LA DOCTORA	CHINCHINÁ	
12	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE AGUA EMPATÍA S.A. E.S.P.	CARRERA 1 N°9 – 12 BARRIO EL JARDÍN	PATÍA - EL BORDO	CAUCA
13	AGRILAB LABORATORIOS S.A.S.	CALLE 79B N°70 - 16	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C
14	H2O ES VIDA S.A.S.	DIAGONAL 81G N°76B - 34		
15	KOLBE INTERNACIONAL S.A.S.	CARRERA 49B N°171A - 84		
16	M.C.S. CONSULTORÍA Y MONITOREO AMBIENTAL S.A.S	CARRERA 17 N°166 - 72		
17	M.K. INVERSIONES LTDA.	CARRERA 64 N°5A - 28 BARRIO PRADERA		
18	CONSULTORÍA Y ANÁLISIS AMBIENTAL S.A.S. – CYANAM S.A.S.	CARRERA 70D N°78 - 21		
19	EMPRESA REGIONAL AGUAS DEL TEQUENDAMA S.A. E.S.P.	DIAGONAL 8 N°1 - 05	LA MESA	CUNDINAMARCA
20	ACUEDUCTO INGEAGUA S.A.S E.S.P.	CALLE 4 N°00 - 12	TOCAIMA	
21	CONSTRUCSUELOS SUMINISTROS LTDA	CARRERA 4 N°15 - 44	NEIVA	HUILA
22	AVANZADAS SOLUCIONES DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO S.A. E.S.P. “A.S.A.A.”	CARRERA 7 N°21 - 15	RIOHACHA	LA GUAJIRA
23	CORPORACIÓN DE CUENCAS DEL TOLIMA - CORCUENCAS	VIVERO EL SECRETO, INSPECCIÓN LLANITOS, PREDIO N°65 KM 8, VÍA NEVADO DEL TOLIMA	IBAGUÉ	TOLIMA
24	AVALQUIMICO S.A.S.	CALLE 26N N°2BIS - 58	SANTIAGO DE CALI	
25	ECOQUIMICA S.A.S.	CARRERA 24 N°9C - 21		
26	WATER TECHNOLOGY ENG S.A.S.	AVENIDA 3 NORTE N°49N - 62		
27	LABORATORIO DE CALIDAD AMBIENTAL INGESAM S.A.S.	KM. 1,5 VÍA CALI, CONDOMINIO INDUSTRIAL LA NUBIA	CANDELARIA	
28	LABORATORIO DE CALIDAD DE AGUA EMCARTAGO E.S.P.	CALLE 13 N°5A - 35 PISO 2	CARTAGO	

29	LABORATORIO CONTROL DE CALIDAD CENTROAGUA S.A. E.S.P.	KM.1, VÍA LA RIVERA	TULUÁ	VALLE DEL CAUCA
30	INGENIO SAN CARLOS S.A.	KM.7, VÍA PALOMESTIZO		
31	LABORATORIO DE DBO INGENIERÍA LTDA.	CALLE 10 N°29B - 51 BODEGA 9, ACOPI – YUMBO	YUMBO	

Artículo 3. Autorizar a los laboratorios relacionados en el presente artículo, para que realicen los análisis microbiológicos de agua para consumo humano, así:

No.	LABORATORIOS QUE REALIZAN ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO	DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO O DISTRITO
1	LABORATORIO AMBIENTAL – GRUPO DE INVESTIGACIONES AMBIENTALES – UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - UPB	CALLE 78B N°72A – 109, ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD	MEDELLÍN	ANTIOQUIA
2	MICROBIOLOGÍA AGUAS Y ALIMENTOS.	CALLE 59A N°63 - 20 AUTOPISTA NORTE BLOQUE 11 - 107		
3	LABORATORIO CONTROL CALIDAD DE ALIMENTOS UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA	CALLE REAL, TERNERA DIAGONAL 32 N°30 - 966	CARTAGENA	BOLÍVAR
4	LABORATORIO AGROINDUSTRIAL BIOCALIDAD	CARRERA 23 N°25 – 61, OFICINA 404. EDIFICIO DON PEDRO	MANIZALES	CALDAS
5	BIOQUILAB LTDA.	CARRERA 47A N°91 - 85	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
6	CALIDAD INDUSTRIAL MICROBIOLOGÍA Y ASESORÍAS S.A.S.	CALLE 148 N°17 - 15 CEDRITOS		
7	CAMEDICA & MP DIAGNÓSTICOS S.A.S.	CARRERA 28 N°52F - 33 SUR		
8	PROCALIDAD	CARRERA 25 N°50 - 55 INTERIOR 101. TEUSAQUILLO		
9	LABORATORIO EMICAL S.A.S.	CALLE 94B N°56 - 45 BARRIO UNIDOS	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
10	RANSA COLOMBIA COLFRIGOS SAS	AVENIDA CARRERA 116 N°22H - 31		
11	TECNIMICRO LABORATORIO DE ANÁLISIS S.A.S.	CARRERA 10 N°3 – 55. INT.1	CHÍA	CUNDINAMARCA
12	LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS LTDA.	CALLE 39C N°24A – 27, PISO 2	VILLAVICENCIO	META
13	LABORATORIO MICROBIOLÓGICO MARGIE OJEDA DE SANTAELLA	AVENIDA 0A N°12 – 05 CONSULTORIO 213 EDIFICIO INGRID	CÚCUTA	NORTE DE SANTANDER
14	MICROLAB DEL NORTE	CALLE 7N N°2E – 26 CEIBA DOS		
15	LABORATORIO BIOCORROSIÓN	KM. 2, VÍA REFUGIO GUATIGUARA SEDE UIS	PIEDECUESTA	SANTANDER
16	LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA ALVAREZ MEDINA S.A.S.	AVENIDA 2N N°24N - 33	SANTIAGO DE CALI	VALLE DEL CAUCA

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.2. Resolucion 2626 de 2019.

Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y en especial de lo previsto en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 y en desarrollo del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que este Ministerio, de acuerdo con lo previsto en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 y 1753, ambas de 2015, adoptó, a través de la Resolución 429 de 2016, modificada por la Resolución 489 de 2019, la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y estableció el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS, como la manera de hacerla operativa.

Que, en la implementación y monitoreo del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, se ha evidenciado una brecha en su desarrollo entre territorios y al interior de los mismos, así como la necesidad de articular los componentes y las acciones entre los diferentes actores del SGSSS, en aras de avanzar con acciones que impacten positivamente en la población del país.

Que, con el fin de avanzar en el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y de garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud, se requiere complementar la Política con acciones territoriales específicas, fundamentadas en las prioridades en salud del territorio, que permitan profundizar en dicho proceso, a través de la interacción coordinada de las entidades territoriales con los demás agentes del sistema de salud y la alineación de prioridades y acciones en salud; su incorporación en el Plan Territorial de Salud y la implementación de estrategias integrales que aporten para lograr mejores resultados y un mayor bienestar en la salud de la población.

Que, para materializar lo anterior, es preciso desarrollar e implementar un modelo de acción integral, fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, las familias y las comunidades, que asegure una efectiva participación social y comunitaria, a través de la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, con acciones sectoriales e intersectoriales en los departamentos, distritos y municipios, con apoyo del sector central, asegurando mayor suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones individuales y colectivas en salud.

Que este modelo de acción, que se denominará Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y permitirá la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo

hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se hace necesario modificar la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y desarrollar el modelo de acción integral basado en la Atención Primaria en Salud – APS y el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE; así como unificar en un solo documento los elementos y acciones que la integran, con el fin de dar claridad en su implementación a los destinatarios del presente acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto modificar la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE para su implementación.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplicará a la población residente en el territorio nacional, a los integrantes del sistema de salud y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Artículo 3. *Liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral de Salud - PAIS y del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.* Las entidades territoriales ejercerán el liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral en Salud dentro de su jurisdicción, con el acompañamiento de este Ministerio.

La implementación y seguimiento del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias.

Artículo 4. *Política de Atención Integral en Salud -PAIS.* La Política de Atención Integral en Salud -PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutiva.

Artículo 5. ***Estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud.*** *Para* la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, la Política de Atención Integral en Salud –PAIS se desarrollará bajo las siguientes estrategias y enfoques:

5.1 Estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de los servicios de salud.

5.2 Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud. La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

5.3 Enfoque de cuidado de la salud. El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

5.4 Enfoque diferencial de derechos. El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de

desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados en salud.

Artículo 6. ***Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE.*** Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Artículo 7. ***Objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE.*** Los objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE son los siguientes:

7. 1 Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
7. 2 Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
7. 3 Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
7. 4 Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
7. 5 Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

Artículo 8. ***Líneas mínimas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE*****.** El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho (8) líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales, en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno.

Las líneas previstas, junto con su alcance, acciones, herramientas y marco normativo, son las siguientes:

8.1 Aseguramiento.

Alcance. Esta línea comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales.

Acciones:

1. Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio.

2. Desarrollar estrategias para garantizar la afiliación de poblaciones, en especial la población vulnerable.

3. Eliminar las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, mediante el desarrollo de mecanismos eficaces para la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella y el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones, teniendo en cuenta las características del territorio.

4. Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios.

5. Garantizar la integralidad de la red de prestación de servicios de salud.

6. Garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud.

Herramientas y marco normativo.

1. **Caracterización Poblacional.** Resolución 1536 de 2015 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

2. **Gestión Integral del Riesgo en Salud.** Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud, Resolución 1841 de 2013 -Plan Decenal de Salud Pública-, Resolución 1536 de 2015 y Resolución 2515 de 2018 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. **Estructura de datos de ingresos y novedades de la afiliación, verificación de condiciones para el reporte y validación de la información que los afiliados registren sobre su estado de afiliación**. Resolución 4622 de 2016, que establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes Especial y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

4. **Actualización de la base de datos Sisbén y eliminación de registros suspendidos identificados por el DNP.** Conpes Social 117 de agosto de 2008, 3877 de 2016 y la

Resolución 4555 de 2017 del Departamento Nacional de Planeación -DNP, que establece las fechas de entrega de las bases bruta municipales y de la publicación de la base certificada nacional del Sisbén para el 2018, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

5. **Mecanismos de pago y aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.** Artículos 2.5.3.4.5 y siguientes del Decreto 780 de 2016 o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

6. **Listados censales.** Consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales que definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información. 2.1.5.2, 2.4.6 y 2.9.2.5.3. del Decreto 780 de 2016. Resolución 5246 de 2016, que establece los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

7. **Reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional- SAT.** Artículos 2.1.6.1 y 2.1.6.6. del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 768 de 2018, que adopta las reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

8. **Condiciones y reglas para la operación de la portabilidad**. Artículos 22 de la Ley 1438 de 2011, 2.1.12.1 a 2.1.12.9 del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

9. **Condiciones y reglas para la movilidad, del Régimen Subsidiado hacia el Régimen Contributivo y viceversa.** Artículos 2.1.7.7 a 2.1.7.17 del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

8.2 Salud Pública

Alcance. Esta línea busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.

Acciones:

1. Definir, organizar y coordinar la participación de los actores del sector salud, otros sectores y la comunidad, en el proceso de planeación integral en salud, garantizando la alineación del Plan Territorial de Salud a las prioridades de salud de la población y el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente.

2. Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales.

3. Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.

4. Ejecutar las acciones de gestión de la salud pública de manera oportuna.

5. Garantizar la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, sobre la base de los principios de continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad y adaptabilidad, en los términos previstos en la normativa dispuesta en la materia.

6. Realizar el seguimiento y evaluación de los resultados esperados en salud en las personas, familias y comunidades, la prestación de las atenciones individuales y colectivas y la gestión de la salud pública de los actores del sistema de salud.

7. Formular e implementar proyectos de inversión que incluyan intervenciones costo – efectivas y complementarias dirigidas a las personas, familias y comunidades, que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación en Salud.

8. Diseñar, implementar y evaluar el plan de desarrollo de capacidades funcionales y técnicas dirigido a los integrantes del sistema de salud, a fin de fortalecer las competencias para la gestión de la salud pública y la operación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades.

9. Diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información en términos de exactitud, coherencia, integralidad, oportunidad y consistencia, relacionada con los eventos de interés en salud pública y con las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que contribuyen a los resultados en salud.

10. Fortalecer la atención integral articulando las acciones de salud pública con las de atención individual en el territorio.

Herramientas y Marco normativo.

1. **Plan Decenal de Salud Pública**. Resolución 1841 de 2013, que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, o las Normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. **Disposiciones de Gestión de la Salud Pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).** Resolución 518 de 2015, que dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

3. **Planeación integral para la salud**. Resolución 1536 de 2015, que establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

4. **Rutas Integrales de Atención en Salud**. Resolución 3202 de 2016, que adopta, el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, y un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS, y la Resolución 3280 de 2018, que adopta 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, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. **Repositorio de las Rutas Integrales de Atención en Salud**. Publicadas en la página institucional del Ministerio de Salud y Protección Social y aquellas que se desarrollen los territorios o los agentes del Sistema.

6. **Sistema de Vigilancia en Salud Pública.** Artículos 2.8.8.1.1.1 a 2.8.8.1.4.30 del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

7. **Modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.** Resolución 1229 de 2013, que establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

8.3 Prestación de Servicios de Salud.

Alcance. Esta línea comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutiva, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.

Acciones:

1. Implementar mecanismos, instrumentos o metodologías para la actualización, verificación y análisis de disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud que incluya la estimación del diferencial entre la disponibilidad y lo requerido en talento humano, recursos tecnológicos, financieros y físicos para la atención de la población, teniendo en cuenta la situación de salud y los ámbitos territoriales.

2. Implementar las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y su seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención en salud de la población.

3. Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el territorio.

4. Garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, los requerimientos y acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios, que garanticen la integralidad en la atención en salud.

5. Definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas, entre la red de prestación de servicios conformadas por los aseguradores y las entidades departamentales y distritales de salud, principalmente en los ámbitos territoriales rurales dispersos.

6. Garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, tanto individuales como colectivas.

7. Mejorar la infraestructura y la dotación de los prestadores de servicios de salud en el territorio.

8. Fortalecer los servicios extramurales e incorporar tecnologías de atención en sitio garantizando su resolutividad.

9. Fortalecer los Sistemas de Información en Salud promoviendo la interoperabilidad de los mismos y su operación en línea y en tiempo real.

10. Fortalecer las actividades de telesalud y la modalidad de telemedicina, aprovechando todas las fuentes de datos y las tecnologías digitales

11. Promover la demanda inducida a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Herramientas y marco normativo.

1. **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud**. Resoluciones 1441 de 2016, que establece los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes

Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. **Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, o documento de organización de los servicios de salud**. Artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 o la norma que la modifique o sustituya.

3. **Programa Acción Integral en Hospitales Públicos - Ai Hospital**. https://sig.sispro.gov.co/SistemaAlertasHospitales/ABC_Programa_Aihospital_V1_Abril_2019.pdf

4. **Planes bienales de inversiones públicas en salud**. Resolución 2514 de 2012, que reglamenta los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud y la Resolución 1985 de 2013 que establece el procedimiento que las entidades territoriales deben seguir para incluir los proyectos de inversión en sus Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud en el marco de la Ley 1608 de 2013, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. **Programa de saneamiento fiscal y financiero**. Artículo 77 de la Ley 1955 de 2019 o la norma que la modifique o sustituya.

6. **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC.** Artículos 2.5.1.1.1 a 2.5.1.5.4 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014, que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

7. **Transformación digital en el Sector Salud y TELESALUD.** Leyes 1419 de 2010 y 1955 de 2019, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

8.4 Talento Humano en salud.

Alcance. Esta línea comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, como protagonista, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.

Acciones:

1. Desarrollar o fortalecer la capacidad para la planeación y gestión del talento humano en salud en las entidades territoriales, acorde al análisis de situación de salud de la población y las prioridades de los departamentos, distritos y municipios.

2. Fortalecer la formación territorial de nuevo talento humano en salud para mejorar la suficiencia, disponibilidad y capacidad resolutiva, particularmente en el componente primario.

3. Fortalecer las competencias y la capacidad resolutiva del talento humano ya disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la Política de Atención Integral en Salud, centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades, a través de acciones de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de acciones de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP), reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.

4. Fortalecer el servicio social obligatorio generando incentivos y acuerdos territoriales para la reubicación y la creación de nuevas plazas en lugares de mayor necesidad de ser requerido.

5. Gestionar, organizar y poner en operación los diferentes perfiles en equipos multidisciplinarios para la salud, particularmente en el componente primario, incluyendo la vinculación de agentes comunitarios, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas.

8. Desarrollar incentivos efectivos orientados a la gestión por competencias, dignificación del talento humano en salud y cierre de brechas en cuanto a suficiencia, distribución y calidad del personal de salud.

9. Fortalecer los procesos de investigación y gestión territorial de la información y el conocimiento del talento humano en salud.

Herramientas y marco normativo.

1. **Política Nacional de Talento Humano en Salud. Disponible en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf** En el marco de las Leyes 1164 de 2007, 1438 de 2001, 1751 de 2015, 1753 de 2015 y del Documento Conpes 3674 de 2010.

2. **Estrategia de incentivos para el Talento Humano en Salud, experiencias internacionales y nacionales en la generación de incentivos**, enlace: https://www.minsalud.gov.co/salud/PO/Paginas/incentivos-talento-humano-en-salud.aspx.

3. **Servicio Social Obligatorio - SSO.** Artículo 32 de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 1058 de 2010, que reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y la Resolución 2358 de 2014, que

establece el procedimiento para la asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio - SSO de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

4. **Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, ReTHUS**. Artículos 23 de la Ley 1164 de 2007, 2.7.2.1.1 a 2.7.2.1.3.3 del Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en Colegios Profesionales del área de la salud, se reglamenta el Registro Único Nacional y la Identificación Única del Talento Humano en Salud y la Resolución 3030 de 2014, que define las especificaciones para el reporte de la información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – Rethus, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. **Observatorio de Talento Humano en Salud.** Artículo 8° de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 1536 de 2010, que establece la organización y funcionamiento del Observatorio del Talento Humano en Salud en Colombia, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

8.5 Financiamiento.

Alcance. Línea que comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Acciones:

1. Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales en las Entidades Territoriales a través de la articulación de las secretarías territoriales de salud y de hacienda o de quienes hagan sus veces, para que la gestión administrativa y financiera de los recursos esté alineada con las prioridades en salud del territorio y armonizados con los demás instrumentos de planeación territorial.
2. Mejorar los instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo las necesidades priorizadas del territorio.

3. Gestionar recursos adicionales a los ya provistos por el sistema de salud, para el desarrollo de intervenciones que resultan indispensables para el logro de los resultados en salud.

Herramientas y marco normativo.

1. **Seguimiento a la ejecución de los recursos de las cuentas**, con base en la información reportada por parte de las entidades financieras al Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Resolución 1128 de 2013 y el Formulario Único Territorial – FUT, reportado

por parte de las entidades territoriales, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. **Planes de Aplicación de los excedentes del Régimen Subsidiado de las entidades territoriales**. Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 y el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, reglamentados con la Resolución 1756 de 2019, que actualiza el Plan de Aplicación de la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. **MIPRES.** Herramienta tecnológica para el reporte de información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. Resolución 1885 de 2018, que establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios, y la Resolución 2438 de 2018, que establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, la cual será aplicable hasta el 31 de diciembre de 2019, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019.

8.6 Enfoque Diferencial.

Alcance. Esta línea reconoce las particularidades de las poblacionales y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud, adelantarán acciones para eliminar tanto barreras de acceso a los servicios de salud, como otras formas de exclusión, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud.

Acciones:

1. Adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad.

2. Desarrollar procesos participativos y sistemáticos de armonización entre la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones.

3. Realizar adecuaciones técnicas en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos y herramientas, para el fortalecimiento territorial que responda a las prioridades en salud de los individuos y colectivos en condiciones de vulnerabilidad, la cultura y los sistemas médicos tradicionales o ancestrales, en coherencia con los contextos geográficos, demográficos, y sociales en que habitan.

4. Fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio para la atención integral de grupos étnicos, niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, población en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, y otros grupos con condiciones especiales, promoviendo la incorporación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias en las acciones de cuidado primario, así como las capacidades técnicas, estructurales y de comunicación, estableciendo relaciones horizontales que promuevan la igualdad frente al derecho a la salud.

5. Concertación de planes de formación que integren la aplicación del enfoque diferencial en los procesos académicos, así como en la gestión y la vinculación laboral del talento humano en salud.

6. Fortalecer la disponibilidad de información y evidencia de la atención en salud diferencial de las personas y colectivos.

Herramientas y marco normativo.

1. **Medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los Pueblos y Comunidades Indígenas.** Decreto - Ley 4633 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

2. **Medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rom o Gitano.** Decreto - Ley 4634 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

3. **Atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.** Decreto - Ley 4635 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

4. **Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI**. Ley 1448 de 2011 y enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf

5. **Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.** Artículo 88 del Decreto 4800 de 2011. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf

6. **Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género**. Enlace https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx

7. **Plan de Respuesta del Sector Salud para el Fenómeno Migratorio.** Enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf.

8. **Condiciones para que la atención en salud de las personas adultas mayores sea preferencial, ágil y oportuna**. Ley 1251 de 2008 y Resolución 1378 de 2015, que establece disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano de Oro".

9. **Procedimientos de autorización de funcionamiento y requisitos mínimos de los centros vida y los centros de día para personas adultas mayores.** Ley 1276 de 2009, y la Resolución 24 de 2017, que establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

10. **Medidas para el acceso de información adecuada y suficiente para la toma de decisiones en salud, relacionadas con sus derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas en condición de discapacidad**. Resolución 1904 de 2017, que adopta el reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señala las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios. Enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf

11. **Documento de orientaciones técnicas de consentimiento informado para personas en condición de discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, en desarrollo de la Resolución 1904 de 2017.** Disponible para consulta en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf

12. **Procedimiento de expedición de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad**. Resolución 583 de 2018, que implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

8.7 Intersectorialidad.

Alcance. Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las

personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.

Acciones:

1. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación que permitan la gestión intersectorial para la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas, garantizando respuestas integrales que potencian acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados.

2. Generar mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados.

3. Establecer acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores si fuera pertinente, para la canalización efectiva de la población desde los servicios de salud a los servicios sociales que se requieren, para optimizar los resultados en salud.

4. Definir y desarrollar objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud, de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad

5. Generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (departamental, distrital y municipal) alrededor de los objetivos comunes pactados, con el fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficiencia de las intervenciones.

Herramientas y marco normativo.

1. **Orientaciones para la Intersectorialidad.** ”Documento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social. Enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf

2. **Consejos Territoriales de Salud.** Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3. **Comités de Participación Comunitaria.** Artículos 2.10.1.1.1 a 2.10.1.1.23 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

4. **Veedurías Ciudadanas.** Ley 850 de 2003.

8.8 Gobernanza.

Alcance. Esta línea comprende las acciones para la gestión de la salud como un asunto público, se fundamenta en la participación de la sociedad civil y se fortalece con el desempeño de la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria; implica que los gobernantes e instituciones (públicas y privadas), así como la participación de la comunidad funcionen activamente como un conjunto, para resolver los problemas priorizados y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud.

Acciones:

1. Realizar consensos y procesos de toma de decisiones participativos en salud.

2. Fortalecer la autoridad sanitaria local en relación con las capacidades necesarias para liderar desde la función rectora políticas, planes, programas y proyectos en pro de la salud de la población de su territorio, la adherencia a las normas el uso de estrategias e iniciativas apropiadas.

3. Desarrollar e implementar mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las Entidades Territoriales de Salud y demás integrantes del sistema de salud.

4. Realizar monitoreo y seguimiento de las acciones derivadas de las líneas de acción definidas en el MAITE.

5. Fortalecer los sistemas de información para que sean interoperables.

6. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud.

7. Fortalecer los procesos participativos sociales y comunitarios.

8. Realizar seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana.
9. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud.

10. Fortalecer la capacidad de respuesta frente a órdenes judiciales.

Herramientas y marco normativo.

1. **Política de participación social en salud.** Resolución 2063 de 2017, que adopta la política de participación social en salud (PPSS), o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

2. **Transparencia y acceso a la información pública nacional**. Ley 1712 de 2014 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

3. **Planeación Integral en Salud.** Resolución 1536 de 2015, que establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Artículo 9. ***Fases para la formulación del Plan de Acción e Implementación del MAITE.*** Para la materialización de las acciones del MAITE en los territorios, se deberá formular, ejecutar, monitorear y ajustar un plan de acción territorial que especifique las prioridades en cada línea de acción, los responsables, los compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las acciones requeridas para el logro de los objetivos.

El plan de acción territorial e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, deberá desarrollarse en las siguientes fases:

9.1 Planeación, formulación y adopción. Se refiere al proceso mediante el cual las entidades departamentales y distritales de salud, con el acompañamiento de este Ministerio, identifican las prioridades del territorio en cada línea de acción del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE y especifican los compromisos, responsables, productos, indicadores y tiempos de ejecución. En esta fase se procederá a incorporar los avances realizados en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS en las líneas de acción correspondientes.

Para el efecto, los departamentos y distritos tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la posesión del respectivo gobernador y alcalde, para la formulación y adopción del Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM. Durante este proceso, la entidad territorial deberá presentar a este Ministerio informes bimestrales con el propósito de establecer los grados de avance de la formulación del plan.

Una vez aprobado el Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM por parte de los departamentos y distritos, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptará y implementará.

9.2 Ejecución. En esta fase se implementará el Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM y el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución. La vigencia del Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.

9.3 Monitoreo. Durante esta fase se efectúa la verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el PAIM. La entidad territorial reportará a este Ministerio, el

resultado de este monitoreo, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vencimiento de cada trimestre.
En desarrollo de esta fase se podrá determinar la necesidad de efectuar modificaciones, para garantizar el cumplimiento del PAIM, las cuales se formalizarán en los términos de la fase de ajuste al plan.

9.4 Ajuste del Plan. En el tercer trimestre de cada año, el departamento o distrito hará una revisión integral del Plan de Acción e Implementación del MAITE- PAIM y en caso de determinar la necesidad de realizar modificaciones para su ejecución, la entidad territorial efectuará los ajustes que considere. En caso de ajustes al Plan deberá comunicarse al Ministerio de Salud y Protección Social de manera inmediata.

Parágrafo 1. Este Ministerio desarrollará un proceso de acompañamiento en la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, durante todas las fases del Plan de Acción.

Parágrafo 2. El cumplimiento y los resultados de la implementación del modelo podrá ser un criterio de priorización en la destinación de los recursos y transferencias que este Ministerio realice a las entidades territoriales e incorporado como un requisito de elegibilidad de los proyectos, planes o programas que se financien con estos recursos o transferencias, de que trata la Resolución 5514 de 2013, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Artículo 10. ***Indicadores para el monitoreo, de la implementación y avances del MAITE***. Este Ministerio definirá dentro el año inmediatamente siguiente a la expedición del presente acto administrativo, los indicadores y criterios para el monitoreo de la implementación y avances del Modelo, con el propósito de verificar los resultados e impacto en la salud de la población en la respectiva entidad territorial.

Artículo 11. ***Incorporación de los avances del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS***. El Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE incorporará los desarrollos de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, por lo que las obligaciones de orden contractual, los compromisos y las demás actuaciones que se hayan gestado a partir de tal Modelo, antes de la entrada en vigencia de la presente resolución, continuarán su ejecución y se entenderán complementarios del MAITE.

Los actos administrativos y demás documentos que se hayan adoptado con el propósito de dar aplicación al Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, así como las herramientas desarrolladas por este Ministerio, se integrarán a una o varias de las líneas mínimas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, definidas en el artículo 8 del presente acto administrativo, y se indicarán dentro del Plan de Acción e Implementación del MAITE- PAIM. En consecuencia, las referencias al MIAS se entenderán realizadas, en lo pertinente, a MAITE.

Artículo 12. ***Transitorio.*** El Plan de Acción e Implementación del MAITE- PAIM que adopten las entidades territoriales en la vigencia 2019, continuarán con su ejecución hasta junio de 2020, y

las acciones y herramientas allí desarrolladas, serán insumo para la formulación del siguiente plan de acción MAITE.

Artículo 13. ***Vigencia y derogatorias***. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica la Política de Atención Integral en Salud, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, los compila en un solo acto administrativo; y deroga las Resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.3. Resolucion 2654 de 2019.

Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 2, numeral 14, del Decreto – Ley 4107 de 2011, 9, parágrafo 1, de la Ley 1419 de 2010 y en desarrollo de la Ley 1955 de 2019 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1419 de 2010 establece los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad, para lo cual adopta una serie de definiciones y disposiciones sobre su implementación con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones.

Que los artículos 6 y 10, en sus literales a), de la Ley 1751 de 2015 precisa como uno de los elementos del derecho fundamental a la salud el de disponibilidad y establecen, como parte de los derechos de las personas, el "*acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garantice una atención integral, oportuna y de alta calidad*", respectivamente.

Que el artículo 64 de la Ley 1438 de 2011 prevé las redes integrales de salud para que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, en aras de garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos; precisando en el numeral 64.10 que la articulación de las redes debe tener como unos de sus objetivos y componentes "*la coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia*".

Que la Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *"Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"* en sus bases dispuso, *"III. Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados"*, en el literal *"B. Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos"*, en las estrategias del literal b, Numeral 2 Objetivos y estrategias, se establece como tercer objetivo, literal e) "*Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones"*, para lo cual este Ministerio "*promoverá la modernización de la gestión de prestación de servicios a través de avances en la interoperabilidad de los sistemas de información y mejoras en conectividad en los territorios apartados, en articulación con los lineamientos de*

MinTIC (impulsando los programas de telesalud, historia clínica electrónica interoperable, factura electrónica y demás apropiaciones TIC) y en el marco de los Servicios Ciudadanos Digitales."

Que para el sector es relevante la implementación de la telemedicina, con el objeto de facilitar el acceso, la oportunidad y la resolutividad en la prestación de servicios a la población, en especial, a la que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambas en su área geográfica.
Que conforme con lo anterior, es necesario expedir una regulación en la que se establezcan las disposiciones para el desarrollo de la telesalud, y los parámetros para la práctica de la telemedicina, en cuanto al campo de aplicación, categorías de la telemedicina, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como calidad de la información y de los datos para preservar la calidad y seguridad de la atención, tal y como lo determinan las leyes 527 de 1999, 1266 de 2008, 1581 de 2012, 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina, sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como de la información y los datos.

Parágrafo. Los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios en la modalidad de telemedicina, serán las que se establezcan en el Sistema Único de Habilitación.

Artículo 2. *Campo de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a:

2.1 Los prestadores de servicios de salud.
2.2 Las entidades promotoras de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado
2.3 Las entidades que administren planes adicionales de salud
2.4 Las entidades adaptadas
2.5 las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud
2.6 Las secretarías, institutos, direcciones y unidades administrativas departamentales y distritales de salud.
2.7 La Superintendencia Nacional de Salud - SNS.
2.8 Los profesionales de la salud registrados en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS.

Parágrafo. La presente resolución no establece competencias para el talento humano, las mismas se encuentran previstas en la normatividad que regula la materia.

Artículo 3. Definiciones. Para los efectos de la presente resolución, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, tal como lo prevé el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

Actividad de salud. Conforme lo establece el numeral 1 del artículo 8 de la Resolución 5857 de 2018, expedida por este Ministerio, es el conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

Firma digital. Según el artículo 2 de la Ley 527 de 1999, es un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos y que, utilizando un procedimiento matemático conocido, vinculado a la clave del iniciador y al texto del mensaje, permite determinar que este valor se ha obtenido exclusivamente con la clave del iniciador y que el mensaje inicial no ha sido modificado después de efectuada la transformación.

Firma electrónica. Códigos, contraseñas, datos biométricos, o claves criptográficas privadas, que permite identificar a una persona, en relación con un mensaje de datos, siempre y cuando el mismo sea confiable y apropiado respecto de los fines para los que se utiliza la firma, como lo dispone el artículo 2.2.2.47.1**.** del Decreto 1074 de 2015.

Infraestructura tecnológica. Todos los elementos de tecnologías de información - TI que soportan la operación de la institución, entre los que se encuentran la plataforma hardware, la plataforma de comunicaciones y el software especializado (sistema operacional, software de comunicaciones, software de integración y manejadores de bases de datos, entre otros).

Inteligencia artificial. La inteligencia artificial (“*Artificial Intelligence”, o “AI”*) es la simulación de procesos de inteligencia humana por parte de máquinas, especialmente sistemas informáticos. Estos procesos incluyen el aprendizaje (la adquisición de información y reglas para el uso de la información), el razonamiento (usando las reglas para llegar a conclusiones aproximadas o definitivas) y la autocorrección.

Sistema de Inteligencia Artificial. Es un sistema basado en máquinas que puede, para un conjunto de objetivos definidos por los humanos, hacer predicciones, recomendaciones o decisiones, influenciando ambientes virtuales o reales. Los sistemas de Inteligencia artificial son diseñados para operar de acuerdo a niveles de autonomía.

Mensaje de datos. Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como pudieran ser, entre otros, el Intercambio Electrónico de Datos (EDI), Internet, el correo electrónico, el telegrama, el télex o el telefax”**.**

Método de comunicación asincrónico. Los textos, imágenes y datos son transmitidos sin necesidad de que la persona que emite y quien recibe, estén presentes en tiempo real.

Método de comunicación sincrónico. Tanto el que emite la comunicación como el que la recibe, se encuentran presentes en sus equipos de cómputo o de procesamiento de datos, en el mismo momento de la emisión de la información. Es una transmisión en vivo y en directo, en línea y en tiempo real.

Modalidad de prestación de servicios de salud. La modalidad de prestación de servicios de salud se refiere a la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son intramural, extramural y telemedicina.

Prestador remisor de telemedicina. Es el prestador de servicios de salud, con limitaciones de acceso o de capacidad resolutiva, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad)**.**

Prestador de referencia de telemedicina. Es el prestador de servicios de salud que cuenta con el talento humano en salud capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario o uno o más prestadores remisores en condiciones de oportunidad y seguridad.

Proveedor tecnológico. Persona jurídica que proporciona servicios relacionados con TIC (plataforma tecnológica y servicios tecnológicos) y son responsables del aprovisionamiento, habilitación, configuración, mantenimiento, operación, soporte a usuarios y acompañamiento a entidades.

Recursos tecnológicos. Son un medio, bien o instrumento que se vale de la tecnología para cumplir con un propósito.

Red social. Espacios o estructuras en Internet que permiten a las personas interactuar con una o más personas o instituciones a la vez, aun cuando estas se encuentren a una larga distancia, estableciendo relaciones entre grupos o comunidades con intereses comunes.

Servicio de salud. Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Tecnologías de información y comunicación. Conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios, que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como voz, datos, texto, video e imágenes.

Telemedicina. Conforme lo determina el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Telesalud. De acuerdo con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

Artículo 4. *Libre escogencia.* Los servicios de salud que se presten en cumplimiento de lo establecido en la presente resolución, tendrán en cuenta la libre escogencia del usuario, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Artículo 5. *Autonomía.* Los servicios de salud que se presten en cumplimiento de lo establecido en la presente resolución, tendrán en cuenta la autonomía de los profesionales de la salud, definida en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, así como los principios éticos que regulan el ejercicio de las profesiones.

Artículo 6. *Responsabilidad.* El prestador de servicios de salud que habilite un servicio de salud en la modalidad de telemedicina será responsable de:

6.1 Cumplir los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares.

6.2 Garantizar la formación continua del talento humano en el manejo de la tecnología utilizada, en los procesos, procedimientos y herramientas inherentes a la prestación de los servicios, en la

que se use tecnologías de información y comunicación.

Parágrafo. Cuando el personal de salud no profesional participe en una actividad de telesalud o telemedicina, el responsable de la atención, deberá asegurarse que la formación y competencia de dicho personal sean adecuadas para garantizar la seguridad del paciente, en todo caso tal personal responderá en el marco de sus competencias.

Artículo 7. *Consentimiento informado*. El responsable de una actividad de telesalud o telemedicina debe obtener el consentimiento informado, en los casos que aplique, del paciente o usuario o de su representante, e informar a estos, cómo funciona la atención mediante el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, el alcance, los riesgos, los beneficios, las responsabilidades, el manejo de la privacidad y confidencialidad, el manejo de sus datos personales, los protocolos de contacto según la categoría de telemedicina que se use, las condiciones para prescripción de tecnologías en salud, los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia, los procedimientos a seguir por fallas tecnológicas incluidas las de comunicación y los riesgos de violaciones de la confidencialidad durante las consultas virtuales, entre otros.

Se dejará constancia del consentimiento en la historia clínica de la persona, quien, con su firma, digital, electrónica o manuscrita según el caso, declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido en esta modalidad.

CAPÍTULO II
DE LA TELESALUD

Artículo 8. *Objetivo de la telesalud.* La telesalud busca mejorar el acceso, la resolutividad, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Artículo 9. *Actividades de telesalud.* Las siguientes actividades se consideran parte de la telesalud y no se habilitan:

9.1 Teleorientación en salud.
9.2 Teleapoyo.

Parágrafo. Se le debe informar al usuario el alcance e implicaciones de dichas actividades y que la información generada podrá ser parte de su historia clínica.

Artículo 10. *Teleorientación en salud.* Es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

Artículo 11. *Teleapoyo.* El teleapoyo se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario.

Artículo 12. *Comunicación de los usuarios con personal de la salud a través de plataformas tecnológicas*. La comunicación entre el personal de la salud y los usuarios a través de plataformas tecnológicas para actividades de telesalud, debe cumplir con las siguientes condiciones:

12.1 Estar autorizada por el usuario.
12.2 Garantizar la identificación del personal de la salud frente al usuario al inicio de la comunicación.
En caso de efectuarse teleorientación usando inteligencia artificial, esto debe ser informado al usuario indicando el responsable de dicha plataforma.
12.3 Garantizar la identificación del usuario cumpliendo con las buenas prácticas de identificación de acuerdo con la política nacional de seguridad de pacientes.
12.4 Garantizar el tratamiento confidencial de la información por parte del personal de la salud.
12.5 Garantizar la protección de datos personales, de que trata la Ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

CAPÍTULO III
DE LA TELEMEDICINA

Artículo 13. *Objetivo de la modalidad de telemedicina.* La modalidad de telemedicina, como componente de la telesalud, tiene como objetivo facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutividad en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esta modalidad de prestación de servicios puede ser ofrecida y utilizada por cualquier prestador, en cualquier zona de la geografía nacional, en los servicios que determine habilitar en dicha modalidad y categoría siempre y cuando cumpla con la normatividad que regula la materia.

Parágrafo 1. La infraestructura tecnológica que se utilice para el intercambio de información en las actividades de telemedicina, deberá garantizar la confidencialidad y seguridad de la información. El prestador será responsable de su cumplimiento.
Parágrafo 2. Las actividades de telemedicina deben ser registradas en la historia clínica de las personas atendidas por el personal de salud que las realice.

Parágrafo 3. La modalidad de telemedicina podrá usar métodos de comunicación sincrónico o asincrónico, según sea el caso, e incluye la prestación de servicios a usuarios ubicados dentro o fuera de las instalaciones del prestador. El profesional de la salud en el contexto de su autonomía determinará si el usuario requiere atención presencial.

Artículo 14. *Categorías de telemedicina.* La modalidad de telemedicina presenta las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí:

14.1 Telemedicina Interactiva.
14.2 Telemedicina no interactiva.
14.3 Teleexperticia.
14.4 Telemonitoreo.

Parágrafo. El personal de salud que participe en las actividades de cualquiera de las categorías de la telemedicina, las realizará de acuerdo con sus competencias y responsabilidades y en su desarrollo se respetará su autonomía profesional.

Artículo 15. *Telemedicina interactiva.* Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.

El profesional de la salud asumirá la responsabilidad del diagnóstico, concepto, tratamiento e intervenciones ordenadas. En el marco de su autonomía el profesional de la salud podrá abstenerse o cancelar la atención en esta modalidad fundamentando las razones de tal decisión. El prestador de servicios de salud deberá cumplir con los estándares y criterios de habilitación establecidos para el prestador de referencia, en las normas que regulen la materia.

Parágrafo. El prestador de servicios de salud debe establecer si realiza la grabación de las videollamadas, en caso de hacerlo, solicitará autorización al usuario y al profesional de salud. La grabación deberá incluirse como un documento electrónico en la historia clínica y cumplir con los tiempos de retención documental y conservación definidos en la norma que regula la materia.

Artículo 16. *Telemedicina no interactiva.* Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata. El profesional de la salud asumirá la responsabilidad del diagnóstico, concepto, tratamiento e intervenciones indicadas. En el marco de su autonomía, el profesional de la salud podrá abstenerse de brindar la atención en esta categoría fundamentando las razones de tal decisión. Para tal fin, deberá cumplir con los estándares y criterios de habilitación establecidos para el prestador de referencia, en las normas que regulen la materia.

Artículo 17. *Telexperticia.* Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:

17.1 Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro atiende a distancia. El profesional que atiende presencialmente al usuario es responsable del tratamiento y de las decisiones y recomendaciones entregadas al paciente y el que

atiende a distancia es responsable de la calidad de la opinión que entrega y debe especificar las condiciones en las que se da dicha opinión, lo cual debe consignarse en la historia clínica.

17.2 Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia. El profesional que atiende a distancia será el responsable del tratamiento y de las recomendaciones que reciba el paciente, y el personal de salud no profesional que atiende presencialmente al usuario será el responsable de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia.

17.3 Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

Artículo 18. *Telemonitoreo*. Es la relación entre el personal de la salud de un prestador de servicios de salud y un usuario en cualquier lugar donde este se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y trasmite a distancia datos clínicos, para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica o proporcione una respuesta relacionada con tales datos. El telemonitoreo podrá realizarse con método de comunicación sincrónico o asincrónico. Se excluye de este concepto, el monitoreo realizado entre los servicios ubicados en una misma sede del prestador.

Parágrafo. Cuando el usuario se compromete a la recolección y transmisión de los datos, los contenidos serán de su responsabilidad, para lo cual, el profesional de la salud, mediante los mecanismos que estime pertinentes, verificará que el usuario esté entrenado para la recolección y envío de los datos.

Artículo 19. *Prescripción de medicamentos en telemedicina.* La prescripción de medicamentos por el profesional autorizado para ello, solo podrá realizarse en las categorías de telemedicina interactiva y telexperticia sincrónica. Cada profesional será responsable por la prescripción que realice. En el marco de la autonomía, el profesional podrá abstener de realizar la prescripción. Teniendo en cuenta que la prescripción de medicamentos de control especial requiere formulación en el recetario oficial, esta deberá realizarse según lo establecido en la Resolución 1478 de 2006.

La firma electrónica o la firma digital del profesional de la salud que se utilice en la prescripción, tendrá plena validez siempre y cuando la misma cumpla con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

Artículo 20. *Autorizaciones de servicios*. Cuando de una atención en la modalidad de telemedicina se requiera solicitud de autorización de servicios, la orden o fórmula médica expedida por el profesional de salud, según su competencia, servirá como soporte para dicho trámite en los términos definidos en la norma que regule la materia.

CAPÍTULO IV
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS

Artículo 21. *Plataformas tecnológicas para la telesalud*. Se consideran plataformas tecnológicas para la telesalud, entre otras, los aplicativos web, aplicaciones web, aplicaciones informáticas, sistemas web, aplicaciones móviles, video llamadas, redes sociales, servicios de mensajería electrónica como correo electrónico, Servicio de Mensajes Cortos -SMS, Servicio de Mensajería Multimedia -MMS, las cuales pueden ser provistas por un operador tecnológico propio de los prestadores o por un tercero y estarán bajo la responsabilidad de quien brinda el servicio de salud.

Artículo 22. *Responsabilidades en el uso de plataformas tecnológicas en telemedicina.* Los prestadores de servicios de salud que ofrezcan la modalidad de telemedicina (remisor y de referencia) deberán garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad y fiabilidad de los datos y deberán utilizar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o fraudulento o no autorizado a la misma, de acuerdo con lo establecido en la normatividad expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan, teniendo en cuenta lo siguiente:

22.1 Cualquier plataforma tecnológica o dispositivo electrónico que se utilice para desarrollar las actividades de telesalud o telemedicina debe cumplir con los lineamientos de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regule la materia.

22.2 El establecimiento de la comunicación y el intercambio de datos para las actividades de telemedicina entre prestadores de servicios de salud y usuarios debe hacerse sobre las plataformas tecnológicas dispuestas por el prestador, que cumplan con los criterios de seguridad del servicio de intercambio de información, que controle permisos de acceso por origen y usuario de la plataforma y que dispongan de certificados de seguridad, algoritmos de cifrado y que garanticen la seguridad, la privacidad y la confidencialidad de la información.

22.3 Las plataformas tecnológicas deberán cumplir con los estándares de interoperabilidad que se establezcan tanto en contenidos como en el intercambio electrónico de datos, de acuerdo a la normatividad que regule la materia.

22.4 Cuando las plataformas tecnológicas o los dispositivos electrónicos sean de terceros, será responsabilidad de los prestadores verificar las condiciones de seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos que se recogen, transmitan o del tratamiento que se les dé.

Artículo 23. *Calidad de los datos a través de plataformas tecnológicas o dispositivos electrónicos.* El prestador de servicios deberá garantizar la fiabilidad, integridad y disponibilidad de

la información que se recoja, genere, transmita o del tratamiento que se les dé, de acuerdo a la normatividad que regule la materia.

Artículo 24. *Tratamiento de la información y habeas data*. Los prestadores que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que le sea aplicable en el marco de las normas que regulen la materia, para efectos de garantizar la privacidad, seguridad, integridad y confidencialidad de la información suministrada y de los datos a los que tengan acceso, en los términos de la Ley 1581 de 2012. Igualmente, y cuando aplique, deberá realizar la inscripción de las bases de datos en el Registro Nacional de Bases de Datos - RNBD.

Artículo 25. *Uso de la firma electrónica o de la firma digital*. Tendrá plena validez la firma electrónica o la firma digital que se utilice en cualquiera de los documentos generados en los procesos de atención con telesalud o telemedicina, cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad que regule la materia.

CAPÍTULO V
CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 26. ***Calidad de la atención***. La provisión de servicios de salud a los usuarios a través de la modalidad de telemedicina, debe preservar las características de calidad de la atención de salud que incluyen accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad establecidas en la norma que regula el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud o las que la modifiquen, o sustituyan.

Artículo 27. *Seguridad del paciente*. Las actividades de telesalud y telemedicina deberán desarrollarse en el marco de la política nacional de seguridad del paciente, implementar las barreras de seguridad, para disminuir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos o incidentes relacionados con su uso.

CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 28. *Financiación de la telemedicina*. El plan de servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC, cubren la modalidad de telemedicina para los servicios o tecnologías en salud definidos en la Resolución 5857 de 2018 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Si la modalidad de telemedicina se usa para la realización de un procedimiento o actividad no financiadas con cargo a la UPC, su financiación se realizará a través del mecanismo de protección individual, previsto en la normatividad que regule la materia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud financia los servicios prestados en la modalidad de telemedicina, cuando estos sean brindados por prestadores inscritos con servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS.

Artículo 29. ***De las instituciones extranjeras en la práctica de telemedicina.*** La prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina por un prestador de servicios de salud extranjero podrá efectuarse si este tiene en el territorio nacional un prestador de servicios de salud inscrito y con servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, que cumpla con lo establecido en la presente norma. El español es el idioma oficial para el intercambio de información y el registro en la historia clínica.

Artículo 30. ***Del modelo de atención en salud.*** Los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de mejorar la oportunidad y el acceso a los servicios de salud, promoverán y apoyarán la implementación de un modelo de atención en salud que incluya actividades de telesalud y la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina en cualquiera de sus categorías, independientemente de su ubicación geográfica.

Artículo 31. ***Inspección, vigilancia y control***. El cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías, Institutos, Direcciones y Unidades Administrativas departamentales y distritales de salud en lo de su competencia y los demás órganos de inspección, vigilancia y control de acuerdo a la norma que regule la materia.

Artículo 32. ***Vigencia*****.** La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3. CIRCULARES.

2.3.1. Circular Externa No. 00000030 de 21 de Octubre de 2019

PARA: SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL NIVEL TERRITORIAL Y NACIONAL

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2053 DE 2019

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2053 de 2019, con fundamento en las competencias asignadas a la Nación, los departamentos y distritos en los artículos 42, 43 y 45 de la Ley 715 de 2001, a través de la cual se definieron las reglas y los requisitos para la expedición de los conceptos técnicos de viabilidad para los proyectos de inversión cuya fuente de financiación o cofinanciación sea el Presupuesto General de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, financiados con recursos de la entidad territorial, y para los de infraestructura física, equipamiento fijo y dotación biomédica considerados de control especial de oferta para la prestación de servicios de salud.

Así las cosas, este Ministerio con el objeto que las secretarías de salud departamentales y distritales o las entidades que hagan sus veces y las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y nacional, cumplan con las disposiciones contenidas en el citado acto administrativo, imparte las siguientes instrucciones:

A. GENERALES

1. Todo proyecto que cuente con la financiación o cofinanciación de la Nación – Ministerio de Salud y Protección, con independencia de su cuantía, requiere concepto técnico de viabilidad de este Ministerio. (art. 5)

2. Aquellos proyectos cuya fuente de financiación cuente con una regulación especial para su ejecución, por ejemplo, Sistema General de Regalías - SGR, FINDETER, entre otros, continúan rigiéndose por tales normativas (parágrafo art. 5).

3. Los proyectos destinados a equipamiento fijo, atenderán a la definición prevista en el numeral 6º del artículo 3, correspondiente a equipo industrial de uso hospitalario.

B. ESPECIFICAS

Corresponde a las secretarías de salud departamentales y distritales o a las entidades que hagan sus veces:

1. Determinar los documentos y requisitos que deban ser presentados para la evaluación y emisión del concepto técnico de viabilidad, frente a los proyectos de inversión de su competencia.

2. Verificar que los proyectos de inversión se encuentren inscritos y aprobados en el Plan Bienal de Inversiones en Salud, cuando la norma que los regula así lo prevea, ingresando para ello, en el aplicativo dispuesto por este Ministerio, en su página web.

3. Adelantar la revisión del proyecto y de la documentación y requisitos que hayan previsto, previo a la expedición del concepto técnico de viabilidad.

4. Expedir el concepto técnico de viabilidad, solo cuando el proyecto cumpla con los requisitos y documentos requeridos.

5. Plasmar las razones que soportan la expedición del concepto técnico de no viabilidad, adjuntando los documentos allegados con la solicitud.

Este Ministerio devolverá a las secretarías de salud departamentales o distritales o a la entidad que haga sus veces, los proyectos que se encuentran actualmente en trámite y cuyo concepto de viabilidad esté a su cargo, para que procedan a su revisión, establezcan si cumplen o no con los requisitos y, de resultar procedente, emitan el concepto técnico de viabilidad o no viabilidad.

En el mismo sentido, devolverá aquellos proyectos de inversión frente a los cuales deba expedir concepto técnico de viabilidad, cuando, de la revisión de que trata el artículo 8 de la Resolución 2053 de 2019, encuentre que no acreditan las condiciones allí dispuestas.

Dichas devoluciones no implican la aprobación del proyecto o concepto sobre el mismo.

Finalmente, se considera necesario recordar las obligaciones que les asisten a las secretarías de salud departamentales y distritales, o a las entidades que hagan sus veces, relacionadas con la vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud, previstas en los artículos 43.2.8 y 45 de la Ley 715 de 2001.

En caso de requerirse información adicional, podrán consultar con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, a los correos aardila@minsalud.gov.co y amontesc@minsalud.gov.co.

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.3.2. Circular Conjunta Externa N° 00000031 del 21 de octubre de 2019

PARA: GOBERNACIONES, ALCALDÍAS, SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – IPS - ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, LAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES PERTENECIENTES AL RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN EN SALUD Y UNIVERSIDADES EN SUS ACTIVIDADES EN SALUD.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD y DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: Instrucciones para mantener la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control de dengue en Colombia.

Teniendo en cuenta el incremento de casos a partir de octubre de 2018 con la presentación de situaciones de brote y alerta en algunas entidades territoriales, el pasado 8 de febrero de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó el Plan de contingencia nacional bajo la campaña "*Córtale las alas al dengue*" con el objeto de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia, control, manejo integral de casos, comunicación de riesgo y formación de capacidades para contener el aumento de los de casos y muertes por esta arbovirosis, teniendo en cuenta el comportamiento endemo-epidémico previsto para este año.

Por ello, y con el fin de mitigar las consecuencias de esta situación, se expidió la Circular Conjunta Externa 8 del 12 de febrero de 2019, que incluyó directrices para fortalecer las acciones e intervenciones de vigilancia en salud pública, el diagnóstico por laboratorio, vigilancia entomológica, acciones de promoción, prevención y control de la transmisión, así como para la prestación de los servicios a cargo de los destinatarios de la misma.

Desde mayo de 2019, Colombia se ubica en situación de epidemia observando incumplimiento de los indicadores relacionados con la calidad de la atención, especialmente la hospitalización y confirmación de los casos, por lo que se requiere enfatizar en estos aspectos y de esta manera dar alcance la Circular Conjunta Externa 008 de 2019.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el ámbito de sus competencias, se permiten emitir las siguientes **INSTRUCCIONES**:

1. A LAS SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS.

1.1 Conformar al interior de cada secretaría de salud departamental, distrital y en los municipios de categorías especial y 1, 2 y 3, un equipo funcional e interdisciplinario con la participación de, como mínimo, las áreas de salud pública (vigilancia epidemiológica, entomológica y por laboratorio; programas de control ETV, salud ambiental), prestación de servicios, CRUE y aseguramiento, el cual debe revisar, ajustar y hacer seguimiento periódico al Plan de Contingencia e incluir un cronograma de trabajo que garantice el desarrollo coordinado de acciones tendientes a prevenir, controlar y tratar la enfermedad.

Las acciones establecidas en los planes de contingencia territoriales en el marco de la campaña "***córtale las alas al dengue***" deben incluir, como mínimo, cinco líneas de trabajo: 1) Monitoreo y seguimiento de alertas; 2) Vigilancia en Salud Pública (epidemiológica, entomológica y virológica); 3) Formación de capacidades, 4) Comunicación del riesgo y 5) Intervención. Esta última línea contiene las acciones del programa de promoción, prevención y control así como de prestación de servicios.

Los Departamentos deben realizar seguimiento periódico de acciones realizadas por sus municipios, incluidos aquellos de categorías 1, 2 y 3 y especial, con reporte al nivel nacional, los 5 primeros días calendario de cada mes, hasta el cierre de la alerta, según la estructura definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Por su parte, los distritos deben reportar dentro el mencionado plazo directamente al nivel Nacional (Reemplaza el numeral 1.3.1 de la Circular Conjunta Externa 8 de 2019).

1.2 Reportar por vía electrónica a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, desde el área de prestación de servicios de salud de las secretarias departamentales y distritales o de la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en los primeros 5 días de cada mes, la gestión y seguimiento realizado a los prestadores con casos no hospitalizados por dengue con signos de alarma y dengue grave, lo mismo que las acciones de asistencia técnica realizada a EAPB e IPS, en el formato que para ello defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.3 Realizar en los departamentos y distritos, la caracterización de focos de dengue de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 966 de 2019 e intervenir prioritariamente aquellos en donde se detecten muertes probables por dengue, casos de dengue grave y brotes en poblaciones vulnerables o confinadas que afecten a la comunidad.

1.4 Generar estrategias de comunicación del riesgo con emisión de mensajes dirigidos a la comunidad, autoridades de salud y profesionales de salud, principalmente, que hayan sido elaborados por el nivel nacional o por las secretarias de salud departamentales, distritales o municipales, o por la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

1.5 Garantizar el personal necesario para las acciones de prevención, vigilancia o control, así como para la realización oportuna de las unidades de análisis y los tableros de problemas de las muertes probables por dengue, de acuerdo con los lineamientos vigentes, para la toma oportuna de decisiones, formulación y seguimiento de los planes de mejora.

1.6 Presentar al interior de la entidad territorial los hallazgos del tablero de problemas, resultado de las unidades de análisis de las muertes probables por dengue, a las áreas competentes para la generación de los planes de mejoramiento respectivos, con seguimiento periódico a las entidades responsables.

1.7 Estimular la participación comunitaria en los procesos de vigilancia epidemiológica, para que la comunidad sea una fuente de información para la detección temprana de dengue, teniendo en cuenta el enfoque diferencial.

1.8 Disponer los recursos técnicos para la operación de los equipos de vigilancia epidemiológica y equipos de respuesta inmediata (ERI), a nivel departamental y distrital.

1.9 Disponer desde las secretarias de salud departamental y del distrito capital, de los recursos técnicos para la operación del laboratorio de salud pública.

1.10 Contar con espacios de análisis de información para la identificación de comportamientos inusuales de dengue en salas de análisis del riesgo.

1.11 Evaluar desde las secretarias de salud departamentales el desempeño de los indicadores de vigilancia a nivel municipal para mejorar el funcionamiento del sistema, de la misma forma como se realiza la evaluación del nivel departamental desde el Instituto Nacional de Salud.

1.12 Participar a nivel departamental y distrital en la vigilancia entomovirológica que se está llevando a cabo en algunas localidades priorizadas, con el propósito de orientar la toma de decisiones de control vectorial en la nación, departamentos, distritos y municipios.

1.13 Articular acciones con los sectores de educación, vivienda, ambiente, servicios públicos y turismo entre otros, con el fin de coordinar la respuesta integral ante la contingencia.

1.14 Remitir por parte de las secretarías de salud departamentales y distritales al Ministerio de Salud y Protección Social un reporte previo al desarrollo las acciones de control químico (solo en situaciones de brote) físico y biológico, que incluya:

a. Justificación técnica y financiera para utilizar el insumo asignado (incluir transporte, descentralización, desplazamiento del personal, equipos, etc.).
b. Cronograma de capacitación del talento humano en aplicación y uso del insumo.
c. Plan de comunicaciones para la aplicación del insumo y trabajo articulado con los actores involucrados. El plan debe establecer la manera en que se van a entregar los insumos críticos de interés en salud pública: población beneficiada y entornos.
d. Cronograma de actividades a corto y mediano plazo.

Adicionalmente, se debe enviar en el informe mensual referido en el numeral 1.1, el monitoreo y seguimiento al uso de estos insumos. (Reemplaza el numeral 1.4.2. de la Circular Externa 008 de 2019.)

1.15 Adelantar la gestión necesaria con las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD de su jurisdicción, para el ajuste de los casos reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), garantizando la calidad del dato en el registro.

1.16 Responder en forma inmediata a los requerimientos que le sean solicitados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

2. A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, A LAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD, ADAPTADAS, PERTENECIENTES AL RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN EN SALUD Y UNIVERSIDADES EN SUS ACTIVIDADES EN SALUD.

2.1 Asegurar la capacidad de respuesta territorial en los componentes de manejo, diagnóstico (obtención y procesamiento de muestras), tratamiento y seguimiento de los casos de dengue. A través de su red integral de prestación de servicios de salud debe garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención de los casos. Las pruebas de diagnóstico deben ser tomadas en el lugar donde se realizó la primera atención. Así mismo, deben garantizar el funcionamiento satisfactorio de su operación para el 100% de su población afiliada, priorizando la población en condiciones de vulnerabilidad o ubicada en áreas rurales y dispersas, de tal forma que cubra acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. (Reemplaza el primer inciso del numeral 3.1.1.de la Circular Conjunta Externa 8 de 2019)

2.2 Participar en el equipo funcional departamental, distrital o municipal para el seguimiento de las acciones en el marco del plan de contingencia territorial, con el seguimiento de estas en la red prestadora y la presentación de indicadores de gestión y resultado, establecidos para dicha evaluación y seguimiento. (Reemplaza el segundo inciso del numeral 3.1.1.de la Circular Conjunta Externa 8 de 2019).

2.3 Garantizar las acciones individuales establecidas para el diagnóstico y confirmación de casos, a partir de la guía de atención clínica integral para dengue y lineamientos para otras arbovirosis y garantizar su aplicación y la calidad de la misma con el desarrollo de la auditoría externa establecida por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad a su red prestadora, teniendo en cuenta los indicadores de hospitalización de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave, así como la confirmación de casos.

2.4 Garantizar que en los primeros niveles de atención se realice la recolección de muestras para confirmación de casos, evitando traslados innecesarios para el paciente.

2.5 Apoyar procesos de generación de capacidades institucionales basadas en protocolos y guías vigentes para la atención de casos de dengue en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de su red de atención, así como las acciones de prevención, manejo y control, incluyendo la adopción de la Guía de Práctica Clínica GPC relacionadas con dengue, en prestadores primarios y complementarios, dando prioridad a las instituciones en donde se evidencian falencias en el cumplimiento de lineamientos nacionales. (Reemplaza el numeral 3.1.6. de la Circular Externa 008 de 2019).

2.6 Hacer seguimiento del cumplimiento de los planes de mejora instaurados en su red adscrita en el marco de la realización de las unidades de análisis de mortalidad por dengue.

2.7 Analizar de acuerdo con la metodología desarrollada por sus oficinas de calidad, la gestión y comunicación del riesgo individual y enviar de forma oportuna esta información a la entidad territorial que lidera la unidad de análisis.

3. A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

3.1 Garantizar la recolección y el procesamiento de muestras a aquellos pacientes de los que se sospeche un caso de dengue en el sitio de atención de servicios, conforme lo establece la Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue. (Reemplaza el numeral 1.1.6. de la Circular Externa 8 de 2019).

3.2 Participar, cuando se requiera, en las unidades de análisis de muertes probables por dengue, y de seguimiento y evaluación de actividades desarrolladas en el marco de la vigilancia epidemiológica de los casos de dengue notificados.

3.3 Realizar seguimiento periódico a la adherencia de su personal a la guía de manejo clínico, así como del protocolo y los lineamientos de vigilancia epidemiológica del dengue vigente en el país.

3.4 Realizar análisis del incumplimiento de hospitalización de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave; así como del indicador de confirmación y establecer medidas correctivas y preventivas.

La presente Circular rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los numerales 1.1.6, 1.3.1, 1.4.2, 3.1.1 y 3.1.6 de la Circular Conjunta Externa 8 de 2019.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.3.3. Circular Externa N° 00000032 del 21 de octubre de 2019

PARA: GOBERNACIONES, ALCALDÍAS, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS – EAPB, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPS, PROFESIONALES DE LA SALUD Y POBLACIÓN EN GENERAL.

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus competencias y de conformidad con lo previsto en el Decreto 4107 del 2011, las Leyes 1109 de 2006, 1122 de 2007, 1335 de 2009 y 1751 de 2015, con el objeto de alertar sobre las consecuencias nocivas a nivel sanitario, asociadas al uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN, imparte las directrices que se citan a continuación, previas las siguientes consideraciones:

Los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) son dispositivos que calientan una solución para crear vapor, el cual es inhalado por los consumidores. Estos contienen saborizantes, usualmente disueltos en propilenglicol o glicerina y nicotina (Centers for Disease Control, 2019) y pueden contener otras sustancias químicas tóxicas (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). También existen los llamados Sistemas Electrónicos sin Suministro de Nicotina (SSSN), que son dispositivos con similar funcionamiento, que no contienen nicotina, pero sí otras sustancias químicas.

Estos productos son conocidos como cigarrillos electrónicos (e-cigarrillo), vapeadores, vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de vapor. Su diseño imita el uso convencional de productos de tabaco (cigarrillos, puros, pipas) o artilugios comunes como linternas, unidades de memoria (USB) o bolígrafos (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Varios estudios han demostrado que los jóvenes que prueban los cigarrillos electrónicos tienen un riesgo tres veces mayor de fumar cigarrillos convencionales, lo que sugiere que los cigarrillos electrónicos pueden servir como puerta de entrada a otros productos de tabaco (Cullen KA, 2018) e incluso al consumo de otras sustancias (Jenssen BP, 2019).

RIESGOS ASOCIADOS EN SALUD

a. La nicotina ocasiona adicción (American Psychiatric Association, 2013) y ha demostrado afectar el desarrollo neuronal en adolescentes (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

b. El uso de cigarrillos electrónicos durante al menos un año se asocia a un mayor riesgo cardiovascular (Moheimani & Bhetraratana, 2017) y el uso diario duplica el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio, probabilidad que aumenta si se tiene el antecedente de hipertensión, colesterol alto y diabetes (Alzaharani, Pena, & Temesgen, 2018). En exfumadores de cigarrillos convencionales, se incrementa la probabilidad de sufrir un infarto agudo de miocardio, independiente de la presencia de otros factores de riesgo (Bhatta & Glantz, 2019).
c. Los adolescentes que usan cigarrillos electrónicos tienen más probabilidades de consumir cannabis, no solo en su forma tradicionalmente quemada, sino también a través del vapeo, ya que los dispositivos de cigarrillos electrónicos pueden fomentar la experimentación y la personalización del consumo (Jenssen & Boykan, 2019), (Unger, Leventhal, McGovern, Stone, & Barrintong, 2018).
d. Su uso incrementa la resistencia de las vías aéreas periféricas, signo característico en las principales enfermedades pulmonares obstructivas, y aumenta el riesgo de síntomas bronquiales o sibilancias en casi dos veces, si se compara entre los usuarios actuales frente a los no usuarios (McConnell, Barrington, Wang, & Urman, 2017). La glicerina que contienen estos dispositivos puede llevar al desarrollo de neumonía lipoide y otras formas de presentación de enfermedad pulmonar intersticial (Itoh, Aoshiba, Herai, Nakamura, & Takemura, 2017).
e. Los productos químicos presentes en el vapor del cigarrillo electrónico (por ejemplo, formaldehído y acroleína) pueden causar daño celular y mutagénesis, hallazgo que apoya la posibilidad de que la exposición a largo plazo aumente el riesgo de desarrollar cáncer (Huang, Xu , & Lau, 2018).
f. La ingesta de la nicotina contenida en estos productos causa intoxicación aguda, siendo grave en niños (Weiss , Tomasallo , Meiman, & Creswell, 2016) (Ordonez, Kleinschmidt, & Forrester, 2015).

SITUACIÓN ACTUAL

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) han informado sobre un brote de enfermedad pulmonar grave asociada al uso de cigarrillos electrónicos a finales del mes de agosto de 2019, donde se identificaron 215 posibles casos (una persona fallecida) en 25 estados de este país (Centers for Disease Control, 2019). La etiología de la enfermedad pulmonar grave asociada al uso de cigarrillo electrónico aún se encuentra en investigación epidemiológica en los estados afectados. Al indagar acerca de las características demográficas, clínicas, de laboratorio y los comportamientos de los pacientes, todos los casos informaron el uso de estos dispositivos electrónicos.

La cifra de afectados ha ido en aumento. El Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (WDHS) y el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) han reportado a inicios del mes de septiembre 450 posibles casos de enfermedad pulmonar grave que podrían ser causadas por el vapeo (Layden, Ghinai, Kimbal, & Layer, 2019). El último reporte de los CDC informó que siete personas fallecieron por esta enfermedad y que el número de afectados incrementó a 530. De

los casos reportados, el 16% son menores de 18 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

En Colombia, según el III Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, se estimó que el 16% de los universitarios ha usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2016). Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes reportó en 2018 una prevalencia del 15,4% de consumo de estos productos alguna vez en la vida (Ministerio de Salud y Proteccion Social, 2017). No obstante, este Ministerio no ha obtenido reportes aún de casos agudos de enfermedad o muerte asociados al uso de estos dispositivos.

Dada la escasa y baja calidad de la evidencia científica, no se puede determinar si los sistemas electrónicos de administración de nicotina podrían ayudar a más fumadores a la cesación o, por el contrario, impedir que abandonen el tabaco. (World Health Organización, 2019). Y, en Colombia, no están aprobados para ser usados como medicamento ni como dispositivo médico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En desarrollo de lo anterior, se adoptan las siguientes **INSTRUCCIONES:**

1. ENTIDADES TERRITORIALES

1.1. Informar a la población general, teniendo en cuenta el enfoque de curso de vida, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a las Instituciones Prestadoras de Salud sobre los riesgos en salud, principalmente enfermedad pulmonar grave, asociados al uso de los SEAN/SSSN.
1.2. Desarrollar o fortalecer las acciones para prevenir su consumo y apoyar el desestímulo de su uso.
1.3. Gestionar la implementación del Programa para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo.
1.4. Desarrollar intervenciones de carácter colectivo en los entornos educativo, hogar, laboral y comunitario, en el marco de la acción intersectorial para la prevención y apoyo al desestimulo de los SEAN y SSSN.

2. ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

2.1. Dar estricto cumplimiento a su responsabilidad legal en la gestión del riesgo en salud, mediante la implementación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que les corresponda para desestimular el uso de estos dispositivos.
2.2. Garantizar que su red de prestadores de servicios de salud implemente el Programa Nacional para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo, realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS – IPS

3.1. Capacitar a los profesionales de la salud que desempeñen sus funciones en dichas instituciones sobre esta situación de riesgo, para que identifiquen a las personas que presenten enfermedad pulmonar grave de etiología desconocida y tengan como antecedente el uso de cigarrillos electrónicos.

3.2. Reportar de forma inmediata las lesiones producto del uso de los cigarrillos electrónicos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, mediante la ficha de notificación del evento 453, lesiones por causa externa, acorde con los flujos de información establecidos (ver protocolo de lesiones de causa externa).

El Instituto Nacional de Cancerología apoyará las estrategias de difusión de información definidas por este Ministerio.

4. PROFESIONALES DE LA SALUD

4.1. Identificar oportunamente a los pacientes que usan estos dispositivos, registrar en la historia clínica el antecedente y ofrecer tratamiento indicado.

4.2. Notificar de forma inmediata las lesiones producto del uso de los cigarrillos electrónicos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, mediante la ficha de notificación del evento 453, lesiones por causa externa, acorde con los flujos de información establecidos (ver protocolo de lesiones de causa externa).

4.3. No recomendar el uso de estos productos como alternativa para dejar el consumo de tabaco o sus derivados.

Adicionalmente, se plantean las siguientes **RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN EN GENERAL:**

1. Evitar el uso y la exposición al vapor de los SEAN/SSSN y de los productos de tabaco.
2. Los fumadores que intentan dejar de fumar deben usar tratamientos seguros, que incluyan asesoramiento, medicamentos o la intervención cognitivo conductual, las cuales tienen eficacia y seguridad científica demostrada para tratar el tabaquismo y, por tanto, están aprobados por la autoridad sanitaria. Estos no incluyen el uso de cigarrillos electrónicos.
3. Quienes deseen dejar de fumar, incluidos los cigarrillos electrónicos, deben acudir a su Entidad Administradora de Planes de Beneficios para que les sea indicada la institución prestadora de servicios de salud que le ofrecerá dicha atención.
4. Reconocer las declaraciones de las Sociedades Científicas del orden nacional (Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, 2018) e internacional (European Respiratory Society, 2019) (Asociación Latinoamericana de Tórax., 2019), donde se ha manifestado que no se debe recomendar ningún tipo de producto que dañe los pulmones y la salud, ni ninguna estrategia de reducción del daño para el control del tabaquismo.

La presente circular entrará a regir a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

3. CONCEPTOS.

3.1 Asunto: Seguridad en las Instituciones Prestadoras de Salud
Radicado. 201942301543412

Respetado señor.

Hemos recibido la comunicación del asunto por medio de la cual solicita, *"Me informen, cuál es la norma que prohíbe a los militares, policías y civiles, ingresar armados a los hospitales. Si hay excepciones."*

Al respecto, previas las siguientes consideraciones me permito señalar:

Corresponde al Ministerio de Salud y de la Protección Social regular sobre el control, de los factores de riesgo de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Salud, de conformidad con el numeral 2º y 3º del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, que a la letra dice:

> *"ARTICULO. 173.-De las funciones del Ministerio de Salud. Son funciones del Ministerio de Salud, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente la Ley 10 de 1990, el Decreto-Ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes:*
>
> *2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.*
>
> *3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las entidades promotoras de salud, por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud."*

Es así como, en cumplimiento de la Ley 100 de 1993 el Ministerio de Salud y de la Protección Social expidió la Resolución 741 de 1997[339], mediante la cual se establecen pautas dirigidas a velar por la seguridad e integridad, tanto de quienes concurren a los servicios de salud, como del personal que lo presta, así contemplado en los parágrafos 1 y 6 del artículo 2 y el artículo 6 ibídem, lo siguiente:

> *"ARTICULO 2o. OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES. Las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios y trabajadores.*
>
> *PARAGRAFO 1o. Las Instituciones y demás prestadores de Servicios de Salud, deberán elaborar, adoptar, publicar, implementar y divulgar un Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el mismo por todos los trabajadores y usuarios de la Institución.*
> *(…)*

[339] *Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud.*

PARAGRAFO 6o. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, implementarán mecanismos de comunicación interna entre los diferentes servicios externos, especialmente con las autoridades de policía con el fin de disponer de un apoyo oportuno en los casos que se requiera.

ARTICULO 6o. Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán establecer las normas que restrinjan el ingreso de armas o cualquier otro elemento que se considere peligroso para la seguridad de los trabajadores y usuarios que se encuentren en el interior de la Institución o Prestador del Servicio. Esta norma no será restrictiva para el personal de seguridad del estado previamente identificado."

En atención a lo anterior, corresponde a las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, establecer el procedimiento e impartir las instrucciones encaminadas a garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado de los usuarios del servicio de salud, por la ocurrencia de hechos ajenos a las condiciones iniciales de la enfermedad diagnosticada o motivo de consulta, y que represente un riesgo contra la integridad de las personas.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en el Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

3.2. Asunto. Solicitud- Normatividad del Consentimiento Informado en Salud.
Radicado 201942301621462.

Respetada Señora.

En atención a su petición radicada en este Ministerio, en la cual plantea una solicitud relativa a: *"deseo conocer toda la normatividad que actualmente está vigente del consentimiento informado en salud (Resoluciones, conceptos, leyes, decretos, etc), debido a una investigación que me encuentro haciendo"*, nos permitimos dar respuesta en el marco de nuestras competencias, así:

Es importante traer en cita la normativa y jurisprudencia que hace referencia al consentimiento informado en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, de la siguiente manera:

I. NORMATIVA APLICABLE AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL SGSSS.

La Constitución Política de Colombia en los artículos 16[340], 18[341], 19[342] y 20[343], consagra dentro de los derechos fundamentales, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de conciencia, de cultos y de información, derechos que soportan el consentimiento informado, el cual se puede manifestar en diferentes ámbitos, sin embargo para el tema objeto de consulta, nos referiremos al consentimiento informado para la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS.

De otra parte, tenemos que la Ley 23 de 1981[344], al referirse a las relaciones médico – paciente, en los artículos 14, 15 y 18, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

> *"Artículo 14. – El médico no intervendrá quirúrgicamente* ***a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados****, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata".*

---

[340] *"Articulo 16. todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico."*
[341] *"Articulo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia."*
342 *"Articulo 19. Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva.*
Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley."
[343] *"Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. (…)".*
[344] *"Por la cual se dictan normas en materia de ética médica"*

*"Artículo 15[345]. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síguicamente, **salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente**.*

*"Artículo 16[346]. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. **El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados"**.*

(…)"

"Artículo 18[347]. – Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales". (Subrayas y negrillas fuera de texto)

A su vez, la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes del SGSSS, en el numeral 4.2 del artículo 4, de la Resolución 4343 de 2012[348], estableció que todo paciente tiene el derecho y debe ejercer sin restricciones de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico o riesgo que el mismo conlleve.

Aunado a lo anterior, en la norma referida se estableció el derecho que le asiste al paciente de aceptar o rechazar procedimientos por sí mismo, o en caso de inconciencia o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

---

[345] Concordante con el artículo 9 del Decreto. 3380 de 81 "por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981", el que señala que "se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo".
[346] Concordante con los artículos 10, 11, 12 y 13 del Decreto. 3380/81
"Art. 10. – "El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.
"Art. 11.-El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:
a. Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan.
b. Cuando exista urgencias o emergencias para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico
Art. 12. –El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.
Art. 13. –Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico".
[347] Concordante con el Artículo 14. De la Ley 23 de 1981.
Artículo 14. "Entiéndase que la obligación a que se refiere el artículo 18 de la Ley 23 de 1981, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse sólo cuando éstos se encuentren presentes".
[348] "por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones".

Por otro lado y tratándose del consentimiento informado de una **persona que decide ser objeto pasivo de una investigación**, los artículos 14, 16, literal b) del artículo 59 y el artículo 84 de la Resolución 8430 de 1993[349], señalaron:

> *"**Articulo 14.** Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación **o en su caso, su representante legal**, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna."*
>
> ***"Artículo 16**. El Consentimiento Informado, **del sujeto pasivo de la investigación**, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:*
>
> *a. Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.*
> *b. Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.*
> *c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.*
> *d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.*
> *e. Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal". (negrilla fuera de texto)*
>
> ***"Artículo 59**. (...)*
>
> *b) El Consentimiento Informado será obtenido del sujeto de investigación, **o en su defecto, del representante legal o del familiar más cercano en vínculo**, excepto cuando: la condición del sujeto le incapacite o impida otorgarlo, el representante legal o el familiar no estén disponibles o cuando el dejar de usar el medicamento en investigación represente un riesgo absoluto de muerte."*
>
> ***"Artículo 84.** Se debe informar a las personas, incluidas en el procedimiento, sobre el riesgo de la irradiación a que se someterán, para que su participación sea bajo su libre voluntad y con conocimiento de causa. Es necesario **el Consentimiento Informado de los familiares o del responsable legal** cuando el sujeto de la investigación no esté en condiciones de decidir sobre su aceptación."*
> (Subrayas fuera de texto)

Entre tanto, la Resolución 2003 de 2014[350], definió el consentimiento informado como:*"(…)la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la*

---

[349] *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

[350] *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.*

aceptación en las condiciones descritas. ***En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente".***

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, vale la pena precisar que normativamente no existe alguna formalidad para el otorgamiento del consentimiento informado por parte del paciente, sin embargo, de lo indicado en la Resolución 4343 de 2012, se colige la existencia de un derecho para el paciente y una obligación para el médico, en el sentido de que debe existir respecto de los diferentes tratamientos, constancia expresa de la aceptación o rechazo de los mismos por parte del paciente o de sus familiares.

II. JURISPRUDENCIA SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En materia jurisprudencial y sobre el particular, vale la pena traer en cita la Sentencia C-182/2016[351], en la que se discute la constitucionalidad del artículo 6 (parcial) de la Ley 1412 de 2010[352], la cual a su vez, refiere a otras Sentencias sobre el tema objeto de estudio, de la siguiente manera:

> *"(…) el consentimiento previo e informado del paciente[353] se requiere para "todo tratamiento, aún el más elemental"[354]. Sin embargo, no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica[355].*
>
> *36. Así, la jurisprudencia constitucional ha determinado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características:* ***(i)*** *debe ser* ***libre****, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; además,* ***(ii)*** *debe ser* ***informado****, pues debe fundarse en un* ***conocimiento adecuado y suficiente*** *para que el paciente pueda comprender las implicaciones[356] de la intervención terapéutica[357]. Así, deben proporcionarse al individuo los datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento[358].*

---

[351] *Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado - Referencia: expediente D-11007- Bogotá, D.C. trece (13) de abril de dos mil dieciséis (2016).*
[352] *Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y maternidad responsable.*
[353] *Sentencia T-216 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-1229 de 2005 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-762 de 2004 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-823 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia T-401 de 1994 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.*
[354] *Sentencia T-452 de 2011 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia C-294 de 1996 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia T-401 de 1994 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.*
[355] *Sentencia C-574 de 2011 M.P. Juan Carlos Henao Pérez; Sentencia T-452 de 2010 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-586 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia SU-377 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.*
[356] *Sentencia T-452 de 2010 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto: "Esto implica (…) que, debido a que el paciente es usualmente lego en temas médicos, el profesional de la salud tiene el deber de suministrar al enfermo, de manera comprensible, la información relevante sobre los riesgos y beneficios objetivos de la terapia y las posibilidades de otros tratamientos, incluyendo los efectos de la ausencia de cualquier tratamiento, con el fin de que la persona pueda hacer una elección racional e informada sobre si acepta o no la intervención médica".*
[357] *Sentencia T-622 de 2014 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; Sentencia C-574 de 2011 M.P. Juan Carlos Henao Pérez; Sentencia T-866 de 2006 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-1229 de 2005 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-1390 de 2000 M.P. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia SU-377 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.*
[358] *Sentencia C-574 de 2011 M.P. Juan Carlos Henao Pérez; Sentencia T-452 de 2010 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-762 de 2004 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia SU-377 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.*

(…)

38. Con todo, esta Corporación ha admitido que el principio de autonomía y el consentimiento informado no tienen un carácter absoluto y entran en tensión con otros postulados que orientan la práctica de la bioética como, por ejemplo, el principio de beneficencia. Aunque en esta colisión debe otorgarse prevalencia prima facie al principio de autonomía[359], la jurisprudencia constitucional ha identificado ciertos eventos en los cuales, excepcionalmente, tal principio debe ceder frente a las demás normas y valores constitucionales involucrados.

*De este modo, las situaciones excepcionales en las que la exigencia de consentimiento informado en el ámbito de la salud es menos estricta o se prescinde de ella totalmente son: **(i)** cuando se presenta una emergencia, y en especial si el paciente se encuentra inconsciente o particularmente alterado o se encuentra en grave riesgo de muerte; **(ii)** cuando el rechazo de una intervención médica puede tener efectos negativos no sólo sobre el paciente sino también frente a terceros; **(iii)** cuando el paciente es menor de edad, caso en el cual el consentimiento sustituto de los padres tiene ciertos límites; **(iv)** cuando el paciente se encuentra en alguna situación de discapacidad mental que descarta que tenga la autonomía necesaria para consentir el tratamiento, aspecto en el que se ahondará más adelante.*

*39. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, de acuerdo con la naturaleza o la intensidad de la intervención en la salud, en ciertos casos se requiere de un consentimiento informado **cualificado.** En efecto, entre mayor sea el carácter extraordinario, invasivo, agobiante o riesgoso, del tratamiento médico, "más cualificado debe ser el consentimiento prestado por el enfermo y mayor la información que le debe ser suministrada".*

Además de este criterio central, la Corte Constitucional ha precisado una serie de variables que deben ponderarse conjuntamente para determinar el nivel de información que es necesario suministrar al paciente para autorizar un procedimiento clínico, pues dado su carácter de principio, el consentimiento informado no siempre resulta exigible en un mismo grado.

*En consecuencia, el nivel de información necesario para una intervención sanitaria dependerá de: **(i)** el carácter más o menos invasivo del tratamiento[360], **(ii)** el grado de aceptación u homologación clínica del mismo o su carácter experimental, **(iii)** la dificultad en su realización y las probabilidades de éxito[361], **(iv)** la urgencia[362], **(v)** el grado de afectación de derechos e intereses personales del sujeto[363], **(vi)** la afectación de derechos de terceros de no realizarse la intervención médica[364], **(vii)***

---

[359] Sentencia T-653 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-216 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-1019 de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño; Sentencia T-1021 de 2003 M.P. Jaime Córdoba Triviño; Sentencia T-597 de 2001 M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia SU-377 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

[360] Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil. A mayor carácter invasivo del tratamiento, el paciente debe disponer de un mayor nivel de información.

[361] Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil: "[C]uando existan condiciones que dificulten la realización de un procedimiento, o que disminuyan significativamente las probabilidades de éxito, el médico debe informar al paciente de dicha circunstancia".

[362] Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil: "Cuando la demora en la realización de un procedimiento ponga en riesgo la salud o la vida, el médico debe sopesar este factor y, si es del caso, entrar a protegerlos, aun sin el consentimiento expreso del paciente".

[363] Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil. A mayor grado de posible riesgo o afectación de sus derechos o intereses, el paciente debe disponer de un mayor nivel de información.

[364] Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil. A mayor grado de posible riesgo o afectación de derechos de terceros, menor es el nivel de información del que el paciente debe disponer; Sentencia T-1021 de 2003 M.P. Jaime Córdoba Triviño Incluso, sería posible obviar la autorización del paciente en este tipo de casos si las particularidades del caso lo justifican.

la existencia de otras alternativas que produzcan resultados iguales o comparables, y las características de éstos[365] y, ***(viii)*** *la capacidad de comprensión del sujeto acerca de los efectos directos y colaterales del tratamiento sobre su persona[366].*

Cabe destacar que la jurisprudencia ha reconocido una relación entre el grado de cualificación del consentimiento informado y el alcance de la autonomía del paciente frente al mismo. En otras palabras, entre más cualificado deba ser el consentimiento informado, "la competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara". Ello evidencia que el ejercicio de la autonomía del paciente, lejos de ser un concepto absoluto, "depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria"[367].

Por último, el consentimiento informado cualificado se halla revestido de formalidades en ciertos casos. Una primera formalidad consiste en que la manifestación de voluntad ***conste por escrito***[368]*, con el fin de constatar la autenticidad del consentimiento del paciente a través de este procedimiento. Además, en algunos casos puede exigirse que el consentimiento informado sea* ***persistente,*** *pues puede imponerse la "obligación de reiterar el asentimiento después de que haya transcurrido un período razonable de reflexión" o en algunos casos en los que el tratamiento se debe extender por periodos extendidos de tiempo.*

(…)"

Respecto del consentimiento informado en menores de edad, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-900/2011[369], mediante la cual se resuelve una demanda de inconstitucionalidad contra el numeral 6 (parcial) del artículo 46, de la Ley 1098 de 2006[370], expresó:

"2.2.5.1.*4 En el caso de los niños, niñas y adolescentes, la Corte ha señalado que, por regla general, son sus padres o sus representantes legales los que deben prestar la autorización para la realización*

---

[365] *Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil "Cuando existan otros tratamientos o procedimientos que produzcan resultados similares o comparables, el médico debe informar de esta situación al paciente, si observa que hacerlo redunda en interés del paciente".*

[366] *La jurisprudencia constitucional ha entendido esta última variable en dos sentidos. Por una parte, en aquellos casos en los cuales el exceso de información es perjudicial para el paciente, en principio el médico puede restringir o limitar el nivel de información que le suministra. No obstante, la Corte Constitucional ha establecido que son eventos altamente excepcionales, que deben ser valorados en cada situación concreta por el médico. Así, en la Sentencia SU-337 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero dijo que los "riesgos de daño al paciente o de afectación de su autonomía deben ser evidentes o muy probables, para que se justifique la retención de información por el médico". Por otro lado, la Corporación también ha interpretado que esta variable cobija igualmente a los sujetos que no tienen la capacidad de comprender plenamente los efectos de la intervención médica y, por tanto, terceras personas pueden sustituir su consentimiento válidamente. (Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil.)*

[367] *Sentencia SU-337 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero. La Corte expresó al respecto en la citada decisión: "Y, como es natural, si el consentimiento debe ser cualificado en ciertos eventos, entonces, en tales casos, la competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara, lo cual muestra que la autonomía de la persona para autorizar o no un tratamiento médico no es un concepto absoluto sino que depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria".*

[368] *La Corte Constitucional ha precisado que el consentimiento informado debe tomarse por escrito en aquellos tratamientos altamente invasivos o riesgosos o que impliquen un escaso beneficio para el paciente. (Sentencia SU-337 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.) Así, la exigencia de esta formalidad se presentará "en aquellos casos en que el riesgo del tratamiento dadas las condiciones clínico patológicas del paciente lo exija. Por esta razón, una simple intervención odontológica o la toma de unos puntos para cerrar una herida, no requieren la cualificación del consentimiento, a diferencia de una operación invasiva como la asignación de sexo o injustificada como lo son generalmente las cirugías estéticas". (Sentencia T-823 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil.)*

[369] ***Sentencia C-900/11*** *Magistrado Ponente: JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB. Referencia: expediente D-8523*

370 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia"

*de cualquier procedimiento o tratamiento médico, lo que se ha denominado como "consentimiento sustituto**. No obstante ha dicho la Corporación que ello no se traduce en un poder absoluto, sino que, por el contrario, debe tenerse en consideración la opinión de los menores de 18 años, y bajo ciertas circunstancias, sólo será válido el consentimiento emanado de los infantes.***

Sobre el particular, en primer lugar se ha dicho que el consentimiento sustituto es una manifestación de la patria potestad, a través de la cual se pretende mejorar las condiciones de salud de los hijos[371]*, por cuanto se supone que en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la bondad de la intervención paternal. Esta figura se identifica en la doctrina con el nombre de consentimiento orientado hacia el futuro*[372]*.*

(…)

*2.2.5.1.5. En segundo lugar, **se ha entendido que la capacidad civil de los niños no es aplicable en forma automática al consentimiento en los tratamientos médicos**. Por el contrario, el concepto de autonomía, supone el reconocimiento de la dignidad humana por parte del Estado y de la sociedad, lo que impone tratar al individuo como un sujeto moral, que tiene derecho a decidir libre y con total independencia el futuro de su proyecto de vida*[373]*; mientras que, por el contrario, el concepto de capacidad de ejercicio se centra exclusivamente en la habilitación legal para actuar en el mundo de los negocios.*

En este sentido, debe tenerse en consideración la opinión del niño, en razón de su edad y madurez psicológica, pero además esta Corporación ha señalado que las prácticas médicas consideradas altamente invasivas, de difícil realización, riesgosas o vinculadas estrechamente con la definición de la propia personalidad del individuo, imponen necesariamente el consentimiento del paciente para su ejecución.

(…)

2.2.5.1.6 Finalmente, la jurisprudencia ha concluido que dada la complejidad de las situaciones, es difícil el establecimiento de reglas generales.

No obstante, se ha precisado[374] *que ello implica una labor de ponderación de los principios en conflicto, esto es, entre el principio de la autonomía, según el cual el paciente debe directamente consentir el tratamiento para que éste sea constitucionalmente legítimo, y el principio de beneficiencia, según el cual el Estado y los padres deben proteger los intereses del menor. Con todo, la Corte ha precisado que debe tomarse en consideración (i) la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor de 18 años, (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño y (iii) la edad del paciente.*

(…)" (Negrilla y subrayado fuera de texto)

---

[371] *Ver Sentencia T-474 de 1996, T-337 de 1999 y T-1025 de 2002, entre otros.*
[372] *SU-337 de 1999. M.P. Alejandro Martínez Caballero.*
[373] *Véase, al respecto, la sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil*
[374] *Ver en particular las sentencias T-477 de 1995, T-474 de 1996 y SU-642 de 1998.*

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

3.3. Asunto. Revisor Fiscal en las Empresas Sociales del Estado.
Radicado. 201942301700222

Respetado señor.

En atención a su petición radicada en este Ministerio, en la cual plantea una solicitud relativa a: *"cuando las Empresas Sociales del Estado prestadoras de servicios de salud No están obligadas a tener revisor fiscal. Puesto que nos están dando directrices de la obligatoriedad pero en el Decreto 1876 de 1994 Art 22 establece unos topes para estar obligado"*, nos permitimos dar respuesta en el marco de nuestras competencias, así:

En primer lugar el artículo 228 de la Ley 100 de 1993[375], señala que las Entidades Promotoras de Salud cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la Asamblea General de Accionistas o por el órgano competente, cuyo tenor literal indica:

> *"(…)*
>
> *ARTÍCULO 228. REVISORÍA FISCAL. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la Asamblea General de Accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.*
>
> *Corresponderá al Superintendente Nacional de Salud dar posesión al Revisor Fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión sólo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario.*
>
> *(…)"*

A su vez, el artículo 232 ibidem, hace extensiva a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las obligaciones establecidas en los artículos 225, 227, 228 entre los cuales se encuentra la revisoría fiscal, precepto normativo que señala:

> *"(…)*
>
> *ARTÍCULO 232. OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. A las Instituciones prestadoras de servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.*

---

[375] *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*

(…)"

En relación a la revisoría fiscal en las Empresas Sociales del Estado, el artículo 2.5.3.8.4.4.3.del Decreto 780 de 2016 que compiló el artículo 22 del Decreto 1876 de 1994, señala que toda Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos mensuales deberá contar con un revisor fiscal independiente designado por la Junta Directiva a la cual reporta, atribución que se desarrollara sin perjuicio de las funciones de Control Fiscal desarrolladas por los organismos competentes, señaladas en la Ley y la Constitución, aparte normativo que dispone:

"(…)

ARTÍCULO 2.5.3.8.4.4.3. REVISOR FISCAL. De conformidad con lo establecido en las normas vigentes toda Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos mensuales, deberá contar con un Revisor Fiscal independiente, designado por la Junta Directiva a la cual reporta.

La función del Revisor Fiscal se cumplirá sin menos cabo de las funciones de Control Fiscal por parte de los Organismos competentes, señaladas en la ley y los reglamentos.

(…)"

Es del caso traer a colación, lo dispuesto por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto a la obligación que le asiste a las Empresas Sociales del Estado de contar con un revisor fiscal, precepto normativo que prevé lo siguiente:

"(…)

2. Personas jurídicas obligadas a tener autorización de posesión de Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin perjuicio de la obligatoriedad de contar con revisor fiscal de conformidad con los parámetros enunciados en el artículo 203 del Código de Comercio, el parágrafo 2º del artículo 13 de la Ley 43 de 1990, el artículo 38 de la Ley 79 de 1988, el Decreto 1529 de 1990 y demás normas sobre el particular, tienen obligación de contar con la autorización de posesión de revisor fiscal proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, únicamente las personas jurídicas relacionadas a continuación:

(…)

2.2. Las Empresas Sociales del Estado o Instituciones de Servicios de Salud de naturaleza pública cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes

(…)"

Así las cosas de conformidad a las normas anteriormente transcritas, si la Empresa Social del Estado tiene presupuesto anual igual o superior a los diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes está obligada a contar con un revisor fiscal.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

3.4. Asunto: Radicado No 201942301487212 – Solicitud concepto relacionado con la Conmemoración del Colombiano de Oro".

Respetado Doctor.

En atención a su escrito, a través del cual solicita concepto sobre *"respecto de las obligaciones que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia tiene en referencia a la conmemoración del Colombiano de Oro",* me permito dar respuesta así:

Con relación a la naturaleza jurídica del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, encontramos que éste es un establecimiento público conforme mediante el Decreto 1591 de 1989[376], y que opera como una Entidad Adaptada[377] - EAS, conforme al marco establecido en el artículo 2.5.3.1.7 del Decreto 780 de 2016[378] que indica:

> *"Artículo 2.5.3.1.7 Autorizar a los fondos del sector público que a continuación se relacionan, para que continúen prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud:*
>
> (…)
>
> *3.* ***Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C****".* (Negrilla fuera de texto).

Esta entidad, se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, conforme lo reglado en el artículo 4º del Decreto Ley 4107 de 2011 que determina:

> *"**Artículo 4°.** Integración del Sector Salud y Protección Social. El Sector Administrativo de Salud y Protección Social está integrado por el Ministerio de Salud y Protección Social y las siguientes entidades adscritas y vinculadas:*
>
> *1.* ***Entidades Adscritas:***
> *1.1. Establecimientos Públicos:*
> *1.1.1.* ***Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia****".* (Negrilla fuera de texto).

---

[376] *"Por el cual se crea el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y se dictan normas para su organización y funcionamiento".*
[377] *Conforme a la Sentencia C-033/99 de la Corte Constitucional, "Las entidades adaptadas, hacen parte del régimen de transición y tienen una existencia eminentemente transitoria la cual expira cuando se termine la relación laboral de los afiliados o el período de jubilación de los pensionados que tuvieren en el momento de entrar a regir el nuevo sistema de seguridad social en salud", disponible en http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/C-033-99.htm .*
[378] *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.*

De otra parte y para los efectos del presente concepto, se hace necesario citar lo que establece como Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB el numeral 5 del artículo 2.5.3.1.7 del Decreto 780 de 2016, así:

> *"**5. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB**. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada."*

Ahora bien, es menester explicar que la Ley 1091 de 2006[379] por medio de la cual "*se reconoce al Colombiano y Colombiana de Oro*", dispone que:

> *"**Artículo 3°.** Todo Colombiano de Oro gozará de un régimen especial, el cual le confiere **derecho a atención preferencial, ágil y oportuna así como el servicio de salud brindado por el Sistema General en Seguridad Social Integral**, y también gozará de descuentos en programas especiales de turismo ofrecidos por las Cajas de Compensación Familiar, para los no afiliados y afiliados".* (Negrilla fuera de texto).

La precitada norma, fue reglamentada por la Resolución 1378 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social[380], que entre otros aspectos, frente a las responsabilidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a los prestadores de servicios de salud, determina lo siguiente:

> ***"ARTÍCULO 2º.** ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones previstas en la presente resolución **se aplicarán a las entidades territoriales, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a los prestadores de servicios de salud**, que en el marco de sus competencias desarrollan acciones en relación con las previsiones aquí consagradas.*
>
> ***ARTÍCULO 4º**. DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 5244 de 2016[381]. El nuevo texto es el siguiente:> **Las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los Prestadores de Servicios de Salud**, en el marco de sus competencias y responsabilidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, actuarán coordinadamente para brindar a la persona adulta mayor una atención que vincule los principios y elementos que garanticen que sea preferencial, ágil, oportuna, humanizada y con calidad. (…)*

---

[379] *"Por medio de la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 1378 del 28 de abril de 2015, "por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del 'Día del Colombiano de Oro".*
[380] *"Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del Día del Colombiano de Oro".*
[381] *"Por medio de la cual se da cumplimiento a una orden judicial, se modifica el artículo 4o de la Resolución 1378 de 2015 y se deroga la Resolución 482 de 2016".*

ARTÍCULO 5º. *VENTANILLAS PREFERENCIALES Y ACCESIBILIDAD A INSTALACIONES.* ***Las entidades territoriales, las EAPB y los prestadores de servicios de salud****, dispondrán de ventanillas especiales de atención al adulto mayor, debidamente señalizadas, sin perjuicio que las demás concurran a su atención de manera preferencial. Lo aquí previsto aplicará independientemente de que la persona adulta mayor concurra con acompañante.*

ARTÍCULO 8º. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB*. El modelo de atención de las EAPB deberá evidenciar acciones para la atención preferencial, ágil y oportuna de la persona adulta mayor, sin perjuicio de los derechos preferentes que les asiste a los niños, las niñas y adolescentes, con el fin de garantizar la gestión integral del riesgo en salud, en el marco de los principios a que refiere el artículo 3o de la presente resolución, para lo cual adelantarán las siguientes acciones:*

8.1. Caracterizar el riesgo en salud de la población adulta mayor que tenga afiliada.

8.2. Aplicar en coordinación con los prestadores de servicios de salud, las rutas de atención integral en salud, acorde con los grupos de riesgo que surjan de la caracterización.

8.3. Desarrollar en conjunto con los prestadores de servicios de salud estrategias para sensibilizar y capacitar al personal, para la atención humanizada en los servicios prestados a las personas adultas mayores.

8.4. Garantizar la continuidad de los tratamientos en curso de las personas adultas mayores sin que puedan aducir razones administrativas o económicas, en el marco de la normativa vigente.

8.5. Entregar los medicamentos conforme a las disposiciones previstas en la Resolución 1604 de 2013, de acuerdo con los criterios técnicos y de procedimiento allí establecidos.

8.6. Disponer de mecanismos orientados a la simplificación de los trámites para la asignación de citas, exámenes diagnósticos y otras atenciones, los cuales deberán verse reflejados en los indicadores de calidad de la atención.

8.7. Garantizar la atención domiciliaria, cuando la persona adulta mayor por su condición física o mental, no esté en condiciones de desplazarse a recibir la prestación de los servicios de salud.

8.8. Incorporar en la Carta de Derechos y Deberes las disposiciones de la Ley 1751 de 2015 sobre participación y derechos y las contenidas en la presente resolución, enfocadas a la atención en salud de esta población.

8.9. Garantizar la atención en servicios de urgencias a la persona adulta mayor brindando un trato preferencial, ágil y humanizado". (Negrillas fuera del texto)

Ahora, en lo que tiene que ver con la conmemoración del *"Colombiano de Oro*", tema particular de su consulta, es menester indicar que la Ley 1091 de 2006[382] en sus artículos 6º y 7º establece lo siguiente:

"ARTÍCULO 6º. DÍA DEL COLOMBIANO DE ORO. Se declara el día 24 de noviembre de cada año, como el Día del Colombiano de Oro. Durante este día, ***los departamentos, distritos y municipios programarán y realizarán diferentes actividades de promoción, participación, recreación e integración social para los beneficiarios del programa, bajo la coordinación del Ministerio de la Protección Social.***

ARTÍCULO 7º. HOMENAJE AL COLOMBIANO DE ORO DEL AÑO. En este día se premiará al Colombiano de Oro del año, que resulte elegido entre las personas que por sus actividades a lo largo del año sean merecedoras del reconocimiento. El galardonado recibirá un premio acompañado de un motivo conmemorativo".

Ahora bien, conforme a las indicaciones previstas en la precitada ley, este Ministerio determinó a través de los artículos 10 y 11 de la Resolución 1378 de 2015[383], lo siguiente:

"ARTÍCULO 10. CONMEMORACIÓN DEL "DÍA DEL COLOMBIANO DE ORO". ***En cada departamento, distrito o municipio****, el 24 de noviembre de cada año, se adelantarán los actos conmemorativos que exalten la labor de las personas de sesenta (60) años o más, en los diferentes frentes de la vida nacional o de su comunidad, sean líderes, cuidadores, representantes de una vida de entrega por alguna causa de beneficio a la sociedad, realicen acciones de protección al medio ambiente, al desarrollo familiar y social, a la cultura, literatura, música y demás artes, sean profesionales o no, que enaltezcan y promuevan el reconocimiento a los aportes a la sociedad.*

ARTÍCULO 11. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. ***Las Gobernaciones y Alcaldías*** *difundirán ampliamente la convocatoria para la postulación y selección del candidato o candidata a ser galardonado como "Colombiano de Oro del Año", para lo cual efectuarán la difusión del evento a todos los estamentos de la sociedad, especialmente a las organizaciones de adultos mayores, informando, entre otros, los siguientes:*

11.1. Propósito de la celebración.
11.2. Lugar de la celebración.

---

[382] *"Por medio de la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 1378 del 28 de abril de 2015, "por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del 'Día del Colombiano de Oro".*
[383] *"Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano de Oro".*

11.3. Reglas de postulación y selección de candidatos por la sociedad.
11.4. Estímulos a otorgar".

Como se advierte con la reglamentación citada, y en lo que refiere en concreto a la conmemoración del día *"Del Colombiano de Oro",* queda claro que son las entidades territoriales, en particular las Gobernaciones y Alcaldías, a quienes les asiste la responsabilidad de adelantar los trámites y promover la convocatoria para dicho evento, no teniendo el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia responsabilidades directas en la materialización de dicha celebración.

Por último, es preciso indicar que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles de Colombia en el marco de lo previsto en la Ley 1091 de 2006 y la Resolución 1378 de 2015, debe promover estrategias que garanticen una atención preferencial, ágil, humanizada y de calidad, así como adoptar rutas de atención integral y ventanillas preferenciales, estrategias de sensibilización y capacitación para el personal que atiende al adulto mayor, entre otras responsabilidades que asignan las normas en comento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[384].

Cordialmente,

[384] *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".*

3.5. Asunto: Radicado No 201942401584042 – Consulta vigencia Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Respetada Señora.

En atención a su escrito, a través del cual solicita orientación con relación a la vigencia del Acuerdo 117 de 1998 del entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud[385], me permito manifestarle:

En concepto con el radicado 201921000697841 de fecha 7 de junio de 2019, este Ministerio, desde la Dirección de Promoción y Prevención, conceptuó al respecto en los siguientes términos:

> *"Le informo que **el acuerdo 117 de 1998 expedido por el consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS se encuentra vigente**, y por lo tanto las actividades de demanda inducida, protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública establecidas allí, son de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, Entidades Adaptadas y transformadas y por los prestadores de servicios de salud y deben ejecutarse conforme a las condiciones señaladas en el mismo".*
> Negrilla y subrayado fuera del texto.

Con el concepto citado en el párrafo anterior, se responde su inquietud en el sentido de aclarar que el acuerdo por usted citado, se encuentra vigente conforme lo señalado por la Dirección de Promoción y Prevención de esta entidad.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[386].

Cordialmente,

---

[385] *"Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública".*
[386] *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".*

3.6. Asunto: Aplicabilidad de Ley de Garantías a los Convenios Interadministrativos.
Radicado. 201942401423742.

Respetada Doctora

Procedemos a dar respuesta a su comunicación, por la cual consulta sobre la aplicación de la Ley 996 de 2005[387]"Ley de Garantías Electorales", en la celebración de convenios interadministrativos de prestación de servicios de salud.

I. ANTECEDENTES.

En razón que nos encontramos en un proceso electoral del orden territorial para la elección de Alcaldes, Gobernadores, Diputados, Concejales y miembros de Juntas Administradoras Locales, se plantea una inquietud relativa a si es aplicable a la contratación de la red pública para la prestación de servicios de salud la prohibición señalada en la Ley 996 de 2005 *" Ley de Garantías Electorales",* referente a la prohibición de celebrar convenios interadministrativos para ejecutar recursos públicos.

II. PROBLEMA JURIDICO.

Se requiere determinar si la restricción relativa a los convenios interadministrativos prevista en el parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005 aplica a la contratación de la red pública para la prestación de los servicios en salud.

III. MARCO NORMATIVO APLICABLE AL CASO OBJETO DE ESTUDIO.

Para los efectos del presente concepto, se hace necesario citar los apartes normativos relacionados con las restricciones contractuales aplicables a los procesos electorales, las cuales se encuentran previstas en los artículos 32, 33, y 38 de la Ley 996 de 2005, así:

"(…)

ARTÍCULO 32. VINCULACIÓN A LA NÓMINA ESTATAL. <Artículo CONDICIONALMENTE exequible> Se suspenderá cualquier forma de vinculación que afecte la nómina estatal, en la Rama Ejecutiva del Poder Público, durante los cuatro (4) meses anteriores a la elección presidencial y hasta la realización de la segunda vuelta, si fuere el caso. Se exceptúan de la presente disposición, los casos a que se refiere el inciso segundo del artículo siguiente.

PARÁGRAFO. <Parágrafo CONDICIONALMENTE exequible> Para efectos de proveer el personal supernumerario que requiera la Organización Electoral, la Registraduría organizará los procesos de selección y vinculación de manera objetiva a través de concursos públicos de méritos.

---

[387] *Por medio de la cual se reglamenta la elección de Presidente de la República, de conformidad con el artículo 152 literal f) de la Constitución Política de Colombia, y de acuerdo con lo establecido en el Acto Legislativo 02 de 2004, y se dictan otras disposiciones.*

Artículo 33. Restricciones a la contratación pública. Durante los cuatro (4) meses anteriores a la elección presidencial y hasta la realización de la elección en la segunda vuelta, si fuere el caso, queda prohibida la contratación directa por parte de todos los entes del Estado.

Queda exceptuado lo referente a la defensa y seguridad del Estado, los contratos de crédito público, los requeridos para cubrir las emergencias educativas, sanitarias y desastres, así como también los utilizados para la reconstrucción de vías, puentes, carreteras, infraestructura energética y de comunicaciones, en caso de que hayan sido objeto de atentados, acciones terroristas, desastres naturales o casos de fuerza mayor, y los que deban realizar las entidades sanitarias y hospitalarias."

Artículo 38. Prohibiciones para los servidores públicos. A los empleados del Estado, les está prohibido:

(…)

Parágrafo. ***Los Gobernadores, Alcaldes Municipales y/o Distritales, Secretarios, Gerentes y directores de Entidades Descentralizadas del orden Municipal, Departamental o Distrital, dentro de los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones, no podrán celebrar convenios interadministrativos para la ejecución de recursos públicos,*** ni participar, promover y destinar recursos públicos de las entidades a su cargo, como tampoco de las que participen como miembros de sus juntas directivas, en o para reuniones de carácter proselitista. *Tampoco podrán inaugurar obras públicas o dar inicio a programas de carácter social en reuniones o eventos en los que participen candidatos a la Presidencia y Vicepresidencia de la República, el Congreso de la República, Gobernaciones Departamentales, Asambleas Departamentales, Alcaldías y Concejos Municipales o Distritales. Tampoco podrán hacerlo cuando participen voceros de los candidatos.*

(…)" (Negrillas y subrayado fuera del texto.)

A su vez, frente a la aplicación de la Ley de Garantías Electorales, vale la pena citar el concepto 1863 del 15 de noviembre de 2007, emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, Radicación: 10001-03-06-000-2007-0092-00, Consejero Ponente: Dr. Luis Fernando Álvarez Jaramillo, el cual sostuvo:

"II. REGIMEN DE PROHIBICIONES Y RESTICCIONES APLICABLES A LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN LOS DIFERENTES PERIODOS PREELECTORALES.

Como quiera que la consulta se apoya en los artículos 32, 33 y el parágrafo del artículo 38 de la ley de garantías, es importante poner de presente que en varias oportunidades la Sala ha sostenido que las normas en mención contienen restricciones y prohibiciones para períodos preelectorales diferentes; las dos primeras relativas a la nómina estatal y la contratación directa, respectivamente, se aplican durante los cuatro (4) meses anteriores a la elección presidencial y, el último, de manera más genérica, en materia de nómina, bienes y recursos públicos, contiene restricciones aplicables a las autoridades territoriales allí mencionadas, para los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones para cualquier cargo de elección popular.

Precisamente sobre el alcance de las prohibiciones contenidas en las disposiciones antes señaladas, esta Sala en el concepto con Radicación 1720[388], dijo:

> *"En este orden de ideas, la interpretación sistemática de las disposiciones consagradas en los artículos 32, 33 y* ***el parágrafo del artículo 38 de la ley 996 de 2.005*** *lleva a concluir que dichas normas contienen restricciones y prohibiciones para periodos preelectorales diferentes; las dos primeras, de manera específica para los cuatro meses anteriores a la elección presidencial;* ***el último, de manera más genérica para los cuatro meses anteriores a las elecciones para cualquier cargo de elección popular a que se refiere la ley– incluido el de Presidente de la República-; de manera que dichas restricciones no se excluyen sino que se integran parcialmente****, lo que permite concluir que en periodo preelectoral para elección de Presidente de la República, a todos los entes del Estado, incluidos los territoriales, se aplican las restricciones de los artículos 32 y 33 con sus excepciones, así como las del parágrafo del artículo 38.* ***En cambio, para elecciones en general, excluyendo las correspondientes a Presidente de la República, a las autoridades territoriales allí mencionadas sólo se aplican las restricciones contenidas en el parágrafo del artículo 38****.*
>
> *El hecho de que los artículos 32 y 33 de la ley 996 de 2.005 contengan prohibiciones y restricciones aplicables, las primeras en la Rama Ejecutiva; las segundas a todos los entes del Estado, específicamente para el periodo que precede las elecciones presidenciales,* ***mientras que el parágrafo del artículo 38 ibídem, abarca un periodo preelectoral más genérico, con prohibiciones aplicables sólo a autoridades territoriales, hace que en sana hermenéutica no sea posible hacer extensivas las excepciones que el artículo 33 consagra para las prohibiciones y restricciones de los artículos 32 y 33, a las prohibiciones del artículo 38 parágrafo, pues no sólo se refiere a dos postulados de conducta diferentes, sino que se trata de normas de carácter negativo cuya interpretación es restrictiva****; y además no puede olvidarse que el legislador en el artículo 32 de la ley en comento, expresamente extendió la excepción a las restricciones contenidas en el artículo 33, únicamente para los casos de prohibición enunciados por dicho artículo 32".*

Por otra parte, de acuerdo con el régimen de prohibiciones del parágrafo del artículo 38 de la misma ley, a los servidores públicos territoriales previstos en dicha norma, durante los cuatro (4) meses anteriores a cualquier elección, ***les está vedado, entre otras actividades, celebrar convenios interadministrativos para le ejecución de recursos,*** *autorizar la utilización de bienes muebles o inmuebles de carácter público para actividades proselitistas y modificar la nómina, en este último caso, "salvo que se trate de provisión de cargos por faltas definitivas, con ocasión de muerte o renuncia irrevocable del cargo correspondiente debidamente aceptada, y en los casos de aplicación de las normas de carrera administrativa", en la medida en que este tipo de nombramientos no están ligados a intereses partidistas, sino a cubrir las necesidades propias del servicio.*

(…)" (Resaltos fuera de texto)

---

[388] ***CONSEJO DE ESTADO, SALA DE CONSULTA Y SERVICIO CIVIL. Consejero ponente: LUIS FERNANDO ALVAREZ JARAMILLO. Bogotá D. C., diecisiete (17) de febrero de dos mil seis (2006). Radicación número: 11001-03-06-000-2006-00019-00(1720)***

Frente a la aplicación de las prohibiciones señaladas en la Ley de Garantías Electorales, es pertinente traer a colación apartes del concepto con radicado 2166 del 24 de julio de 2013, emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, radicación N°: 11001-03-06-000-2013-00407-00(2166), Consejero Ponente: Álvaro Namén Vargas, en el cual se pronunció sobre la aplicación restrictiva de los mandatos legales de contenido prohibitivo, así:

> *"No está de más recordar que las prohibiciones, en tanto limitan la libertad y los derechos de las personas, son de origen constitucional y legal; la tipificación de sus causas, vigencia, naturaleza y efectos es rígida y taxativa; y su aplicación es restrictiva, de manera que excluye la analogía legis o iuris y la interpretación extensiva. Las normas legales de contenido prohibitivo hacen parte de un conjunto de disposiciones que integran un régimen jurídico imperativo y de orden público, razón por la cual no son disponibles ni pueden ser derogadas, modificadas, ampliadas o adicionadas por acuerdo o convenio o acto unilateral.*
>
> *La jurisprudencia de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado, coinciden en que las normas que establecen prohibiciones deben estar de manera explícita en la Constitución o en la ley y no podrán ser excesivas ni desproporcionadas. No pueden interpretarse extensivamente sino siempre en forma restrictiva o estricta; es decir, en la aplicación de las normas prohibitivas, el intérprete solamente habrá de tener en cuenta lo que en ellas expresamente se menciona y, por tanto, no le es permitido ampliar el natural y obvio alcance de los supuestos que contemplan, pues como entrañan una limitación -así fuere justificada-a la libertad de actuar o capacidad de obrar, sobrepasar sus precisos términos comporta el desconocimiento de la voluntad del legislador."*

De igual manera, es importante citar lo dispuesto en la Circular 007 del 17 de junio de 2019 suscrita por el Procurador General de la Nación, en la cual se precisan las restricciones establecidas en el parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005, aparte que señala:

> ***"**1. Restricciones para los directores de entidades durante las elecciones de autoridades locales y departamentales**.***
> *Teniendo en cuenta el proceso electoral de autoridades locales y territoriales según el parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005, la Procuraduría General de la Nación puntualiza que les está prohibido a los Gobernadores, alcaldes, secretarios, gerentes y directores de entidades estatales del orden municipal, distrital y departamental lo siguiente:*
>
> • ***Celebrar convenios interadministrativos para ejecutar recursos públicos.***
> • *Participar, promover y destinar recursos públicos de las entidades a su cargo en o para reuniones de carácter proselitista.*
> • *Participar, promover y destinar recursos públicos en las entidades de las que participen como miembros de sus juntas directivas, en o para reuniones de carácter proselitista.*
> • *Inaugurar obras públicas o dar inicio a programas de carácter social, reuniones eventos en los que participen candidatos a Gobernación, alcaldía, Concejo y Juntas Administradoras locales*
> • *Autorizar la utilización de inmuebles o bienes muebles de carácter público, para actividades proselitistas o para facilitar el alojamiento, o el transporte de electores de candidatos a cargos de elección popular, como cuando participen voceros de los candidatos*
> • *Modificar la nómina del respectivo ente territorial o entidad." (Negrillas fuera del texto.)*

Por su parte, la Agencia Colombia Compra Eficiente, en Circular Externa Única, actualizada a fecha 16 de abril de 2019, página 66, señaló lo siguiente frente a la prórroga, modificación, adición o cesión de contratos en vigencia de las restricciones contractuales dispuestas en la Ley de Garantías Electorales:

> "(…)
>
> *La Ley de Garantías no establece restricciones para las prórrogas, modificaciones o adiciones, y la cesión de los contratos suscritos antes del período electoral, siempre que tales prórrogas, modificaciones, adiciones y cesiones cumplan los principios de planeación, transparencia y responsabilidad.*
>
> *En este sentido, las prórrogas, modificaciones o adiciones, y la cesión de los contratos suscritos antes del período de la campaña electoral, pueden realizarse en cualquier tiempo antes o después del comienzo de la aplicación de la Ley de Garantías siempre y cuando el contrato se encuentre vigente.*
>
> *(…)"*

IV. ANALISIS JURIDICO.

De conformidad a lo dispuesto en la Ley 996 de 2005 y lo aclarado por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el concepto con radicado 1863 del 15 de noviembre de 2007, se tiene que las restricciones contenidas en los artículos 32 y 33 de la precitada Ley, son aplicables únicamente para las elecciones de carácter presidencial. Por lo tanto, es dable concluir que para el periodo electoral comprendido entre el 27 de junio y el 27 de octubre de 2019 deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en el parágrafo del artículo 38 de la Ley de Garantías Electorales y lo instruido por la Procuraduría General de la Nación en Circular 007 de 2019, en la cual se restringe a los Gobernadores, Alcaldes, Secretarios, Gerentes y Directores de Entidades Descentralizadas del orden Municipal, Departamental o Distrital la celebración de convenios interadministrativos para la ejecución de recursos públicos, dentro de los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones que deben desarrollarse el próximo 27 de octubre del 2019.

Ahora, es necesario precisar que tal y como lo señala la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en el concepto con radicado 2166 del 24 de julio de 2013, las prohibiciones o limitaciones deben estar expresamente previstas en la Constitución o la ley y que frente a estas, no se admite ampliar o restringir su aplicación, por ende y tal y como lo expresa esa misma corporación en concepto 1720 de 2006, no es posible aplicar a las restricciones previstas en el parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005, las excepciones consagradas en el segundo inciso del artículo 33 ibídem.

No obstante, los entes territoriales pueden válidamente contratar, a través de licitaciones, selecciones abreviadas, concursos de méritos o contratación directa, teniendo en cuenta las reglas que para adelantar estos procesos establece la Ley 80 de 1993 – Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y sus normas modificatorias y reglamentarias.

Por último, es de resaltar que no se encuentra prohibida la adición, prórroga, modificación o cesión de los contratos celebrados antes de la entrada en vigencia de las restricciones contractuales previstas en la Ley 996 de 2005, caso en el que, tal y como lo señala la Agencia Colombia Compra Eficiente en la circular transcrita, estas figuras pueden realizarse en cualquier tiempo, antes o después de entrar en vigencia la ley de garantías, siempre y cuando se tenga en cuenta los principios de planeación, transparencia y responsabilidad, aplicables a la gestión contractual de las entidades estatales.

De acuerdo con lo anterior, se concluye que dentro de los cuatro (4) meses anteriores a las elecciones a llevarse a cabo el 27 de octubre del año en curso, las restricciones aplicables son las contempladas en el parágrafo del artículo 38 de la Ley 996 de 2005, disposición que prohíbe que el ente territorial y sin excepción alguna, así sea la prestación de servicios de salud, acuda a la celebración de convenios interadministrativos para la ejecución de recursos públicos.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,