



BOLETÍN JURÍDICO No. 10 OCTUBRE 2024



BOLETIN JURIDICO N° 10 DE OCTUBRE DE 2024

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA	4
1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL.....	5
1.1.1. <i>Sentencia T-377-24 – Corte Constitucional</i>.....	6
2. NORMATIVA	45
2.1. DECRETOS.....	46
2.1.1. Decreto 968 de 2024.....	47
2.2. RESOLUCIONES	76
2.2.1. Resolución 1895 de 2024.....	77
2.2.2. Resolución 1964 de 2024.....	83
3. CONCEPTOS.....	89
3.1. ASUNTO: Solicitud de concepto jurídico relacionado con el pago de incapacidades de médicos no adscritos. Radicado MSPS 2024423000955742 (Id 153191) Radicado Ministerio de Trabajo 05EE2024120300000051691.....	90
3.2. ASUNTO: ... Concepto sobre la solicitud de historia clínica para transcripción de incapacidades. Radicado 2024423001314212 (219896)	96
3.3. ASUNTO: Concepto sobre la exigencia de póliza de responsabilidad civil Radicado MSPS 2024423000727502 (119460) Radicado Mintrabajo 2EE2024410600000046883 ...	104
3.4. ASUNTO: Consulta sobre el pago y reconocimiento de incapacidades Radicado 2024423001729932 (Id 288203) Radicado Ministerio de Trabajo 02EE2024410600000067828	107
3.5. ASUNTO: Transcripción de fórmulas médicas y atención en salud. Radicado 202342402138112.....	113
3.6. ASUNTO: Solicitud de Información sobre quejas y soluciones a las mismas en la IPS Clínica Imbanaco S.A.S. Radicado 2024424001148192.	127



3.7. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre la facultad de la Junta Directiva para limitar la contratación del Gerente de una Empresa Social del Estado (ESE) del Departamento de Nariño. Radicado No. 2024423001523452.	135
3.8. ASUNTO: Consulta sobre las facultades para contratar y la autorización expresa del gerente del Hospital Departamental de Villavicencio. Radicado No. 2024423000269322.....	139
3.9. ASUNTO: Solicitud de acompañamiento e información sobre el proceso de inscripción y elección del representante ante la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios del Hospital Camilo Villazón Pumarejo (2024-2028). Radicado 2024424001563682.....	144
3.10. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre Aprobación de Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual. Radicado No. 2024423001451812	148



1. JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



I.1.1. Sentencia T-377-24 – Corte Constitucional

Referencia: expedientes T-10.065.192, T-10.095.277 y T-10.095.283, acumulados.

Acciones de tutela instauradas por (i) Laura contra la EPS ABC; (ii) Salomé contra la EPS XYZ, y (iii) Ramón contra la EPS XYZ.

Magistrada ponente:
Diana Fajardo Rivera

Bogotá D.C., diez (10) de junio de dos mil veinticuatro (2024).

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Diana Fajardo Rivera, quien la preside, y los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Jorge Enrique Ibáñez Najar, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela emitidos por:

(i) El Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría (Caldas) el 20 de febrero de 2024, mediante el que resolvió la acción de tutela presentada por *Laura* contra la *EPS ABC* (expediente T-10.065.192).

(ii) El Juzgado Promiscuo Municipal de Entrerríos (Antioquia) el 15 de febrero de 2024, mediante el que resolvió la acción de tutela presentada por el personero municipal de Entrerríos (Antioquia), en favor de *Salomé*, contra *EPS XYZ* (expediente T-10.095.277).

(iii) El Juzgado Promiscuo Municipal de Entrerríos (Antioquia) el 15 de febrero de 2024, mediante el que resolvió la acción de tutela presentada por el personero municipal de Entrerríos (Antioquia), en favor de *Ramón*, contra *EPS XYZ* (expediente T-10.095.283).

Aclaración previa. En la Circular Interna n.º 10 de 2022, la Corte Constitucional estableció algunos



lineamientos para la protección de datos personales en las providencias que sean publicadas y que hagan referencia a la historia clínica u otra información relativa a la salud física o psíquica de los accionantes. Así, con el fin de proteger el derecho a la intimidad de los accionantes, la Sala no mencionará sus nombres reales ni ninguna otra información que conduzca a su identificación. La Corte toma esta medida porque la sentencia incluye información relacionada con su historia clínica y su estado de salud.

Por consiguiente, la Corte emitirá dos providencias, una de ellas para ser comunicada a las partes del proceso y a los vinculados, que incluirá los nombres reales; y la otra, para ser publicada, que tendrá nombres ficticios en cursivas.

1. Síntesis de la decisión

§1. La Sala Tercera de Revisión estudió tres expedientes acumulados de tutela. En resumen, los accionantes son tres adultos mayores que refirieron que las entidades promotoras de salud a las que se encuentran afiliados vulneraron, entre otros, su derecho fundamental a la salud, al no garantizarles el acceso oportuno y continuo a medicamentos y servicios médicos. Uno de los casos es el de una mujer con varias afecciones de salud, entre ellas cáncer de colon, quien alegó varios retrasos en la provisión de servicios. En los otros dos casos se argumentó que algunos medicamentos prescritos no eran entregados en el lugar de residencia de las personas, por lo que debían desplazarse a otros municipios para reclamarlos.

§2. En primer lugar, la Sala Tercera determinó que las tres acciones de tutela superaban los requisitos de procedencia. A continuación, reiteró la jurisprudencia respecto del derecho fundamental a la salud y los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad. A la vez, expuso las reglas sobre el carácter prevalente del derecho a la salud de los sujetos de especial protección constitucional, entre ellos los adultos mayores y los pacientes con diagnóstico de cáncer; con respecto a este último punto, la Sala llamó la atención sobre la reciente promulgación de la Ley 2360 de 2024. La sentencia también insistió en las obligaciones de las entidades a cargo de la prestación del servicio de salud de: (i) no imponer barreras administrativas injustificadas, tales como la exigencia de desplazarse por fuera del lugar de residencia del paciente para reclamar medicamentos, y (ii) entregar los pañales cuando los usuarios lo requieran. Adicionalmente, la Sala se refirió al derecho al diagnóstico y a la concesión del tratamiento integral.

§3. Con fundamento en las reglas descritas y la valoración de las pruebas obrantes en los expedientes, la Sala revocó los tres fallos de instancia, que declararon la improcedencia de las acciones, y, en su lugar, concedió el amparo del derecho a la salud.

§4. En consecuencia, en el caso de la paciente con cáncer, ordenó a la EPS: (i) entregar



los medicamentos y pañales formulados, en caso de que ello no hubiera ocurrido; (ii) adoptar las medidas necesarias para que los profesionales adscritos a su red determinen el camino a seguir en relación con un medicamento que le fue ordenado a la accionante, pero que luego fue cambiado sin una justificación clara, y (iii) suministrar el tratamiento integral a la accionante respecto de sus diagnósticos. En los otros dos casos restantes, la Sala ordenó a la EPS adoptar las medidas necesarias y conducentes para garantizar, en lo sucesivo, la entrega continua, oportuna e integral de los medicamentos que les sean ordenados a los dos adultos mayores en su municipio de residencia. No obstante, no se concedió el tratamiento integral, pues la Sala encontró que no existe un tratamiento pendiente frente al que la EPS haya sido negligente, más allá de los medicamentos que no fueron entregados en su totalidad en el municipio donde residen las personas.

2. Antecedentes

§5. Los tres expedientes de la referencia se refieren a casos de personas adultas mayores^[1] que presentaron acciones de tutela directamente o a través del personero municipal contra las entidades promotoras de salud a las que se encuentran afiliados, para exigir la protección, en un caso, de su derecho a la salud y, en los otros dos, de sus derechos a la salud, a la vida, a la dignidad humana y a la seguridad social. Los accionantes tienen en común que son personas de 70 años o más, alegan la falta de entrega oportuna de medicamentos, servicios e insumos y solicitan un tratamiento integral.

2.1. Expediente T-10.065.192

§6. El 7 de febrero de 2024^[2], la señora *Laura* presentó acción de tutela contra la *EPS ABC*, a nombre propio, al considerar que dicha entidad vulneró su derecho fundamental a la salud.

2.1.1. Hechos

§7. La accionante tiene 70 años de edad y padece un “tumor maligno del colon ascendente, complicaciones micro vasculares, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, osteomielitis de L4-L5, secuelas sensitivo motoras en miembros inferiores, reacción desmoplásica de epiplón adyacente al colon derecho[,] adenocarcinoma infiltrante de colon bien diferenciado, pop hemicolectomía derecha, lesión nodular vellosa con compromiso del 50% de la circunferencia, enfermedad hemorroidal interna, diabetes mellitus tipo 2, [y] cambios atróficos del páncreas”^[3]. Por lo anterior, debe tomar varios medicamentos que, alega, no puede suspender. No obstante, afirma que, desde diciembre de 2023, la *EPS ABC* no le ha entregado una serie de medicamentos e insumos^[4]. Además, no ha podido obtener citas con endocrinología ni con el



especialista en dolor y cuidados paliativos^[5] por falta de agenda^[6].

§8. En consecuencia, la accionante pidió que: (i) se ampare su derecho a la salud; (ii) se ordene a la accionada entregar los medicamentos pendientes del periodo de diciembre de 2023 a febrero de 2024, y (iii) se le conceda tratamiento integral por las patologías que padece. La acción de tutela no planteó una pretensión explícita con respecto a la programación de las citas con las especialidades de endocrinología y cuidados paliativos, pero como se indicó, la accionante llamó la atención sobre esta materia al presentar los hechos que dieron origen a su solicitud. Por último, como medida provisional, solicitó la entrega inmediata de los medicamentos.

2.1.2. Trámite de la acción de tutela

§9. Mediante Auto del 7 de febrero de 2024^[7], el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría (Caldas) admitió la acción de tutela, vinculó a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), negó la medida provisional y ordenó a *EPS ABC* informar las gestiones adelantadas para la entrega de los medicamentos y señalar las razones de la tardanza en la asignación de las citas con especialistas.

§10. Al respecto, la ADRES^[8] argumentó su falta de legitimación dentro del proceso. Sostuvo que no era función suya, sino de la EPS, prestar los servicios de salud. De ahí que la vulneración de derechos se habría producido por una omisión que no le era atribuible. De todos modos, pidió negar cualquier solicitud de recobro y modular las decisiones que se adopten para no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

§11. Por su parte, la *EPS ABC*^[9] indicó que no se evidenciaba autorización de los medicamentos solicitados en la orden médica del 5 de enero de 2024 ni que la accionante la hubiese solicitado^[10]. Adicionalmente, respecto del tratamiento integral, señaló que nunca había negado servicios en salud. En consecuencia, solicitó negar el amparo.

2.1.3. Decisión de instancia objeto de revisión

§12. En Sentencia del 20 de febrero de 2024^[11], el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría (Caldas) declaró la improcedencia de la acción de tutela y dispuso la desvinculación de la ADRES del proceso. Estimó que no se cumplía con el requisito de subsidiariedad puesto que señaló que la accionante tenía un contrato de medicina prepagada con la *EPS ABC*, lo que implicaba que la controversia fuera de naturaleza puramente económica.

§13. La autoridad judicial concluyó que, al tratarse de un contrato de ese tipo, debían surtirse unas etapas antes de acudir a la acción de amparo, a saber: (i) realizar la solicitud de autorización



de medicamentos requeridos, de acuerdo con la orden médica; (ii) establecer comunicación con el prestador de servicios de salud y exponer las razones de inconformidad, y (iii) radicar una petición ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta decisión no fue impugnada.

2.2. Expediente T-10.095.277

§14. El 2 de febrero de 2024^[12], el personero municipal de Entreríos (Antioquia) presentó acción de tutela en favor de la señora *Salomé* contra *EPS XYZ*, al considerar que dicha entidad vulneró los derechos a la vida, a la salud, a la dignidad humana y a la seguridad social de la señora *Salomé*, conforme a los hechos que se exponen a continuación.

2.2.1. Hechos

§15. La señora *Salomé* tiene 70 años^[13] y presenta los diagnósticos de hipertensión arterial, insomnio, dislipidemia y osteoporosis. Debido a lo anterior, su médico tratante le ordenó una serie de medicamentos^[14].

§16. No obstante, una vez la accionante se acercó a la *Dispensadora 1*^[15], con la que tiene convenio *EPS XYZ* en el municipio de Entreríos (Antioquia), solo le fueron entregados algunos fármacos. El personal a cargo le manifestó que los demás debían ser reclamados en *Dispensadora 2* en Medellín o en *Dispensadora 3* en el municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia).

§17. La señora *Salomé* acudió a la Personería Municipal de Entreríos (Antioquia) en búsqueda de apoyo. Explicó que, debido a la cantidad de medicamentos, debía desplazarse varias veces al mes hacia los lugares referidos, pero en razón a su edad, estado de salud y falta de recursos para cubrir los gastos que acarrea el viaje, no estaba en condiciones de seguir haciéndolo.

§18. La personería manifestó haberse comunicado con *Dispensadora 1* y *EPS XYZ* en aras de solicitar el transporte de los medicamentos al sitio de residencia de la actora, pero recibió respuesta negativa debido al alto costo^[16]. La tutela indica que la señora *Salomé* teme que la falta de medicamentos lleve a que su estado de salud recaiga hasta un punto de no poder controlar sus enfermedades.

§19. En virtud de lo anterior, la tutela solicita (i) el amparo de los derechos a la salud, a la vida, a la dignidad humana y a la seguridad social; (ii) que se ordene a *EPS XYZ* remitir y entregar en el municipio de Entreríos (Antioquia) los medicamentos relacionados y los que, en lo sucesivo, ordene el médico tratante, y (iii) que se conceda el tratamiento integral en lo que tenga que ver

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



con los diagnósticos referidos. El personero municipal también solicitó prevenir al director de *EPS XYZ* sobre la importancia de no incurrir de nuevo en las acciones descritas.

2.2.2. Trámite de la acción de tutela

§20. Mediante Auto del 2 de febrero de 2024^[17], el Juzgado Promiscuo Municipal de Entreríos (Antioquia) admitió la acción de tutela.

§21. *EPS XYZ*^[18] informó que la señora *Salomé* estaba afiliada al régimen contributivo, en calidad de beneficiaria. Además, sostuvo que, una vez revisado el asunto, encontró que la paciente recibió a satisfacción los medicamentos el 7 de febrero de 2024. Así, adjuntó respuesta de la señora *Salomé* enviada a través de la aplicación WhatsApp, en la que indicó que unos medicamentos -tres en total- habían sido entregados a su hija en *Dispensadora 3*, en el municipio de San Pedro (Antioquia). Después, hizo referencia a la figura de la carencia actual de objeto por hecho superado y pidió que se negara la tutela, pues manifestó no haber vulnerado derecho fundamental alguno.

2.2.3. Decisión de instancia objeto de revisión

§22. En Sentencia del 15 de febrero de 2024^[19], el Juzgado Promiscuo Municipal de Entreríos (Antioquia) declaró improcedente la tutela, aunque también propuso razones para negar de fondo el amparo. Por un lado, indicó que no se cumplía con el requisito de subsidiariedad ya que la señora *Salomé* contaba con el mecanismo ante la Superintendencia Nacional de Salud. Por otro lado, en cuanto al fondo, estimó que: (i) los medicamentos se venían entregando oportunamente; (ii) no era desproporcionado que la señora *Salomé* tuviera que desplazarse a otro municipio para reclamarlos, y (iii) la tutela no acreditó cómo esos desplazamientos afectaban o interrumpían su tratamiento ni su mínimo vital. Por último, se abstuvo de ordenar el tratamiento integral, ya que no existía evidencia de que la paciente tuviera algún servicio de salud pendiente. Esta decisión de instancia no fue impugnada.

2.3. Expediente T-10.095.283

§23. El 2 de febrero de 2024^[20], el personero municipal de Entreríos (Antioquia) radicó acción de tutela en favor del señor *Ramón* contra *EPS XYZ*, en la que alegó la vulneración de los derechos a la vida, salud, dignidad y seguridad social, con fundamento en los siguientes hechos.

2.3.1. Hechos

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia
PBX: (+57) 601 330 5000
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



§24. El accionante tiene 75 años^[21] y ha sido diagnosticado con fibrilación auricular, hipotiroidismo, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular^[22]. Refiere, además, dolor en la columna y parestesias en la pierna derecha^[23]. Debido a lo anterior, el médico tratante le ordenó una serie de medicamentos^[24].

§25. Según el relato de tutela, el señor *Ramón* se acercó a la farmacia de *Dispensadora 1* (con la que tiene convenio *EPS XYZ*), pero le fueron entregados solo unos fármacos^[25]. El personal a cargo le manifestó que los demás medicamentos debían ser reclamados en *Dispensadora 2* en la ciudad de Medellín o en *Dispensadora 3* en el municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia).

§26. El accionante acudió entonces a la Personería Municipal en busca de ayuda, teniendo en cuenta que la cantidad de medicamentos ordenados le exige desplazarse varias veces a los lugares ya señalados, pero por su avanzada edad, su estado de salud y la falta de recursos económicos para cubrir los gastos que acarrea el viaje, no está en condiciones de seguir haciéndolo.

§27. La Personería se comunicó con *EPS XYZ* y con *Dispensadora 1* en aras de solicitar el transporte de los medicamentos para su entrega^[26]. Sin embargo, según la respuesta que recibió, no era posible debido al alto costo^[27], por lo que solo podían ser entregados en los lugares indicados.

§28. En virtud de lo anterior, la tutela busca: (i) el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la dignidad humana y a la seguridad social; (ii) que se ordene a *EPS XYZ* enviar y entregar en el municipio de Entrerríos (Antioquia) los medicamentos, y (iii) que se conceda tratamiento integral para los diagnósticos del señor *Ramón*. También se incluyó una pretensión en el sentido de prevenir al director de *EPS XYZ* sobre la importancia de no incurrir de nuevo en las acciones que dieron origen a la tutela.

2.3.2. Trámite de la acción de tutela

§29. Mediante Auto del 2 de febrero de 2024^[28], el Juzgado Promiscuo Municipal de Entrerríos (Antioquia) admitió la acción de tutela.

§30. *EPS XYZ*^[29] señaló que los medicamentos fueron entregados, de acuerdo con comunicación telefónica surtida con el accionante el 9 de febrero de 2024. Además, sostuvo que la presunta violación de los derechos del señor *Ramón* era atribuible a *Dispensadora 2* por inoportunidad en la entrega de los medicamentos. Por último, advirtió que el señor *Ramón* ya se encontraba desafiado de dicha entidad.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



2.3.3. Decisión de instancia objeto de revisión

§31. En Sentencia del 15 de febrero de 2024^[30], el Juzgado Promiscuo Municipal de Entreríos (Antioquia) declaró improcedente la tutela, aunque también propuso razones para negar de fondo el amparo. En cuanto a lo primero, señaló que no se satisfizo el requisito de subsidiariedad, pues el interesado disponía del mecanismo ante la Superintendencia Nacional de Salud. En cuanto al fondo, sostuvo que los medicamentos venían siendo entregados y que no resultaba desproporcionado el desplazamiento a otro municipio. Agregó que la solicitud de amparo no expuso cómo dichos traslados afectaban el tratamiento del paciente ni su mínimo vital. Por último, se abstuvo de ordenar el tratamiento integral, ya que no existía evidencia de que el accionante tuviera algún servicio de salud pendiente. Esta decisión de instancia no fue impugnada.

2.4. Listado de los medicamentos relacionados en cada uno de los escritos de tutela

§32. A continuación, se relacionan los medicamentos listados en cada acción de tutela:

Radicado T-10.065.192	Radicado T-10.095.277	Radicado T-10.095.283
<i>Laura</i>	<i>Salomé</i>	<i>Ramón</i>
1. Tiras reactivas para glucometría.	1. Amitriptilina clorhidrato 25 mg.	1. Diosmina + Hesperidina (fracción flavonoide purificada) 500 mg.
2. Lancetas para glucometría.	2. Atorvastatina 20 mg.	2. Bisoprolol fumarato 2.5 mg.
3. Aguja para pen de insulina 32 G X 4 mm.	3. Calcio Carbonato 600 mg - Vitamina D3 200 UI.	3. Apixabán 5 mg.
4. Acetaminofén 500 mg.	4. Enalapril maleato 20 mg.	4. Ácido fólico 1 mg.
5. Carvedilol 6,25 mg.	5. Hidroclorotiazida 25 mg.	5. Acido ascórbico 100 mg.
6. Rosuvastatina 40 mg.	6. Metoprolol tartrato 50 mg.	6. Fumarato ferroso 330 mg.
7. Amlodipino 5 mg.		7. Cianocobalamina 1 mg/ml ampolla (vitamina
8. Pregabalina 75 mg.		

9. Esomeprazol 40 mg. 10. Calcio citrato / vitamina D. 11. Levotiroxina 50 mcg; Lantus (Glargina) solución inyectable 100 U/m. 12. Lapicero 3mL, jeringa precargada 100 u/ml X 3 ml. 13. Glusina (Apiedra) solución inyectable 100 U/ml. 14. Levotiroxina sódica 50 mg; carbonato de calcio 1500/1600. 15. Pregabalina 75 mg. 16. Ondansetron 8 mg. 17. Insulina Glargina lapicero 24 u. 18. Insulina glusilina 7 ui. 19. Hidromorfona tal 2.5 mg. 20. Quetiapina tabletas 25 mg. 21. Cefuroxima 750 mg amp. 22. Loperamida 2 mg. 23. Ondansetron 8 mg.	B12). 8. Losartán 50 mg. 9. Levotiroxina sódica 25 mcg. 10. Levotiroxina sódica 50 mcg. 11. Rosuvastatina 20 mg.
--	---

Tabla 1. Lista de medicamentos relacionados en cada acción de tutela.



2.5. Actuaciones realizadas durante el trámite de revisión

§33. Mediante Auto del 30 de abril de 2024^[31], la Sala de Selección de Tutelas Número Cuatro, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Antonio José Lizarazo Ocampo, seleccionó y acumuló, por unidad de materia, los expedientes T-10.065.192, T-10.095.277 y T-10.095.283. El proceso fue remitido al despacho de la magistrada ponente el 16 de mayo de 2024^[32].

§34. Por medio de Auto del 11 de junio de 2024^[33], la magistrada sustanciadora decretó pruebas para contar con suficientes elementos de juicio, en los términos del artículo 64 del Reglamento Interno^[34]. Las pruebas decretadas consistieron en informes de las partes sobre la actual situación de salud de los titulares de los derechos cuya protección se solicita, así como información sobre su situación económica y tratamientos médicos. La magistrada también solicitó información sobre el trámite que las EPS efectúan cuando sus usuarios reciben prescripciones de medicamentos, así como mayor información, si existía, sobre las razones de las presuntas demoras que alegaron las acciones de tutela. Además, en relación con los expedientes T-10.095.277 y T-10.095.283, dada la naturaleza de la solicitud de los accionantes y con el objetivo de recolectar más información y garantizar el debido proceso, vinculó a las instituciones que tendrían alguna responsabilidad en la dispensación de los medicamentos en los lugares a donde fueron remitidos los accionantes: *Dispensadora 2*, *Dispensadora 3* y *Dispensadora 1*. A continuación, se resumen las respuestas recibidas.

2.5.1. Expediente T-10.062.192

§35. En primer lugar, el 12 de junio de 2024, el juzgado de instancia remitió el expediente digital completo, pues la Corte no contaba con él para el momento en que se emitió el auto que decretó pruebas^[35]. En ese sentido, a partir de los anexos allegados con la acción de tutela, la Sala pudo conocer que:

- a. La accionante nació el 1 de noviembre de 1953, por lo que tiene 70 años en la actualidad^[36].
- b. La historia clínica, en registro del 2 de noviembre de 2023, refiere como enfermedad índice: tumor maligno del colon ascendente, reacción desmoplásica de epiplón adyacente al colon derecho, adenocarcinoma infiltrante de colon bien diferenciado, pop hemicolectomía derecha por laparoscopia y lesión nodular vellosa con compromiso del 50% de la circunferencia compatible con “adenoca” previo al ciego; e indica en comorbilidad: diarrea crónica, diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones microvasculares, ERC en hemodiálisis, enfermedad hemorroidal y cambios atróficos del páncreas y nódulo de aspecto quístico^[37].
- c. Como manejo farmacológico actual se registran los medicamentos: Levotiroxina Sódica,



Carbonato de Calcio, Pregabalina, Rosuvastatina, Ondansetron, Insulina Glargina, Insulina Glulisina, e Hidromorfona^[38].

d. La historia clínica, en registro del 1 de enero de 2024, menciona que la paciente refirió que la EPS no le había entregado el medicamento Ondansetron^[39]. La accionante manifestó que esta situación (falta de acceso al medicamento) le ocasionó malestar general y vómito^[40].

e. También, allegó las siguientes órdenes médicas:

Orden o insumo	Fecha (dd-mm-aa)
Tiras reactivas para glucometría	05-11-2023
Lancetas para glucometría	05-11-2023
Glucómetro	05-11-2023
Aguja para Pen de insulina 23Gx4mm	05-11-2023
Acetaminofén	05-01-2024
Carvedilol	05-01-2024
Rosuvastatina. 40 MG	05-01-2024
Amlodipino. 5 mg	05-01-2024
Pregabalina	05-01-2024
Esomeprazol	05-01-2024
Calcio citrato/vitamina D	05-01-2024
Levotiroxina 50 mcg	05-01-2024
Lantus (Glargina), lapicero x 3 MI	05-01-2024
Glulisina (Apidra), lapicero X 3 MI	05-01-2024
Quetiapina	24-01-2024
	24-02-2024
	24-03-2024
Loperamida	24-01-2024
Ondansetron	24-01-2024
Capecitabina	24-01-2024
Consulta de primera vez por especialista en dolor y cuidados paliativos	24-01-2024

Tabla 2. Órdenes presentadas con la tutela en el expediente T-10.065.192.

§36. En segundo lugar, el 24 de junio de 2024^[41], la señora *Laura* dio respuesta al cuestionario formulado por la magistrada sustanciadora, como se sintetiza en la siguiente tabla:

Cuestionamiento	Respuesta
-----------------	-----------

Estado de salud actual	Continúa con los diagnósticos de afecciones renales, osteomielitis L5 y L4, cáncer en el colon, diabetes tipo 2 -insulinodependiente-, hipertensión, polineuropatía diabética, hipotiroidismo y angioplastia coronaria. Refirió que pertenece al programa de cuidados paliativos con hospitalización en casa y que, por haber sufrido un coma diabético dos meses antes, se encuentra en un desacondicionamiento físico avanzado.
Estado de los medicamentos e insumos reclamados con la tutela	Indicó que desde diciembre de 2023 no le son entregados los pañales que le han sido prescritos. Aseveró que en la farmacia <i>Dispensadora 4</i> , dispensador de <i>EPS ABC</i> , le dan distintas razones para negarlos. Agregó que las fórmulas se vencen por falta de inventario, lo que implica que debe comprar los medicamentos, lo que afecta sus ingresos. Señaló que nunca le fue entregado el medicamento Tapentadol, por lo que debió ser remplazado por Pregabalina, que no tiene la misma efectividad del medicamento anterior.
Afiliación a medicina prepagada	“[...]nunca he contado con medicina prepagada ni de afiliación a planes complementarios. Los cuidados actuales son por ser paciente con hospitalización en casa y pertenecer al programa de cuidados paliativos. Todo esto siempre ha sido por medio de la <i>EPS ABC</i> [...]”
Medicamentos o procedimientos ordenados con posterioridad a la presentación de la tutela	El 7 de mayo, le fueron prescritas unas tomografías y se le agendó la cita para el 18 de julio -dos meses y medio después aproximadamente-. Entonces, su atención no es prioritaria pese a ser una paciente con cáncer. Además, indicó que tuvo cita con nefrología y fue remitida a endocrinología; la cita fue asignada para el 16 de agosto.
Origen de sus recursos y núcleo familiar	Respecto de su situación económica indicó que subsiste a partir de lo que recibe de su pensión y que su grupo familiar está conformado por su compañera e hijo.

Tabla 3. Resumen de la respuesta de la actora en el expediente T-10.065.192.

§37. Junto con su respuesta, la accionante aportó órdenes del 23 de abril de 2024 para: (i)

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



tiras reactivas para glucometría, (ii) lancetas para glucometría, (iii) aguja para pen de insulina, (iv) Carvedilol; (v) Ácido Acetilsalicílico, (vi) Furosemida, (vii) Insulina Glargina, (viii) Linagliptina, (ix) Loperamida Clorhidrato, (x) Ondansetron, (xi) Sertralina, (xii) Amlodipino, (xiii) Atorvastatina, (xiv) Pregabalina, (xv) Esomeprazol, (xvi) Eritropoyectina, (xvii) Calcio Citrato/Vitamina D, (xviii) Levotiroxina y (xix) Glusilina. También se observa un registro de noviembre de 2023 de consulta con especialista en geriatría y cuidado paliativo y orden médica de pañales. Asimismo, fue allegada una autorización del 16 de marzo de 2024 para consulta con endocrinología, donde se registró a mano que la cita sería el 16 de agosto de 2024^[42].

§38. Por último, un registro del 18 de junio de 2024 refiere que la accionante “estuvo en diálisis con nosotros hasta octubre 2023, en esa fecha manifestó deseo de no continuar con terapia de soporte renal y firmó desistimiento. Se encuentra en manejo por servicio de cuidado paliativo [...] Dada recaída tumoral de Ca de Colón se encuentra en quimioterapia oral con capecitabina tres ciclos, pendiente administración de cuarto ciclo, sin embargo, se remite por parte de oncología dado alto riesgo de requerir TSR por condición clínica”^[43].

§39. Por su parte, *EPS ABC* intervino el 11 de julio de 2024^[44]. Mencionó que la accionante fue atendida por consulta externa durante 2023 y que recibió tratamiento farmacológico, incluidos todos los medicamentos reclamados en el escrito de tutela (excepto Cefuroxima 750 mg ampolla, de aplicación intrahospitalaria).

§40. Además, con respecto a la valoración por endocrinología, indicó que se autorizó cita con esta especialidad, programada para el 16 de agosto de 2024. En relación con la consulta con el especialista en cuidados paliativos, la EPS informó que la usuaria recibía atenciones en el programa de pacientes crónicos y que tuvo cita con el especialista el 19 de junio de 2024^[45].

§41. En concreto, sobre los medicamentos solicitados, informó la fecha en que estos fueron autorizados. Agregó que se comunicó con la usuaria, “quien informa que actualmente no tiene nada pendiente”^[46]. Como anexos, allegó el historial de autorizaciones, así como la historia clínica de atención a la paciente del 19 de junio de 2024. Cabe aclarar que, dentro del historial de autorizaciones de la actora, constan dos registros del 10 de julio de 2024 relacionados con el medicamento Tapentado^[47]. El primero, que señala como estado de la autorización “por convenio”, se da para su diagnóstico de “dolor crónico intratable”^[48]. El segundo, cuya autorización aparece como “anulada”, corresponde al diagnóstico de “tumor maligno del colon”^[49].

2.5.2. Expediente T-10.095.277

§42. En términos generales, *EPS XYZ* respondió que se encuentra al día en la entrega de medicamentos a la señora *Salomé*^[50]. Señaló que se puso en contacto con la señora *Salomé* a



través de una llamada telefónica y que confirmó que no existen solicitudes pendientes. Remitió copia de su historia clínica correspondiente a los meses de febrero y abril de 2024.

§43. Igualmente, la EPS anexó el Instructivo para la Dispensación de Medicamentos de la *Dispensadora 1*, encargada de entregarle los medicamentos prescritos, “de cara al lugar de domicilio del [sic] paciente”^[51]. Este documento establece que, en su calidad de dispensadora, *Dispensadora 1* verifica si el medicamento prescrito se encuentra en su inventario. En caso de no encontrarlo, “se valida si es por desabastecimiento (se realiza entrega de la carta de agotado por el laboratorio al paciente y de ser necesario se asigna cita con médico prescriptor o de familia para modificación de tratamiento)”^[52]. Si no es un caso de desabastecimiento, se toma el número telefónico del paciente o de su familiar para informales cuando el medicamento estará disponible^[53].

§44. *Dispensadora 3* informó^[54] que tiene un contrato con *EPS XYZ* para la dispensación de medicamentos a sus usuarios. Con respecto a los medicamentos ordenados a la señora *Salomé*, la entidad aclaró que están al día, pues hizo entrega de la Vitamina D3 los días 7 de mayo y 13 de junio de 2024. Adjuntó los comprobantes respectivos de dispensación con las fechas mencionadas^[55]. Dichos documentos indican que los medicamentos fueron entregados en la sede de “San Pedro”^[56].

§45. *Dispensadora 1* allegó once soportes de autorización de medicamentos prescritos a la señora *Salomé*, que afirmó fueron debidamente entregados^[57].

§46. La Corte no recibió información de *Dispensadora 2*, de la señora *Salomé* ni del personero municipal de Entreríos (Antioquia).

2.5.3. Expediente T-10.095.283

§47. Al igual que en el caso anterior, *EPS XYZ* respondió que se encuentra al día en la entrega de medicamentos al señor *Ramón*^[58]. Anotó que se puso en contacto con el señor *Ramón* a través de una llamada telefónica y que confirmó que no existen solicitudes pendientes. Remitió copia de su historia clínica correspondiente al año 2024 y certificó que en dicha historia constan las órdenes médicas de los medicamentos cuya falta de entrega fue reportada a través de la acción de tutela.

§48. Igualmente, la EPS anexó a su respuesta el Manual de Direccionamiento Ambulatorio en Ruralidad y el Instructivo para la Dispensación de Medicamentos de la *Dispensadora 1*, encargada de entregarle los medicamentos, “de cara al lugar de domicilio del paciente”^[59]. Este último documento ya fue sintetizado en el acápite anterior.



§49. De igual manera, *Dispensadora 3* informó^[60] que tiene un contrato con *EPS XYZ* para la dispensación de medicamentos a sus usuarios. Con respecto a los medicamentos ordenados al señor *Ramón*, la entidad aclaró que están al día, pues hizo entrega de la Diosmina + Hesperidina, el Bisoprolol y el Apixaban el 7 de febrero del presente año y no se registran pendientes. Adjuntó los comprobantes respectivos de dispensación con la fecha mencionada^[61]. Dichos documentos indican que los medicamentos fueron entregados en la sede de “San Pedro”^[62].

§50. *Dispensadora 1* allegó cinco soportes de autorización de medicamentos prescritos al señor *Ramón* que -afirmó- fueron debidamente entregados en los meses de enero y junio de 2024. Con respecto a los otros meses, manifestó que se comunicó telefónicamente con el señor *Ramón* para conocer por qué no se había acercado a reclamar los medicamentos; a lo que el paciente informó que le fueron entregados por otro dispensador^[63].

§51. La Corte no recibió respuesta de *Dispensadora 2*, del señor *Ramón* ni del personero municipal de Entreríos (Antioquia).

3. Consideraciones

3.1. Competencia

§52. La Corte Constitucional es competente para conocer de los fallos materia de revisión, de conformidad con los artículos 86 y 241 (numeral 9) de la Constitución Política y los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991. Además, procede la revisión en virtud del Auto del 30 de abril de 2024 de la Sala de Selección Número Cuatro, que escogió y acumuló para revisión estos procesos.

3.2. La acción de tutela es procedente en los tres casos

§53. La Sala observa que en los tres casos bajo estudio se cumplen los requisitos formales de procedencia, como pasa a exponerse.

3.2.1. Las personas que presentaron las acciones de tutela estaban facultadas para hacerlo (legitimación en la causa por activa)^[64]

§54. La señora *Laura* presentó acción de tutela en nombre propio. Está facultada para formular el amparo, pues es la afectada por las supuestas acciones u omisiones.



§55. En lo que respecta a la señora *Salomé* y al señor *Ramón*, la acción de tutela fue presentada por el personero municipal de Entrerriós (Antioquia), quien también estaba facultado para hacerlo, por los siguientes motivos:

a. El artículo 118 de la Constitución dispone que, entre otros, a los personeros municipales les corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos y la protección del interés público.

b. Los artículos 10 y 49 del Decreto Ley 2591 de 1991 facultan a los personeros municipales y al Defensor del Pueblo para ejercer la acción de tutela.

c. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que para que los personeros estén legitimados para presentar la acción de tutela es necesario que: “(i) exista autorización expresa de la persona víctima de la amenaza o vulneración de los derechos, con el objetivo de promover la intervención del Personero o del Defensor del Pueblo, a no ser que se trate de menores de edad, incapaces o personas en estado de indefensión; (ii) se individualicen o determinen las personas perjudicadas; y (iii) se argumente la forma en que se comprometen los derechos fundamentales de los representados”^[65]. Tales requisitos no se equiparan a que la persona le otorgue al personero o a la personera un poder para actuar, por lo que basta la simple petición del interesado, que puede ser verbal o escrita^[66].

§56. Estos requisitos se cumplen en esta ocasión por las siguientes razones. Primero, los escritos de tutela refieren que los accionantes buscaron la ayuda del personero municipal ante una situación que, en su sentir, podía amenazar su estado de salud. Igualmente, puede inferirse que la acción de tutela se presentó con la autorización de los accionantes, ya que se allegaron copias de sus historias clínicas con la demanda inicial, las cuales debieron ser entregadas por aquellos al personero municipal por tratarse de documentos privados, que contienen datos sobre su salud. La Corte Constitucional ha llegado a tal conclusión anteriormente, a partir de este tipo de evidencia^[67].

§57. Además, los accionantes se encuentran en una circunstancia de indefensión, pues se trata de adultos mayores con afectaciones de salud serias. Por un lado, *Salomé* tiene 70 años y, según los registros de su historia clínica, ha sido diagnosticada con hipertensión arterial, insomnio, dislipidemia y osteoporosis^[68]. Por otro lado, *Ramón* tiene 75 años y los registros de su historia clínica dan cuenta de que refiere dolor en la columna y parestesias en la pierna derecha y tiene diagnósticos de fibrilación auricular, hipotiroidismo, hipertensión y riesgo cardiovascular^[69].

§58. Segundo, ambos escritos individualizan a las personas aparentemente perjudicadas (*Salomé* y *Ramón*). Tercero, en los dos casos el personero justifica el modo en que presuntamente se comprometieron los derechos de las personas mencionadas, al no



entregarles de forma oportuna ni en su sitio de residencia todos los medicamentos que les fueron ordenados. Finalmente, la Sala anota que los hechos alegados en las acciones de tutela ocurrieron en el municipio que corresponde a la jurisdicción del personero, pues de las tutelas es posible deducir que la señora *Salomé* y el señor *Ramón* viven en el municipio de Entreríos (Antioquia)^[70].

3.2.2. Las acciones de tutela se presentaron contra entidades que podían ser demandadas por las vulneraciones alegadas (legitimación en la causa por pasiva)^[71]

§59. En los tres casos, la acción de tutela fue dirigida contra las entidades encargadas de prestar el servicio de salud a las que se encuentran afiliados los demandantes (*EPS ABC*, en un caso, y *EPS XYZ*, en los otros dos), en concordancia con lo establecido en el literal e) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993^[72]. En consulta realizada el 6 de junio de 2024 en la página web de la ADRES, la Sala corroboró el estado de afiliación de los accionantes así:

Expediente	Accionante	EPS y tipo de afiliación
T-10.065.192	<i>Laura</i>	<i>EPS ABC</i> , afiliada en el régimen contributivo en calidad de cotizante.
T-10.095.277	<i>Salomé</i>	<i>EPS XYZ</i> , afiliada en el régimen contributivo en calidad de beneficiaria.
T-10.095.283	<i>Ramón</i>	<i>EPS XYZ</i> , afiliado en el régimen contributivo en calidad de cotizante.

Tabla 4. Estado de afiliación de los titulares del derecho demandado.

§60. Con respecto a las entidades que la Corte vinculó (*Dispensadora 2*, *Dispensadora 3* y *Dispensadora 1*) en el trámite de revisión, la Sala encuentra que también están legitimadas por cuanto fueron mencionadas en los expedientes T-10.095.277 y T-10.095.283 como las instituciones responsables de entregar los medicamentos dentro y fuera del municipio donde residen los pacientes. En este sentido, podrían tener algún grado de involucramiento en la presunta vulneración de los derechos de la señora *Salomé* y el señor *Ramón* que se alega en la acción de tutela, pues dicha violación se origina, según se argumenta, en la falta de entrega de algunos medicamentos en su municipio de residencia. Fue por esta razón que la magistrada ponente consideró pertinente conocer la información que podían suministrar dichas entidades. La Sala encuentra justificada su vinculación, además, para evitar dilaciones en el proceso de tutela, en la medida en que se trata de dos adultos mayores que reclaman la protección de su derecho a la salud.



3.2.3. Las acciones de tutela se presentaron en un término razonable a la luz de las circunstancias de cada caso (inmediatez)^[73]

§61. En el caso de la señora *Laura*, se busca que se entreguen los medicamentos pendientes para el periodo de diciembre de 2023 a febrero de 2024 y que se ordene el tratamiento integral. A la par, la accionante también señaló que no había podido obtener cita con endocrinología ni consulta por primera vez con el especialista en dolor y cuidados paliativos. Al respecto, se evidencia una orden con fecha 24 de enero de 2024^[74] para consulta de primera vez por especialista en dolor y cuidados paliativo. La acción de tutela fue presentada el 7 de febrero de 2024^[75].

§62. En relación con la cita con endocrinología, no se encontraron elementos para identificar una fecha concreta desde cuando presuntamente comenzó la vulneración de derechos, pues no se conoce la fecha en que fue remitida al especialista. No obstante, sí consta en el expediente la autorización emitida por *EPS ABC* el 16 de marzo de 2024. De cualquier modo, la supuesta falta de entrega de los medicamentos y de programación de las citas requeridas perduran en el tiempo mientras no se tomen medidas para garantizar el acceso a los servicios. Por tanto, dado que la alegada vulneración de los derechos de la actora es continua, la tutela cumple con el requisito de inmediatez. En todo caso, se resalta que las prestaciones reclamadas son recientes y la situación de salud descrita da cuenta de la necesidad de la accionante de recibir medicamentos y servicios periódica y continuamente.

§63. Por su parte, las acciones de tutela que el personero municipal de Entreríos (Antioquia) presentó en favor de *Salomé* y de *Ramón* se radicaron el 2 de febrero de 2024^[76]. En lo que respecta a la primera, las fórmulas médicas allegadas van desde el 20 de junio de 2023 hasta el 28 de diciembre de 2023^[77]; mientras que las del segundo expediente abarcan desde el 3 de octubre de 2023 hasta el 22 de enero de 2024^[78]. En ambos casos, la afirmación de una recepción incompleta de los medicamentos en el lugar de residencia de los pacientes hace que la presunta vulneración de derechos permanezca en el tiempo. En todo caso, como en el asunto anterior, también se trata de prescripciones recientes. Por tanto, en los casos de *Ramón* y *Salomé* también se cumple el requisito de inmediatez.

3.2.4. Las personas accionantes no contaban con un mecanismo ordinario de defensa idóneo y eficaz para solicitar la protección de su derecho a la salud (subsidiariedad)^[79]

§64. La Sala encuentra que en los tres procesos de la referencia se cumple con el requisito de subsidiariedad, pues el mecanismo jurisdiccional de protección de los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019, asignó a la Superintendencia Nacional de Salud no resulta



idóneo ni eficaz en las circunstancias específicas de los accionantes^[80]. En este sentido, la tutela procede como mecanismo definitivo de protección de los derechos reclamados en los tres casos.

§65. De acuerdo con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007^[81], modificado por la Ley 1949 de 2019^[82], la Superintendencia Nacional de Salud es competente para conocer, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, de asuntos que abarcan, entre otros, la cobertura de servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS), ante la negativa de entidades promotoras de salud y otras similares, que ponga en riesgo o amenace la salud del usuario. Según ha explicado esta Corte^[83], si bien existe el procedimiento ante la Superintendencia de Salud, procede la acción de tutela cuando se configure un perjuicio irremediable o se encuentre que, en el caso concreto, el procedimiento ante la autoridad administrativa no resulta idóneo o eficaz.

§66. Dentro de las circunstancias en que opera el mecanismo antes referido, la jurisprudencia^[84] ha sostenido que (i) para la Superintendencia de Salud no es posible proferir decisiones en los diez días que se otorgan por ley, (ii) existe un retraso de entre dos y tres años para solucionar de fondo las controversias y (iii) las oficinas regionales no cuentan con la capacidad para dar solución a los problemas jurisdiccionales^[85]. De hecho, en la Sentencia T-224 de 2020^[86], la Corte estableció una serie de parámetros que el mecanismo jurisdiccional mencionado debe cumplir para consolidarse como un medio idóneo y eficaz de defensa y solicitó al Gobierno nacional que adoptara e hiciera público un plan de medidas para adecuar y optimizar su funcionamiento.

§67. En esta dirección, las sentencias SU-124 de 2018^[87] y SU-508 de 2020^[88], entre muchas otras^[89], han cuestionado la idoneidad y la eficacia del mecanismo que administra la Superintendencia para proteger la salud de peticionarios que (i) se encuentran en situación de vulnerabilidad, debilidad manifiesta o son sujetos de especial protección constitucional; (ii) se enfrentan a una situación riesgosa para su salud o la vida, o (iii) están en una situación de urgencia.

§68. Así, cuando se solicita la protección del derecho fundamental a la salud, el juez de tutela debe verificar, en cada caso, si el mecanismo jurisdiccional administrado por la Supersalud resulta idóneo y eficaz teniendo en cuenta (i) las circunstancias específicas del caso y (ii) el funcionamiento práctico de dicho mecanismo más allá *del papel*, según las consideraciones de la jurisprudencia de esta Corte. La acción de tutela procede, por tanto, cuando el recurso ante la Supersalud no es una vía eficaz o idónea, como ya se indicó.

§69. La Sala concluye que el mecanismo de defensa descrito no resulta idóneo ni eficaz en los casos que se analizan en esta sentencia por las siguientes razones. Primero, todos los titulares son sujetos de especial protección constitucional, pues se trata de adultos mayores



(personas de 70 años o más) que padecen múltiples afecciones de salud que impactan su calidad de vida; en uno de los casos, la accionante, además, fue diagnosticada con cáncer.

§70. Segundo, la salud y la integridad de los pacientes se encuentran comprometidas, por lo que la acción de tutela es el mecanismo eficaz para la garantía de su derecho a la salud. Los señores *Ramón* y *Salomé* expusieron la preocupación de llegar a un punto de no retorno en la garantía de su derecho por la falta de acceso a los medicamentos. La señora *Laura* presenta un diagnóstico de cáncer, entre otras varias afecciones a su salud, y se encuentra en cuidados paliativos.

§71. Tercero, para el caso de la señora *Laura*, debe estudiarse una circunstancia adicional. Como se expuso, en la decisión de instancia que la Corte revisa, el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría declaró la improcedencia, dado que -señaló- entre la demandante y la accionada mediaba un contrato de medicina prepagada, por lo que se trataba de una controversia económica.

§72. Al respecto, esta Sala no se explica la razón por la que el juzgado llegó a la conclusión de que las reclamaciones hechas se daban en el marco de un contrato de medicina prepagada. Si bien algunos de los encabezados de las órdenes médicas presentadas como anexos por la tutelante señalan como contrato: “EPS Y MEDICINA PREPAGADA ABC”, las mismas indican como plan “EPS ABC-CONTRIBUTIVO-Cotizante”^[90]. Inclusive, en respuesta al auto de pruebas emitido en sede de revisión, la accionante aclaró que nunca había contado con medicina prepagada ni afiliación a planes complementarios^[91].

§73. No existe elemento alguno en el expediente que permitiera llegar a la inferencia a la que arribó el juzgado. Para la Sala, la conclusión del Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría fue apresurada y no se basó en evidencia alguna que constara en el expediente.

§74. En este sentido, se concluye que en los tres casos la acción de tutela procede como mecanismo definitivo de protección, pues no existe un mecanismo ordinario de defensa que resulte idóneo y eficaz en las circunstancias de las personas cuyos derechos son reclamados. Por lo tanto, las tres acciones de tutela cumplen los requisitos de procedencia. Así las cosas, la Sala pasará a abordar una cuestión previa relativa a la posible configuración de la carencia actual de objeto en uno de los casos.

3.3. Cuestión previa: en el caso del expediente T-10.065.192 se configuró la carencia actual de objeto por hecho superado en relación con la pretensión de acceder a la cita con especialista en dolor y cuidados paliativos

§75. Cuando una persona acude a la acción de tutela, es posible que, en el momento en



que el juez profiere sentencia, las circunstancias que motivaron la solicitud hayan desaparecido o se hayan visto alteradas, de manera que se torne innecesario un pronunciamiento de fondo^[92].

§76. La carencia actual de objeto se configura en tres escenarios que la jurisprudencia ha denominado hecho superado, daño consumado y situación sobreviniente^[93]. El primero de ellos, relevante para la Corte en esta ocasión, ocurre cuando la situación se ha revertido o superado completamente por la actuación voluntaria del accionado (hecho superado).

§77. La Sala encuentra que, en la actualidad, se configura esta situación en el caso de la señora *Laura*, en relación con la programación de la consulta con un especialista en cuidados paliativos. Este es el caso, pues los soportes allegados al trámite de tutela evidencian que la accionante ya está siendo atendida por la especialidad mencionada^[94]. Ello fue confirmado por la accionante cuando en la respuesta al auto de pruebas emitido por esta Corporación informó que pertenece al programa de cuidados paliativos con hospitalización en casa^[95]. Por tanto, su pretensión dirigida a acceder a la consulta por primera vez con dicha especialidad ya fue satisfecha, lo que no quita que el tratamiento deba responder a los principios que se establecen más adelante en esta providencia.

§78. A continuación, la Sala establecerá los problemas jurídicos que le corresponde resolver y la estructura de la decisión, sin tomar en consideración la pretensión antedicha.

3.4. Presentación de los casos, problemas jurídicos y estructura de la decisión

§79. La Sala encuentra que en el caso de la señora *Laura* (T-10.065.192) existen actualmente cinco materias que requieren un pronunciamiento del juez constitucional. Estas son las relativas a (i) los alegados retrasos reiterados en la entrega de medicamentos; (ii) el cambio del medicamento Tapentadol por Pregabalina que -señala- no le es tan efectivo como el primero; (iii) la programación de la cita con endocrinología para el 16 de agosto de 2024, a pesar de que consta que la EPS la autorizó el 16 de marzo del mismo año; (iv) la entrega de los pañales que -sostiene- no le son suministrados desde diciembre de 2023, y (v) la concesión del tratamiento integral.

§80. Tanto la segunda como la cuarta situación, a pesar de no haber sido expresamente alegadas en la acción de tutela, están relacionadas con los hechos que la motivaron. Entre los medicamentos pendientes de entrega en ese momento estaba la Pregabalina. Por eso, la Sala encuentra que es pertinente lo informado por la actora en relación con la presunta baja efectividad del medicamento asignado (Pregabalina) en comparación con el formulado originalmente (Tapentadol) y se pronunciará al respecto. Por supuesto, no le corresponde al juez constitucional emitir conclusiones o valoraciones sobre la efectividad de un medicamento o tratamiento, pues carece de la competencia y de la experticia clínica para calificarla. La EPS



ABC tuvo la oportunidad de pronunciarse sobre la manifestación de la accionante después de que la secretaría general de esta Corporación puso a disposición de las partes y terceros con interés las pruebas recaudadas. Sin embargo, guardó silencio.

§81. Con respecto a la falta de entrega de pañales, la accionante suministró tal información a la Corte Constitucional, dado que la magistrada ponente le solicitó que informara cualquier retraso o inconveniente que tuviera en el momento en que fue proferido el auto de pruebas en sede de revisión. Como ocurre con el asunto antes mencionado, la accionada tuvo la oportunidad de controvertir lo alegado por la actora. No obstante, no hizo ningún pronunciamiento sobre este insumo.

§82. En esa medida, dado que la actora presentó la acción de tutela por una presunta violación de su derecho a la salud, que fundamentó en la existencia de varios servicios y medicamentos a los que la *EPS ABC* no le garantizó acceso con prontitud, la Sala encuentra que es necesario pronunciarse sobre la situación relativa a la entrega de los pañales desechables. Si bien podría argumentarse que este no fue un hecho explícitamente invocado en el momento de interponer la acción de amparo, lo cierto es que, por un lado, la tutela argumenta que existió un retraso generalizado en la entrega de varios servicios, insumos y medicamentos de salud. Por otro, la accionada tuvo la oportunidad de conocer la intervención en la que la accionante puso de presente la situación de los pañales y tuvo la oportunidad de controvertirla. De esta manera, sus derechos al debido proceso y a la defensa han sido garantizados.

§83. Como lo ha establecido en reiteradas ocasiones la jurisprudencia constitucional, el juez de tutela debe interpretar la demanda de tutela y, en consecuencia, complementar las pretensiones planteadas en ella para plantear el problema jurídico de forma completa. Este deber se deriva del principio de derecho de acuerdo con el cual el juez conoce el derecho (*iura novit curia*) y, por lo tanto, debe calificar autónomamente la realidad del hecho y subsumirlo en las normas jurídicas que sean aplicables^[96].

§84. Entonces, en el caso de la señora *Laura*, la Sala debe resolver los siguientes problemas jurídicos:

- a. ¿La entidad a cargo de prestar los servicios de salud a un adulto mayor diagnosticado con cáncer y otras enfermedades vulnera su derecho fundamental a la salud al no suministrarle los medicamentos que fueron ordenados por su médico tratante o retrasar su entrega?
- b. ¿La entidad a cargo de prestar los servicios de salud a un adulto mayor diagnosticado con cáncer y otras enfermedades vulnera su derecho fundamental a la salud al cambiar un medicamento ordenado por su médico tratante por otro distinto, cuando la persona indica que el medicamento entregado no es tan efectivo como el originalmente prescrito?

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



c. ¿La entidad a cargo de prestar el servicio público de salud a un adulto mayor diagnosticado con cáncer y otras enfermedades vulnera su derecho fundamental a la salud al programar una cita médica con un especialista al que fue remitido cinco meses después de que es autorizada?

d. ¿La entidad a cargo de prestar el servicio público de salud a un adulto mayor diagnosticado con cáncer y otras enfermedades vulnera su derecho fundamental a la salud al abstenerse de entregarle los pañales desechables que su médico tratante ha ordenado?

e. ¿Debe el juez de tutela ordenar a la entidad a cargo de prestar el servicio público de salud a un adulto mayor diagnosticado con cáncer y otras enfermedades, que alega retrasos varios en la provisión de distintos servicios y tecnologías, que le suministre el tratamiento integral frente a sus diagnósticos?

§85. Ahora bien, con respecto a los casos de la señora *Salomé T.*-(10.095.277) y *Ramón* (T-10.095.283), la Corte observa que, si bien *EPS XYZ* señaló haber suministrado todos los medicamentos, lo cierto es que al menos algunos de estos se han entregado por fuera del municipio de Entreríos (Antioquia), donde residen⁹⁷. Está probado que algunos medicamentos fueron dispensados en San Pedro de los Milagros (Antioquia). En este sentido, con respecto a estos dos casos, y por su similitud fáctica, corresponde a la Corte resolver los siguientes problemas jurídicos:

a. ¿La entidad a cargo de prestar los servicios de salud a un adulto mayor vulnera sus derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la dignidad humana y a la seguridad social al entregarle los medicamentos ordenados por su médico tratante fuera de su municipio de residencia?

b. ¿Debe el juez de tutela ordenar a la entidad a cargo de prestar el servicio público de salud a un adulto mayor en esa situación que le suministre el tratamiento integral frente a sus diagnósticos?

§86. La Sala precisa que, por la ya mencionada similitud fáctica, estos dos casos se estudiarán de forma conjunta al momento de resolverlos.

§87. Dado que estos problemas jurídicos ya han sido estudiados en el pasado por la Corte Constitucional, a continuación, la Sala sintetizará algunos aspectos pertinentes de la jurisprudencia relativa al derecho fundamental a la salud, para luego resolver cada uno de estos problemas jurídicos a partir de las reglas jurisprudenciales vigentes.



3.5. Reiteración de jurisprudencia: la efectividad del derecho fundamental a la salud abarca las garantías de accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad^[98]

§88. La jurisprudencia constitucional es clara en que el derecho a la salud es fundamental, entendimiento que quedó consolidado en la Sentencia T-760 de 2008^[99]. La Ley 1751 de 2015^[100] así lo reconoció y estableció reglas sobre el ejercicio, protección y garantía del derecho. Según su artículo 2, “[e]l derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo”. Tanto la jurisprudencia como la ley mencionada han reconocido, como elementos fundamentales de este derecho, los principios de accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad.

§89. En los términos de la ley estatutaria mencionada, el *principio de accesibilidad* exige que “[l]os 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”^[101]. El elemento mencionado, a su vez, comprende cuatro dimensiones: (i) no discriminación, (ii) accesibilidad física, (iii) accesibilidad económica (asequibilidad) y (iv) acceso a la información^[102]. Para efectos de esta providencia, adquiere relevancia el elemento de accesibilidad física. En virtud de este, “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados”^[103].

§90. Con respecto al *principio de oportunidad*, la jurisprudencia ha determinado que este obliga a garantizar que toda persona pueda acceder a la prestación de servicios sin dilaciones, en el momento oportuno para recuperar su salud y bajo las condiciones definidas por el médico tratante. Solo razones estrictamente médicas justifican un retraso en la prestación del servicio^[104]. Este principio comprende dos garantías: (i) que el paciente reciba un diagnóstico de sus enfermedades y patologías para iniciar el tratamiento adecuado y (ii) que reciba los medicamentos y el suministro de servicios requeridos a tiempo^[105].

§91. En relación con el *principio de integralidad*, de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, los servicios y tecnologías en salud que requieren los usuarios del Sistema de Salud deben proveerse “de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador”^[106]. De esta garantía se deriva, en los términos de la misma norma, una prohibición de fragmentar “la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”^[107]. Como resultado de este principio, la Corte Constitucional^[108] ha interpretado que el servicio de salud debe ser prestado de manera eficiente^[109], con calidad^[110] y de manera oportuna^[111] antes, durante y después de la recuperación del estado de salud de la persona^[112].

§92. Así, para la jurisprudencia, el principio de integralidad supone el deber de garantizar



la continuidad en la prestación del servicio y con ello evitar a los pacientes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito frente a la misma patología^[113]. De esta forma, dicha garantía se vincula estrechamente con el *principio de continuidad*. Este último, en los términos de la Ley 1751 de 2015, implica que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud sin interrupción alguna por razones administrativas o económicas. Finalmente, la Sala destaca que el principio de integralidad adquiere especial relevancia cuando está en peligro el derecho a la salud de sujetos de especial protección constitucional^[114].

3.6. Reiteración de jurisprudencia: el derecho a la salud de los adultos mayores, que son sujetos de especial protección constitucional, tiene carácter prevalente

§93. El artículo 49 de la Constitución, en concordancia con el artículo 13, reconoce que ciertos grupos poblacionales merecen una protección reforzada^[115]. Este mandato fue luego recogido por la Ley Estatutaria de Salud, cuando dispuso que, si bien los principios rectores del derecho a la salud se deben interpretar de manera armónica y sin privilegiar uno frente a otro, ello no impide adoptar acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección^[116]. En esa misma línea, el artículo 11 de la mencionada ley determinó que la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, víctimas de la violencia, la población adulta mayor y las personas que sufren de enfermedades huérfanas o que se encuentren en situación de discapacidad requiere de especial protección por parte del Estado.

§94. Respecto del derecho a la salud de los adultos mayores, la Corte Constitucional ha indicado que este tiene una connotación especial porque se trata de personas que pueden estar en una situación de debilidad manifiesta, vulnerabilidad y desventaja frente a la generalidad de las personas, tanto por su avanzada edad como por las afectaciones que inexorablemente llegan con la vejez^[117]. La jurisprudencia ha sostenido, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución, que “[e]l Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”^[118].

§95. Así, la protección de los adultos mayores prevalece^[119] y deben adoptarse medidas afirmativas en su favor^[120]. Esta Corte ha hecho énfasis en que la prestación de los servicios de salud a los adultos mayores debe garantizarse de forma continua, permanente y eficiente en virtud de la cláusula de Estado social de derecho^[121]. Por eso, cobran especial relevancia las garantías de integralidad, continuidad y oportunidad, a las que ya se hizo referencia^[122].

3.7. Las personas con cáncer son sujetos de especial protección constitucional

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



§96. En la Sentencia T-387 de 2018^[123], se estudió el caso de un hombre que padecía cáncer de lengua, cuya agente oficiosa alegaba que la EPS se negaba a brindar de forma oportuna y diligente los tratamientos. Para analizar esta situación, la Corte se refirió al alcance de los principios de integralidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud oncológicos y la especial protección de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer. Concluyó que, conforme a los artículos 13, 48 y 49 de la Constitución Política, las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, como el cáncer, son sujetos de especial protección constitucional.

§97. También reiteró que, por esas razones, los pacientes con cáncer tienen derecho a una atención integral en salud, lo que debe incluir “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones”^[124]. Estas consideraciones han sido reiteradas, por ejemplo, en la Sentencia T-232 de 2022^[125].

§98. Dado que el cáncer requiere de un tratamiento continuo, este “no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta”^[126]. Por lo tanto, los principios de integralidad y oportunidad adquieren una especial relevancia y deben cumplirse reforzadamente^[127]. Entonces, si los servicios de salud que el paciente requiere no se prestan eficaz, ágil y oportunamente, la violación de su derecho a la salud es especialmente gravosa. Por eso, la Corte ha establecido que cualquier demora en la prestación de los servicios que un paciente con cáncer requiere implica un incumplimiento de la obligación “reforzada” de la entidad responsable^[128].

§99. En relación con este asunto, conviene resaltar que la Ley 2360 de 2024^[129] modificó la Ley 1348 de 2010^[130], “reconociendo para los efectos de esta ley, como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer”^[131]. En particular, el artículo 2, que modificó el artículo 4 de la Ley 1348, dispone en su literal e) la siguiente definición de “sujetos de especial protección constitucional”: “[a]demás de los sujetos de especial protección determinados por la Corte Constitucional lo serán también aquellas personas con sospecha o diagnóstico de cáncer que, por sufrir una enfermedad catastrófica o ruinosa, se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad, debilidad manifiesta y dependencia del sistema de salud, debido a que existe una afectación física, psicológica y social, quienes merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva”. Además, el artículo 3 de la Ley 2360 de 2024 declaró el cáncer como una enfermedad de interés en materia de salud pública y de prioridad nacional.



3.8. Reiteración de jurisprudencia: las entidades a cargo de la prestación del servicio de salud deben garantizar el acceso oportuno, integral y continuo de sus usuarios a los medicamentos

§100. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, una entidad a cargo de prestar el servicio de salud viola el derecho a la salud de sus usuarios si no garantiza el acceso oportuno, integral y continuo a los medicamentos que requieren^[132]. Esta obligación se incumple tanto si la entidad se abstiene de entregar los medicamentos como si lo hace de manera tardía o inoportuna. El derecho en mención adquiere un carácter prevalente en el caso de sujetos de especial protección constitucional y, en específico, de pacientes diagnosticados con enfermedades catastróficas o ruinosas, tales como el cáncer; por lo tanto, la Corte ha concluido que la violación del derecho a la salud cuando se retrasa o no se realiza la entrega de un medicamento es “muy grave cuando se trata de una patología catastrófica”^[133].

§101. En línea con dicha jurisprudencia, una entidad prestadora del servicio de salud desconoce los principios de accesibilidad e integralidad y, por lo tanto, vulnera el derecho a la salud de sus usuarios cuando no toma medidas para asegurar el acceso a los medicamentos prescritos en el municipio donde reside el paciente y demanda su traslado a otro lugar para recibir los fármacos, pues tal exigencia puede generar una barrera administrativa injustificada^[134]; especialmente, cuando la persona enfrenta restricciones económicas o de salud para desplazarse^[135].

§102. Ahora bien, es importante advertir que el acceso a los medicamentos es una garantía general del Sistema de Salud, por lo que no existe un requisito adicional de falta de capacidad económica o de una situación de salud que dificulte el desplazamiento a otro municipio para exigir el acceso a los medicamentos en el municipio de residencia de la persona. Esto es así por las siguientes razones.

§103. En primer lugar, tanto la ley^[136] como la jurisprudencia^[137] han llamado la atención sobre la obligación de las EPS de conformar su red de prestadores de manera que aseguren que la totalidad de sus usuarios puedan acceder a los servicios que requieran en todo el territorio nacional y escoger un prestador entre las IPS con las que exista convenio en el área correspondiente.

§104. En segundo lugar, en la Sentencia SU-508 de 2020^[138], la Sala Plena recordó que una EPS vulnera el derecho a la salud cuando se abstiene de pagar los gastos de transporte intermunicipal que el usuario debe cubrir para acceder a un servicio o tecnología en salud ambulatorio (incluido en el plan de beneficios) que requiere y que es prestado por fuera del municipio de residencia. Reiteró que, aunque el transporte no es una prestación médica en sí misma, sí resulta necesario para garantizar la faceta de accesibilidad del derecho fundamental a la salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



§105. Siguiendo esta lógica, la Sala considera que el acceso oportuno, integral y continuo a los medicamentos no debe afectarse con la imposición de desplazamientos desproporcionados a los usuarios del sistema, en la medida que el suministro de medicamentos es un componente central de la atención en salud. Es por esta razón que la Sentencia T-195 de 2021^[139], por ejemplo, estableció que exigir el desplazamiento de los usuarios del Sistema de Salud por fuera de su municipio de residencia para recibir los medicamentos carece de justificación porque supondría “olvida[r] entonces la obligación que tienen [las EPS] de sufragar los costos derivados del transporte que requiere el [usuario], de acuerdo con la jurisprudencia constitucional en vigor”^[140].

§106. En tercer lugar, la regla que aquí se reitera ha sido aplicada con independencia de la afiliación de la persona al régimen contributivo o subsidiado de Salud, lo que evidencia que el acceso a los medicamentos es una garantía básica del sistema, aunque pueda adquirir un carácter reforzado frente a los usuarios que experimenten condiciones de vulnerabilidad adicionales^[141].

§107. En cuarto lugar, la Corte ha recordado reiteradamente la obligación de las EPS contenida en el Decreto Ley 019 de 2012^[142] de (i) establecer un procedimiento de entrega de medicamentos a sus afiliados, que “asegure la entrega completa e inmediata de los mismos” cuando los reclaman. La norma establece, a la vez, que (ii) “[e]n el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza”.

§108. En suma, la Sala reitera que las entidades prestadoras del servicio de salud están obligadas a suministrar los medicamentos a sus usuarios de manera integral, oportuna y continua. Cualquier retraso o falta de entrega desconoce el derecho a la salud, mientras que la exigencia de desplazarse a otros municipios para este fin puede tornarse en una carga desproporcionada sobre las personas. Esta violación es muy grave si se trata de una persona con cáncer u otras enfermedades catastróficas o ruinosas. Igualmente, por regla general, las entidades a cargo de prestar servicios de salud violan el derecho a la salud de sus usuarios si no toman medidas para garantizar el acceso a los medicamentos prescritos en el municipio de residencia de la persona.

3.9. Reiteración de jurisprudencia: cuando el juez de tutela no encuentra prueba de que una persona requiera un servicio de salud que solicita, debe proteger el derecho al diagnóstico^[143]

§109. Según la jurisprudencia constitucional, cuando el juez de amparo no cuenta con una



orden médica que prescriba el servicio de salud que la parte accionante solicita a través de la acción de tutela, debe proceder, por regla general, según dos parámetros^[144]. De un lado, si no existe ninguna evidencia, distinta a la prescripción inexistente, de que el accionante requiere el servicio, pero sí hay un indicio razonable de afectación al derecho a la salud de la persona, el juez debe ordenar a la EPS que disponga lo necesario para que sus profesionales valoren al paciente y determinen si requiere el medicamento, procedimiento, servicio o tecnología. De otro lado, si el juez puede determinar, con base en las pruebas disponibles, que el accionante tiene una necesidad evidente del servicio de salud que solicita, debe ordenar su suministro, condicionado a la ratificación posterior de un profesional adscrito a la EPS.

§110. Estos dos escenarios apuntan a proteger una de las facetas del derecho fundamental a la salud: la del diagnóstico^[145]. El derecho al diagnóstico cubre la posibilidad de que todos los pacientes reciban una valoración técnica y oportuna de su estado de salud y de los servicios que requieren. Con ello se pretende garantizar que los usuarios del Sistema de Salud tengan la posibilidad de que un profesional valore su estado y determine cuáles son los tratamientos que requieren, si existe tal necesidad. Ahora bien, esto no implica que la tutela se convierta en el trámite que los pacientes deben cumplir para acceder a ese derecho, ya que esta garantía hace parte de las obligaciones básicas de las entidades del Sistema de Salud.

3.10. Reiteración de jurisprudencia: las entidades a cargo de la prestación del servicio de salud deben suministrar los pañales desechables que los pacientes requieran

§111. La Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, implementó un sistema de *exclusiones explícitas*, de modo que todo servicio o tecnología en salud que no se encuentre expresamente excluido se encuentra incluido en el plan de beneficios. Este entendimiento quedó consolidado en la Sentencia SU-508 de 2020^[146].

§112. En el marco de este modelo, la jurisprudencia de la Corte ha sido enfática en que los pañales desechables se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud por cuanto no han sido excluidos expresamente a través del mecanismo participativo establecido en la Ley 1751 de 2015. Por eso, las entidades responsables deben entregarlos cuando un médico tratante los prescribe^[147].

§113. La Corte ha estimado que los pañales tienen una importancia fundamental para la satisfacción del derecho a la vida digna. En efecto, la finalidad de los pañales es reducir la incomodidad e intranquilidad que les puede generar a las personas no poder controlar cuándo y dónde realizar sus necesidades^[148]. Además, la ausencia del insumo puede causar otras afecciones de salud, como dermatitis, lesiones de la piel e infecciones cutáneas y urinarias que generan dolor^[149].



3.11. Reiteración de jurisprudencia: el tratamiento integral frente a sujetos de especial protección constitucional

§114. Sobre el tratamiento integral, la Corte ha señalado que este encuentra sustento en el artículo 156^[150] de la Ley 100 de 1993 y en los principios de integralidad y continuidad. La integralidad en salud implica que la atención debe ser ininterrumpida, completa, oportuna y de calidad, en relación con todo aquello que el médico tratante considere necesario para conjurar la enfermedad de una persona o mantener su calidad de vida^[151].

§115. La Corte ha precisado que cuatro elementos deben ser verificados para ordenar el tratamiento integral en sede de tutela: (i) la negligencia de la EPS en el cumplimiento de sus deberes, por ejemplo, al programar tratamientos fuera de un término razonable o al imponer trabas administrativas; (ii) la existencia de prescripciones del médico tratante que determinen específicamente el diagnóstico del paciente y los servicios y/o insumos que requiere; (iii) la condición del demandante como sujeto de especial protección constitucional, y (iv) que el actuar de la EPS haya puesto en riesgo al paciente y prolongado sus padecimientos^[152].

§116. Por tal razón, bajo estos supuestos, los jueces de tutela deben ordenar que se garanticen todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento^[153]. De todos modos, las órdenes de este tipo están sujetas a que, si las prestaciones o servicios médicos no están determinados, el juez deberá definir el alcance de la orden en el evento en que se acceda a ordenar el tratamiento integral, pues no es posible decretar un mandato futuro indeterminado o incierto^[154].

§117. La Corte Constitucional ha reconocido, de manera reforzada, el tratamiento integral en casos en los que está en riesgo la situación de salud de sujetos de especial protección constitucional, como es el caso de los adultos mayores o de las personas con enfermedades catastróficas o ruinosas, entre otros^[155].

3.12. Resolución de los casos acumulados

§118. En esta oportunidad, la Sala Tercera de Revisión estudia un proceso acumulado de tres expedientes con múltiples pretensiones. Para recordar los aspectos centrales que guiarán su análisis, a continuación, se presenta un cuadro de resumen con la información relevante:

Expediente	Titular del derecho	Accionada	Reclamaciones por estudiar
10.065.192	Laura, de 70 años, diagnosticada con múltiples enfermedades,	EPS ABC	(i) Entrega oportuna de medicamentos



	incluido cáncer.		(ii) Cambio de medicamento (iii) Cita con endocrinología (iii) Pañales (iv) Tratamiento integral
10.095.277	Salomé, de 70 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, insomnio, dislipidemia y osteoporosis.	EPS XYZ	(i) Acceso a medicamentos en el lugar de residencia (ii) Tratamiento integral
10.095.283	Ramón, de 75 años, con diagnóstico de fibrilación auricular, hipotiroidismo, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.	EPS XYZ	(i) Acceso a medicamentos en el lugar de residencia (ii) Tratamiento integral

Tabla 5. Resumen de los casos estudiados.

3.12.1. Expediente T-10.065.192: la EPS ABC violó el derecho a la salud de la accionante, al no entregar de manera oportuna los medicamentos e insumos ordenados por sus médicos tratantes y no programar oportunamente las consultas con especialistas

§119. La señora *Laura* tiene 70 años y padece de múltiples afecciones de salud, que incluyen cáncer de colon. Por tanto, se trata de un sujeto de especial protección constitucional, no solo por su edad y sus múltiples padecimientos, sino también de acuerdo con lo establecido en la Ley 2360 de 2024, al ser una paciente con cáncer.

§120. *Medicamentos no entregados.* En el escrito inicial, la accionante reclamó la entrega de más de veinte medicamentos. Luego, en respuesta al auto de pruebas, la señora *Laura*, de forma global, indicó que sus fórmulas médicas vencían por falta de entrega de los medicamentos y que nunca le entregaron el medicamento Tapentadol, por lo que debió ser remplazado por Pregabalina, que no considera tan efectivo como el primero.

§121. Frente a ello, *EPS ABC* contestó, el 11 de julio de 2024, que los medicamentos ordenados fueron debidamente autorizados. Además, aseveró que se había comunicado con la usuaria, quien le informó que no tenía entregas pendientes.



§122. Para la Sala, sin embargo, no es posible concluir con certeza que los insumos y medicamentos reclamados hayan sido efectivamente entregados en su totalidad y de manera oportuna. Primero, la autorización emitida por la EPS no equivale a su entrega. Lo que se discute en la presente controversia es, precisamente, el suministro efectivo. Segundo, la señora *Laura*, al intervenir en el trámite de revisión, insistió en su inconformidad general por los retrasos y falencias en la entrega. Tercero, incluso si en el momento en que *EPS ABC* intervino en sede de revisión la entrega de medicamentos estaba al día, lo cierto es que la EPS no se pronunció ni refirió correctivos frente a las falencias alegadas por la accionante en los meses anteriores; especialmente por ser una adulta mayor con diagnóstico de cáncer que requiere con urgencia de los medicamentos.

§123. Así las cosas, la Sala encuentra vulnerado el derecho fundamental a la salud de la señora *Laura*. En consecuencia, la Sala ordenará la entrega continua, oportuna e integral de los medicamentos pendientes a la señora *Laura*.

§124. *Cambio de un medicamento.* En línea con este tema, para la Sala no pasa desapercibido que la accionante adujo que el medicamento Pregabalina no es igual de efectivo, frente a sus síntomas, como el Tapentadol. De este último, como se sintetizó anteriormente, constan en el expediente dos registros de autorización en julio de 2024.

§125. La Sala desconoce las razones que motivaron el cambio de medicamento y su posible impacto en la salud de la accionante. No es claro si un médico dictaminó el cambio y tampoco si algún especialista valoró la queja de la señora *Laura* en relación con la efectividad del tratamiento. Ciertamente, el juez de tutela no tiene el conocimiento y tampoco es el llamado para conceptuar sobre la idoneidad de un medicamento. Es el médico tratante el que puede determinarlo a partir de su propio concepto técnico. Lo que la Sala sí puede advertir preliminarmente es que se trata de medicamentos que controlan el dolor que las afecciones a su salud generan en la señora *Laura*, por lo que la efectividad del tratamiento es una cuestión de importancia constitucional que repercute en la vida digna.

§126. Por consiguiente, ante la falta de certeza sobre la existencia de una valoración médica relativa al suministro de uno u otro compuesto, en garantía del derecho a la salud en su faceta de diagnóstico, la Sala ordenará que *EPS ABC* EPS: (i) disponga lo necesario para que sus profesionales analicen el estado del tratamiento y de la salud de la señora *Laura* y determinen cuál es el camino a seguir en relación con la prescripción del medicamento Tapentadol; y, de mantenerse su prescripción, (ii) disponga y verifique la entrega efectiva, oportuna y continua del referido medicamento.

§127. *Reclamación de cita con el especialista en endocrinología.* Desde el escrito inicial, la accionante reclamó la falta de asignación de una cita con el especialista en endocrinología. En



sede de revisión, la accionante allegó autorización emitida el 16 de marzo de 2024, que acredita que la consulta quedó programada para el 16 de agosto siguiente, es decir, cinco meses después.

§128. Para la Sala, esta situación da cuenta de la vulneración del derecho a la salud de la señora *Laura*. Programar una cita con un especialista cinco meses después de que es autorizada, para una adulta mayor con diagnóstico de cáncer y quien recibe cuidados paliativos, no se compadece con su situación y la urgencia del tratamiento. La jurisprudencia ha hecho énfasis en que el cáncer es una enfermedad que requiere de un acompañamiento continuo, en el que la integralidad y la continuidad son determinantes. Por su parte, *EPS ABC* no aportó alguna justificación que explique el tiempo de espera.

§129. Ahora bien, en la medida que esta providencia se profiere en una fecha cercana a la programada para la consulta, se torna inocua una orden de programación diferente. Sin embargo, en relación con la pretensión de tratamiento integral que se aborda más adelante, la Sala ordenará a *EPS ABC* que, en lo sucesivo, tome las medidas necesarias y conducentes para garantizar el cumplimiento de los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad en el tratamiento y la atención a la señora *Laura*, de manera consecuente con su calidad de sujeto de especial protección constitucional.

§130. *Entrega de pañales*. La accionante relató ante la Corte que, desde diciembre de 2023, *EPS ABC* no le ha suministrado los pañales desechables que requiere. Acompañó su respuesta con una prescripción del 23 de abril de 2024, en la que se registra un diagnóstico de incontinencia urinaria y también se ordenan pañales. A la vez, dentro del historial de autorizaciones que *EPS ABC* allegó, se encuentra una del 26 de abril de 2024 referida a este insumo. Asimismo, dentro de la consulta clínica del 19 de junio de 2024, se observa que el médico tratante registró en el plan de tratamiento la necesidad de pañales.

§131. Respecto de la vigencia de la prescripción, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido, la Sala resalta, por un lado, que los pañales son un insumo de prestación periódica y, por otro que el diagnóstico de la accionante permite concluir que la falta de control de esfínteres continuará en el tiempo. Las pruebas aportadas por ambas partes, además, dan cuenta de que el tratamiento de la actora incluye el suministro de este insumo. En consecuencia, la Sala dispondrá entregar los pañales conforme a la prescripción existente, en caso de que ello no haya ocurrido en el momento en que se notifique esta sentencia.

§132. *Tratamiento integral*. Como se explica a continuación, en esta ocasión se configuran los criterios para conceder el tratamiento integral a la señora *Laura* respecto de las patologías que padece.

§133. Primero, la EPS ha sido negligente en el cumplimiento de sus deberes. A pesar de la



atención prevalente que requiere la accionante, ha tenido que ser requerida por el juez de tutela para cumplir sus obligaciones. Durante el proceso de tutela, la EPS no justificó con claridad las razones de las dilaciones en el suministro de algunos servicios y la falta de provisión de otros. Se limitó a argumentar que está al día, pero la Corte encuentra que esa no es la situación.

§134. Lo cierto es que se trata de una adulta mayor con graves afecciones de salud, que se encuentra actualmente en el programa de cuidados paliativos. Entre las fuertes afecciones de salud que padece, se encuentra un diagnóstico de cáncer. A pesar de esto, la EPS ha retrasado el suministro de varios servicios y, especialmente, de los múltiples medicamentos que requiere la accionante. En ningún momento del proceso de tutela, la EPS explicó tales falencias o las controvertió de manera específica. Se limitó a hacer afirmaciones generales de haber cumplido con sus obligaciones, pero no se refirió a las alegaciones concretas que planteó la actora, ni durante el trámite de instancia ni ante la Corte Constitucional. Ese incumplimiento reiterado, en el caso de una persona que es sujeto de especial protección y cuya condición de salud es compleja, da cuenta de una conducta que no se corresponde con la gravedad del caso. La EPS ha debido desplegar, de manera oportuna e integral, las acciones necesarias para asegurarse de que la vida, la salud y la integridad de la paciente estuvieran debidamente protegidas, por lo menos garantizando todos los servicios ordenados por los médicos tratantes.

§135. Segundo, dentro del expediente obran los registros de los medicamentos, insumos y consultas con especialistas, entre otros servicios y tecnologías, que los médicos de la señora *Laura* han ordenado. En concreto, la Corte encontró órdenes claras de los medicamentos, los pañales no entregados y la cita con endocrinología que fue programada cinco meses después de su autorización. Igualmente, como se sintetizó en esta sentencia, existe prueba de los registros que la historia clínica de la accionante incluye sobre los varios diagnósticos que tiene. No existe duda alguna sobre los diagnósticos ni sobre la existencia de las órdenes médicas, pues la actora las aportó al expediente en reiteradas ocasiones, como se sintetizó en el capítulo de antecedentes. Su diagnóstico también fue establecido con precisión a partir de las pruebas obrantes en el expediente.

§136. Tercero, la señora *Laura* es un sujeto de especial protección constitucional, pues es una adulta mayor con varias afecciones de salud, entre ellas, cáncer.

§137. Cuarto, el actuar de la EPS ha puesto en riesgo la calidad de vida de la paciente y sus oportunidades de recuperación. En su condición actual, el acceso a los medicamentos, insumos y servicios en salud resulta esencial para garantizar la vida en condiciones dignas de la accionante.

§138. A partir de lo estudiado, la Sala Tercera de Revisión ordenará a la *EPS ABC* que garantice el tratamiento integral en favor de la señora *Laura* respecto de los diagnósticos que ha recibido. Lo anterior, en procura de que sean prestados los servicios en salud que disponga



el médico tratante de manera ininterrumpida, completa, diligente y oportuna.

§139. Por las razones mencionadas, la Sala Tercera de Revisión revocará la decisión de instancia que declaró la improcedencia de la acción de tutela. En su lugar, amparará el derecho a la salud de la accionante y adoptará los remedios que se anunciaron anteriormente.

3.12.2. Expedientes T-10.095.277 y T-10.095.283: EPS XYZ vulneró el derecho a la salud de los accionantes, al no garantizar el acceso a los medicamentos en su municipio de residencia

§140. Tanto la señora *Salomé* como el señor *Ramón* son personas de la tercera edad con varios diagnósticos que afectan su salud y que requieren de un tratamiento farmacológico constante.

§141. A pesar de que *EPS XYZ* informó a la Corte que no existían medicamentos pendientes de entrega, dicha entidad no se refirió a las barreras de suministro que implica el desplazamiento de los accionantes hacia otros municipios. *Dispensadora 3*, por su parte, indicó que parte de los medicamentos se reclamaron en el municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia). *Dispensadora 2* guardó silencio, por lo que no es claro si la señora *Salomé* y el señor *Ramón* han tenido que reclamar parte de los fármacos en la ciudad de Medellín. A continuación, la Sala se pronuncia sobre las pretensiones de estas dos acciones de tutela.

§142. *Entrega de medicamentos en el lugar de residencia de los pacientes.* Más allá de que la entrega de los medicamentos se encuentre al día -como asegura *EPS XYZ*-, tal situación no desvirtúa, por sí sola, una violación al derecho a la salud de la señora *Salomé* y del señor *Ramón*. El problema jurídico que los casos plantean no se limita a preguntarse por la entrega de los medicamentos, sino particularmente por las condiciones en que se realiza y las posibles barreras que supone el desplazamiento periódico de unos adultos mayores, fuera de su municipio de residencia, para obtener los medicamentos que requieren.

§143. A diferencia de los jueces de instancia, la Sala concluye que *EPS XYZ* vulneró el derecho a la salud de los accionantes al no tomar medidas para garantizar sus componentes de accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad en la prestación del servicio de salud. La EPS ha impuesto una barrera administrativa al exigir el desplazamiento de dos adultos mayores fuera del municipio de residencia para acceder a los medicamentos previamente ordenados. Dicha barrera puede tornarse desproporcionada dada la avanzada edad y el estado de salud de los accionantes, así como la distancia que deben recorrer. En efecto, el municipio de Entreríos (Antioquia) se encuentra a una distancia aproximada de 22 kilómetros del municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia) y 55 kilómetros de la ciudad de Medellín. Tales trayectos podrían tardar entre 40 minutos y una hora y media, aproximadamente^[156].



§144. De entrada, llama la atención que *EPS XYZ* no ofreció razón alguna para exigir tal desplazamiento. La única posible justificación proviene de la manifestación del personero municipal de Entrerríos (Antioquia) en el sentido de que, telefónicamente, la EPS le indicó que no era posible transportar los medicamentos al municipio por los costos involucrados. La entidad demandada no sustentó estos costos en ningún momento.

§145. Como ya se expuso (capítulo 3.11. *supra*) la jurisprudencia ha establecido que las EPS tienen una obligación de garantizar el acceso a los medicamentos en el municipio de residencia de sus usuarios. Esta es una garantía derivada de los principios de accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad. En específico, este último, en los términos de la Ley 1751 de 2015, implica que los servicios de salud no se pueden interrumpir por razones administrativas o económicas.

§146. Además, los hechos que la Corte ha conocido indican que *EPS XYZ* sí cuenta dentro de su red, por lo menos, con un dispensador de medicamentos en Entrerríos (Antioquia): *Dispensadora 1*. La EPS, de hecho, informó a la Corte que esta es la IPS a cargo de entregar los medicamentos a la señora *Salomé* y al señor *Ramón*, de acuerdo con su residencia. La señora *Salomé* y el señor *Ramón* se han dirigido a reclamar los medicamentos en tal entidad, pero no los han recibido en su totalidad. En cambio, han sido redirigidos hacia otros municipios. Las pruebas recaudadas por la Corte dan cuenta de que, en efecto, han reclamado medicamentos, por lo menos, en el municipio de San Pedro de los Milagros (Antioquia). En este punto es importante reiterar que, cuando los medicamentos no han sido entregados en su totalidad, las EPS tienen, en virtud del artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012^{[1571](#)}, la obligación de disponer de un mecanismo excepcional para garantizar la entrega de los medicamentos en el lugar de residencia o trabajo de la persona, dentro de las 48 horas siguientes.

§147. Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, la Sala ordenará a *EPS XYZ* que, en el término de los siete (7) días siguientes a la notificación de esta providencia, adopte las medidas necesarias y conducentes para garantizar, en lo sucesivo, la entrega continua, oportuna e integral de los medicamentos que les sean ordenados a la señora *Salomé* y al señor *Ramón* en Entrerríos (Antioquia) o el municipio que corresponda a su residencia. En los eventos en que, excepcionalmente, esto no ocurra cuando los usuarios reclamen los medicamentos en el prestador respectivo de su municipio, *EPS XYZ* deberá dar cumplimiento al artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y, en consecuencia, garantizar la entrega de los medicamentos en la residencia o el trabajo de los pacientes, dentro de las 48 horas siguientes a la entrega incompleta de los medicamentos, de acuerdo con la autorización de los afiliados.

§148. *Tratamiento integral*. Ahora bien, en estos dos casos puntuales, la Sala se abstendrá de conceder el tratamiento integral. Si bien la señora *Salomé* y el señor *Ramón* son sujetos de



especial protección constitucional a quienes les fueron impuestas barreras administrativas injustificadas en el suministro de medicamentos en su municipio, de ello por sí solo no se deriva una actuación negligente que requiera de órdenes adicionales de parte del juez de tutela. Tampoco se evidencian en el expediente otras prescripciones pendientes de trámite. Más allá de los medicamentos que no fueron entregados en su totalidad en Entrerríos (Antioquia), no se encuentra ordenado algún tratamiento específico que requiera un seguimiento periódico que se esté incumpliendo.

§149. Por las razones expuestas, la Sala revocará las decisiones de instancia que ahora se revisan y concederá el amparo al derecho a la salud de la señora *Salomé* y del señor *Ramón*. La violación a este derecho, en línea con la jurisprudencia aquí reiterada, pone en riesgo los demás derechos invocados en la acción de tutela: vida, dignidad humana y seguridad social. En consecuencia, adoptará los remedios que se enunciaron.

4. Decisión

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional de la República de Colombia, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

Primero. En relación con el expediente T-10.065.192, **REVOCAR** el fallo de tutela proferido por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Villamaría (Caldas) el 20 de febrero de 2024, en el trámite de la acción de tutela presentada por *Laura* contra la *EPS ABC*, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. En su lugar, **DECLARAR** la carencia actual de objeto por hecho superado en relación con la programación de una consulta con el especialista en cuidados paliativos y **CONCEDER** el amparo del derecho a la salud de la señora *Laura* en relación con las demás pretensiones aquí estudiadas.

Segundo. En consecuencia, **ORDENAR** a la *EPS ABC* que, dentro del término de las cuarenta y ocho (48) siguientes a la notificación de esta providencia, verifique con la accionante y con las instituciones prestadoras de servicios de salud que pertenecen a su red de prestadores si en este momento han sido entregados todos los medicamentos e insumos de salud ordenados a la señora *Laura*. La simple autorización por la EPS no es suficiente para considerar cumplida su obligación de garantizar los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad en la prestación del servicio de salud. En caso contrario, deberá garantizar el acceso a los faltantes dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de



esta providencia.

Tercero. ORDENAR a la *EPS ABC* que, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de esta providencia, (i) adopte las medidas conducentes y necesarias para que sus profesionales adscritos analicen el estado del tratamiento y de la salud de la señora *Laura* y determinen cuál es el camino a seguir en relación con la prescripción del medicamento Tapentadol; y, de mantenerse su prescripción, (ii) disponga y verifique la entrega efectiva, oportuna y continua del referido medicamento según los términos ordenados por el médico tratante.

Cuarto. ORDENAR a la *EPS ABC* que, en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, entregue los pañales desechables ordenados por los médicos tratantes de la señora *Laura*, si aún no lo ha hecho. En lo sucesivo, los pañales, como todos los demás servicios y tecnologías que ordene el médico tratante, deberán ser entregados de forma integral, oportuna y continua.

Quinto. ORDENAR a la *EPS ABC* que, en lo sucesivo, suministre el tratamiento integral a la señora *Laura* en relación con sus diagnósticos. Por consiguiente, deberá tomar las medidas necesarias y conducentes para garantizar el cumplimiento de los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad en el tratamiento y la atención a la señora *Laura*. Un incumplimiento de tal obligación puede acarrear sanciones a la luz de la regulación vigente.

Sexto. En relación con el expediente T-10.095.277, **REVOCAR** el fallo de tutela proferido por el Juzgado Promiscuo Municipal de Entreríos (Antioquia) el 15 de febrero de 2024, en el trámite de la acción de tutela presentada por el personero municipal de dicho municipio, en favor de *Salomé*, contra *EPS XYZ*, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. En su lugar, **CONCEDER** el amparo del derecho fundamental a la salud de la señora *Salomé*.

Séptimo. En consecuencia, **ORDENAR** a *EPS XYZ* que, dentro de los siete (7) días siguientes a la notificación de esta providencia, adopte las medidas necesarias y conducentes para garantizar, en lo sucesivo, la entrega continua, oportuna e integral de los medicamentos que le sean ordenados a la señora *Salomé* en Entreríos (Antioquia) o el municipio que corresponda a su residencia. En los eventos en que, excepcionalmente, esto no ocurra cuando la señora *Salomé* reclame los medicamentos en el prestador respectivo de su municipio, la EPS deberá dar cumplimiento al artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y, en consecuencia,



garantizar la entrega de los medicamentos en la residencia o el trabajo de la paciente, dentro de las 48 horas siguientes a la entrega incompleta de los medicamentos, de acuerdo con la autorización de la usuaria.

Octavo. En relación con el expediente T-10.095.283, **REVOCAR** el fallo de tutela proferido por el Juzgado Promiscuo Municipal de Entrerríos (Antioquia) el 15 de febrero de 2024, en el trámite de la acción de tutela presentada por el personero municipal de dicho municipio, en favor de *Ramón*, contra *EPS XYZ*, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. En su lugar, **CONCEDER** el amparo del derecho fundamental a la salud del señor *Ramón*.

Noveno. En consecuencia, **ORDENAR** a *EPS XYZ* que, dentro de los siete (7) días siguientes a la notificación de esta providencia, adopte las medidas necesarias y conducentes para garantizar, en lo sucesivo, la entrega continua, oportuna e integral de los medicamentos que le sean ordenados al señor *Ramón* en Entrerríos (Antioquia) o el municipio que corresponda a su residencia. En los eventos en que, excepcionalmente, esto no ocurra cuando el señor *Ramón* reclame los medicamentos en el prestador respectivo de su municipio, la EPS deberá dar cumplimiento al artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y, en consecuencia, garantizar la entrega de los medicamentos en la residencia o el trabajo del paciente, dentro de las 48 horas siguientes a la entrega incompleta de los medicamentos, de acuerdo con la autorización del usuario.

Décimo. **LIBRAR** las comunicaciones respectivas -por medio de la secretaría general de la Corte Constitucional- y **DISPONER** las notificaciones inmediatas a las partes y entidades vinculadas -a través de los jueces de primera instancia- según lo previsto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, comuníquese y cúmplase.



2.NORMATIVA



2.1. DECRETOS



2.1.1. Decreto 968 de 2024

Por el cual se dictan normas para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI para el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de las facultades que le confiere el artículo 56 transitorio de la Constitución Política, el artículo 25 de Ley 21 de 1991 y en desarrollo del Decreto 1811 de 2017,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con los artículos 1° y 7° de la Constitución Política, Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, participativa y pluralista que reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Que de acuerdo con el artículo 2° de la Constitución Política, son fines esenciales del Estado *"servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de /a Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo"*

Que el artículo 48 de la Carta Política consagra que: *"La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley"*. A su vez, el inciso primero del artículo 49 ibídem señala que *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado"*.

Que el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, determinó como elementos esenciales y principios del derecho fundamental a la salud, la aceptabilidad y la protección de los pueblos indígenas, en virtud de los cuales, los diferentes agentes del sistema deben respetar las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, garantizando el respeto a sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiéndoles la participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y ordena al Estado reconocer

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



y garantizar el derecho fundamental a la salud para los pueblos indígenas aplicándolo de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres, sus propias cosmovisiones y conceptos, desarrollados en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI.

Que Colombia ratificó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, aprobado por el Congreso de la República mediante Ley 21 de 1991 en el cual se reconocen y adoptan una serie de medidas de protección a los derechos humanos de los pueblos indígenas, entre ellos, los procesos de participación y consulta previa. Así mismo, que el artículo 25 de ibidem dispone que los gobiernos deberán *"proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental."*

Que asimismo mediante el Decreto 982 de 1999, modificado parcialmente por el Decreto 1811 de 2017, el Gobierno Nacional reconoció que los pueblos y autoridades indígenas organizados en el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, se encontraban en una emergencia social, cultural y económica y, con ocasión a ello, manifestó su voluntad de atender con celeridad y diligencia los fundamentos de la misma en términos de territorialidad, medio ambiente, derechos humanos, desarrollo de normas constitucionales, economía y seguridad alimentaria y, de manera específica: *"(...) fortalecer los sistemas de educación y salud propios de los pueblos indígenas y sus autoridades, de acuerdo con sus características culturales, sociales y administrativas (...)".* Para tal efecto, se creó la Comisión para el Desarrollo Integral de la Política Indígena del departamento del Cauca.

Que la situación de los pueblos indígenas, se ha visto agravada por las circunstancias de conflicto armado interno que, incluso, ameritaron el reconocimiento de un Estado de Cosas Inconstitucional declarado por la Corte Constitucional mediante sentencia T-025 de 2004, que para el caso de algunos pueblos indígenas del Cauca, ha dictaminado órdenes específicas en los Autos 004 de 2009 y 266 de 2017, en aras de proteger y garantizar el ejercicio de su autonomía, su identidad cultural y el goce material y jurídico del territorio.

Que el Decreto 1811 de 2017 subrogó los artículos 1°, 2°, 30, 40, 50, 6° y 8° del Decreto 982 de 1999 y estableció mecanismos eficaces para garantizar la participación de los Pueblos Indígenas del Cauca organizados en el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, con el fin de cumplir las obligaciones establecidas en el Decreto 982 de 1999 y los compromisos del Gobierno Nacional en relación con la atención de la emergencia de los pueblos indígenas manifestada en el congreso extraordinario del CRIC, realizado en el Resguardo Indígena La María, Piendamó, del 30 de mayo al 5 de junio de 1999. Para dicho propósito, el Decreto 1811 de 2017 amplió el alcance de la Comisión Mixta para el Desarrollo Integral de la Política Indígena de departamento del Cauca.

Que en el marco del ejercicio del Derecho Propio y del Derecho Mayor por parte de los pueblos

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



indígenas organizados en el CRIC, sus autoridades tradicionales señalaron en el Decimotercer Congreso realizado en el territorio de la María Piendamó en el municipio de Piendamó del Departamento del Cauca, en abril del 2009, el cual estableció que se deberá operativizar un sistema de salud indígena que supere el esquema de prestación del servicio enmarcado en el aseguramiento y se fundamente en el ejercicio pleno de su autonomía, el cuidado integral de la salud y, en la sabiduría ancestral.

Que el Decreto Ley 1953 de 2014 definió en su artículo 74, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural -SISPI como el *"conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo"*.

Que el Decreto Ley 1953 de 2014 tiene como objeto crear un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas para la administración de sus propios sistemas, entre los cuales se incluye el sistema de salud, no obstante pese a este avance normativo, se requiere complementar y definir otros elementos y mecanismos que permitan al Territorio Indígena que conforma el CRIC poner en marcha bajo su cosmovisión y en el marco de su autonomía, las funciones públicas que les son atribuidas, tales como la administración y ejecución de los recursos dispuestos para la financiación y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI.

Que el artículo 56 transitorio de la Constitución Política, otorgó al Gobierno nacional, la facultad de expedir las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los territorios indígenas y su coordinación con las demás entidades territoriales, mientras el Congreso de la República expide la ley a que se refiere el artículo 329 de la Carta Política.

Que el Congreso de la República, aún no ha expedido la ley que crea los Territorios Indígenas conforme al artículo 329 de la Constitución Política, en cuyo caso, la Corte Constitucional estableció mediante Sentencia C - 489 de 2012, que existe una omisión legislativa absoluta en relación con la creación de estos territorios.

Que la Corte Constitucional en la sentencia C-617 de 2015 determinó que la competencia gubernamental otorgada en el artículo 56 transitorio de Constitución Política, puede ejercerse por más de una vez y concretarse en diferentes instrumentos normativos, toda vez que el ejercicio de la facultad establecida en el artículo 329 de la Carta es la condición explícita por el constituyente para el agotamiento de la facultad otorgada al Gobierno, es decir, la expedición de la ley orgánica de ordenamiento territorial para esos territorios.

Que, atendiendo esa decisión jurisprudencial, se colige que no solo es posible realizar los ajustes que se requieran para garantizar el funcionamiento de los territorios indígenas mientras



se expide la mencionada ley, sino que, en desarrollo de esa facultad transitoria se pueden regular diferencialmente cada uno de los territorios indígenas, teniendo en cuenta su diversidad étnica y cultural.

Que, en el ejercicio del derecho propio, el CRIC ha formulado una propuesta normativa bajo su cosmovisión para administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI que consolida el ejercicio de la salud por parte de los pueblos indígenas que lo conforman, la cual fue revisada, ajustada y concertada con los firmantes del presente Decreto Ley.

Que habiendo concertado los instrumentos técnicos, jurídicos y financieros en el marco de la Comisión Mixta a que hace alusión el Decreto 1811 de 2017, se hace necesario definir las disposiciones específicas que deberán ser acogidas en el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC para la administración, ejecución de recursos y la operatividad del Sistema Indígena Propio e intercultural -SISPI de los pueblos indígenas del CRIC, en garantía al respeto y protección a la diversidad étnica y cultural.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

TÍTULO

I OBJETO, NATURALEZA JURÍDICA, ÁMBITO DE APLICACIÓN, PRINCIPIOS RECTORES, ENFOQUE Y DEFINICIONES

Artículo 1. Objeto. El presente Decreto Ley tiene como objeto establecer las normas generales para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI exclusivamente para el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, una vez puesto en funcionamiento por parte de la Agencia Nacional de Tierras o quien haga sus veces de acuerdo con lo previsto en el Decreto Ley 1953 de 2014 y previo cumplimiento de los demás requisitos previstos en el artículo 13 del presente Decreto Ley, cuyo fin es que este asuma el cuidado integral del ser, la familia, la naturaleza, y el territorio en concordancia con los literales l, m y n del artículo 6 y el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Parágrafo. Para efectos de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley, todas las alusiones que se hagan del territorio que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, se entenderán como aquel Territorio Indígena que sea puesto en funcionamiento por la Agencia Nacional de Tierras o quien haga sus veces de acuerdo con el Decreto Ley 1953 de 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 2. Naturaleza Jurídica. El Sistema Indígena de Salud Propio e intercultural -SISPI para el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, es un sistema de salud de carácter público especial, para los pueblos indígenas del CRIC en el marco del gobierno propio y coordinado para su funcionamiento con el Gobierno Nacional, como garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 3. Ámbito de aplicación. Las disposiciones establecidas en el presente decreto se aplicarán exclusivamente al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC puesto en funcionamiento por la Agencia Nacional de Tierras o quien haga sus veces, de acuerdo con la cosmovisión, usos y costumbres de cada pueblo, una vez certificado para asumir las funciones y competencias públicas en salud, de conformidad con el principio de progresividad establecido en el literal g) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 y el literal n) del artículo 4 del presente Decreto Ley.

Artículo 4. Principios rectores. El ejercicio político organizativo en salud del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC en complementariedad con el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, que se fundamenta en los siguientes principios para su aplicación, interpretación y fortalecimiento de los valores espirituales, sociales y culturales:

- a. **Autonomía y libre autodeterminación.** Es la protección y garantía sobre el ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los pueblos indígenas que conforman el territorio indígena CRIC que con fundamento en su cosmovisión, permite determinar sus propias autoridades e instituciones, ejercer y proyectar las funciones culturales, políticas, jurídicas y administrativas dentro de su ámbito territorial, y del pleno ejercicio del derecho colectivo al territorio en el marco de los planes de vida, de conformidad con la Constitución Política y el bloque de constitucionalidad y el respeto a los derechos fundamentales.
- b. **Buen Vivir.** Es el fundamento del pensamiento de los pueblos indígenas del territorio, que está orientando a generar condiciones de armonía y equilibrio entre los seres humanos y el territorio para pervivir en el tiempo y el espacio.

Los elementos básicos del buen vivir, se representan en: pensamiento, reciprocidad, colectividad, complementariedad, integralidad y proporcionalidad enmarcados en los planes de vida.

- c. **Colectividad.** Es una forma organizativa de los pueblos indígenas para construir, conservar y decidir la protección de los derechos donde prevalece el interés colectivo sobre el individual para el fortalecimiento de la unidad y el territorio.



- d. **Cultura.** Es la memoria ancestral y el conjunto de saberes, prácticas, costumbres, idiomas y tradiciones de los pueblos indígenas de acuerdo a sus formas de vida y cosmovisión para la pervivencia.
- e. **Gradualidad.** Es el ejercicio de ampliación gradual y continua del desarrollo y funcionamiento del SISPI en sus cinco componentes, garantizando que todos los pueblos indígenas inicien los procesos definidos para su funcionamiento, acorde a sus mandatos, dinámicas organizativas, planes de vida, usos y costumbres.
- f. **Gratuidad.** Es la relación directa con la garantía del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, sin costo alguno y bajo la responsabilidad del Estado colombiano.
- g. **Integralidad del cuidado.** Conjunto articulado de acciones en salud propias e interculturales con las cuales se garantiza el cuidado de la salud y la vida conforme a los momentos del ciclo de vida de los seres humanos, territorio y naturaleza a partir de las líneas de: fomento de la salud, protección de la vida y recuperación de la armonía y las categorías establecidas: espiritualidad, alimentación y nutrición, gobierno propio y acciones complementarias de salud estructuradas a partir de los saberes propios e interculturales en salud.
- h. **Interculturalidad.** Se entiende como el reconocimiento, respeto y adopción de saberes, y prácticas de los sistemas médicos alternativos que complementan el itinerario médico de los comuneros indígenas y contribuyen a la integralidad del cuidado, y a la transformación de las relaciones de poder en salud, entre los pueblos indígenas y la institucionalidad.
- i. **Participación comunitaria.** Es una costumbre de los pueblos indígenas mediante la cual se construye de manera conjunta los procesos organizativos, sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales en el marco de su autonomía y libre determinación.
- j. **Progresividad.** Está encaminado a no vulnerar los derechos, umbrales y estándares de protección de la condición cultural, política, y jurídica adquiridos por los pueblos indígenas con relación a la salud propia e intercultural en el marco del SISPI, de manera que, esto no conlleve a afectar cualquier nivel actual y ámbito sustantivo de protección del derecho a la salud y que bajo este principio se garantice el buen vivir en el tiempo, el espacio y en su continuo ejercicio operativo en cada uno de los pueblos indígenas.
- k. **Reciprocidad.** Es la correspondencia mutua entre los seres humanos y espirituales, el territorio y la naturaleza, expresados en prácticas ancestrales e intercambios de saberes en todos los espacios de vida.



- l. **Territorio.** Es la interrelación entre el espacio físico, natural, espiritual y cultural donde se desarrollan las relaciones sociales, económicas, políticas, ambientales y espirituales. Es la base fundamental de la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas conforme a la cosmovisión y cosmogonía de cada pueblo.
- m. **Transparencia.** Hace referencia a la amplia socialización de acuerdo a los usos y costumbres, y correcto funcionamiento de los procesos y procedimientos del SISPI bajo la coherencia política de las orientaciones y reglamentaciones de las autoridades desde el derecho propio y derecho mayor, que garanticen el ejercicio del cuidado, cumpliendo con los mandatos emitidos por las comunidades que permita la armonía y el buen vivir en los territorios.
- n. **Unidad.** Son los procesos a través de los cuales se expresa la capacidad organizativa y colectiva para encaminar, construir y consolidar pensamientos, acciones, caminos y políticas en la defensa y reivindicación de derechos para el buen vivir como pueblos indígenas.
- o. **Universalidad.** Los pueblos y comunidades indígenas gozarán del acceso oportuno y de calidad a las acciones de cuidado que se desplieguen en el marco del SISPI, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra condición social o económica.

Artículo 5. Enfoque del SISPI. El sistema de salud de los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, está enfocado a garantizar el cuidado integral del ser, la familia, la naturaleza, y el territorio, conforme a los diferentes momentos del ciclo de vida, a partir de sus saberes y prácticas ancestrales en salud y la interculturalidad.

Artículo 6. Definiciones. Para efectos del presente Decreto Ley, se adoptan las siguientes definiciones, que corresponde a la construcción colectiva de conceptos desde las vivencias alrededor de la salud propia, que recogen el pensamiento y cosmovisión de los pueblos que conforman el territorio indígena del Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, desde la perspectiva del buen vivir:

- a. **Acciones de salud complementarias.** Son las acciones de cuidado basadas en saberes de otros sistemas médicos, aceptadas en los territorios para garantizar la integralidad del cuidado.
- b. **Administración propia.** Es el ejercicio autónomo de gestión para el fortalecimiento de los procesos de planeación, organización, dirección, desarrollo, ejecución y valoración de los procesos de salud propios en el marco del SISPI.



- c. **Control.** Es el ejercicio de regulación y armonización a la operatividad del SISPI a cargo de las autoridades indígenas en marco del derecho propio a partir de sus dinámicas organizativas.
- d. **Desarmonía.** Es la ruptura del equilibrio en el relacionamiento físico y espiritual del ser humano consigo mismo, con su familia, la comunidad y el gobierno propio en salud; la naturaleza; y el territorio en el que desarrolla su proceso de vida.
- e. **Infraestructura en salud.** Corresponde a las instalaciones físicas propias e interculturales para garantizar el cuidado integral de la salud y demás requerimientos de infraestructura para el funcionamiento del SISPI.
- f. **Instancias de salud.** Son las formas organizativas de carácter regional creadas, direccionadas y reglamentadas por las autoridades indígenas en el marco del derecho propio, para controlar el adecuado funcionamiento del SISPI, como son: el Fondo Indígena de Salud -FIS, la Unidad de Vigilancia y Control del Sistema y las demás que consideren pertinentes las autoridades tradicionales.
- g. **Medicina ancestral:** Es el conjunto de conocimientos ancestrales, saberes y prácticas milenarias de los pueblos indígenas para la protección y cuidado de la salud y la vida de la persona, la familia, la comunidad y el territorio, que constituyen la base y puerta de entrada al SISPI.
- h. **Metodología de Costos integrales del SISPI.** Es la herramienta a través de la cual se determina el costo integral de la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, y con base a los resultados de su aplicación, la financiación, para garantizar progresivamente la operatividad del sistema indígena de salud propio e intercultural del CRIC, la cual será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social previa concertación con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC. }
- i. **Prácticas culturales.** Son las acciones de cuidado espiritual y físico realizado por la familia para la protección y cuidado en los diferentes momentos del ciclo de vida.
- j. **Ritualidad.** Son prácticas espirituales que los sabedores ancestrales realizan de acuerdo al caminar del tiempo para la potencialización, protección y armonización de la familia, la comunidad y el territorio en sus diferentes momentos del ciclo de vida.
- k. **Salud propia.** Definida como el buen vivir resultado del equilibrio armónico del relacionamiento físico y espiritual del ser humano consigo mismo, con su familia, la comunidad y el gobierno propio en salud, la naturaleza, y el territorio en el que desarrolla



su proceso de vida.

- l. **Tejido de Cuidadores.** Es el conjunto de estructuras propias de cuidado y demás instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas complementarias, y redes integrales e integradas de los diferentes niveles de complejidad, articuladas y organizadas por el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, de tal forma que permita garantizar la integralidad y continuidad del proceso de cuidado de la salud del comunero y la familia a partir los momentos del ciclo de vida y las líneas de intervención de fomento de la salud, protección de la vida y recuperación de la armonía.
- m. **Sabiduría ancestral.** Es el conjunto de saberes ancestrales de los pueblos indígenas basado en la cosmogonía y cosmovisión que permite la pervivencia y desarrollo de los procesos de vida en convivencia armónica con el territorio y la naturaleza, que se trasmite por generaciones desde la familia.
- n. **Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC-.** Es la organización político-administrativa de carácter especial, que se ponga en funcionamiento según lo previsto en el Decreto Ley 1953 de 2014, el cual podrá ejercer competencias y funciones públicas en salud a través de la administración del sistema de salud SISPI, de conformidad con el procedimiento de certificación previsto en este Decreto Ley.
- o. **Vigilancia.** Es el ejercicio de orientación, seguimiento y valoración de la operatividad del SISPI, que permiten advertir, orientar, prevenir y asistir a las estructuras propias y centros de cuidado intercultural, en cumplimiento de los mandatos para la garantía del cuidado de la salud de acuerdo dinámicas propias.
- p. **Zona de cuidado.** Es la delimitación del espacio territorial el cual responde a los criterios de dispersión geográfica, número de integrantes de la familia y la situación del buen vivir; asignado a un dinamizador de salud con el fin de facilitar y lograr un mejor acceso y cobertura de los procesos de cuidado.

TÍTULO II

GOBIERNO PROPIO EN SALUD Y CERTIFICACIÓN DEL TERRITORIO

CAPÍTULO I

GOBIERNO PROPIO EN SALUD

Artículo 7. Asamblea General del Territorio Indígena del CRIC. Para efectos del presente Decreto Ley, se entenderá como Asamblea General a la máxima instancia de decisión de las autoridades indígenas en congresos o juntas directivas regionales de autoridades u otros



espacios designados y celebrados en el marco del derecho propio o derecho mayor.

Artículo 8. Gobierno propio en salud. Es el ejercido de la autonomía y gobernabilidad territorial en salud, direccionado por las autoridades tradicionales del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, acorde a los mandatos direccionados en los congresos, regionales, juntas directivas y la Asamblea General. Será responsabilidad del gobierno propio en salud, direccionar el funcionamiento del SISPI a través de los programas de salud en la escala local, zonal y regional e instancias propias.

En coordinación con el Estado y sus entidades a nivel nacional y territorial se definirán los mecanismos y condiciones técnicas, financieras, jurídicas y estratégicas para el funcionamiento del SISPI en territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

Artículo 9. Dirección política y rectoría del SISPI. El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI para el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, se ejecuta bajo la indelegable dirección, organización, regulación del Estado, de manera concertada y coordinada con las autoridades indígenas que conforman el territorio del Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, y las estructuras de gobierno propio que estos determinen en el marco del SISPI.

Será el Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad pública rectora en materia de salud, responsable de reglamentar el funcionamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015.

Artículo 10. Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC. El CRIC es la autoridad tradicional indígena de carácter público especial del territorio indígena que se ponga en funcionamiento, responsable de la administración del Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural -SISPI, ejerciendo, entre otras, las siguientes funciones públicas:

- a. Administrar y ejecutar la política de salud indígena SISPI, mandatada en Asamblea General, a través de sus estructuras propias.
- b. Garantizar las acciones administrativas de desconcentración y delegación de las competencias a los programas de salud zonales creados al interior del Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, acorde a su organización política y cultural.
- c. Reivindicar y defender los derechos ancestrales, individuales, colectivos y territoriales en materia de salud de los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, a partir de acciones de coordinación con los diferentes actores del Sistema de salud, ejerciendo funciones de vigilancia y control



mediante acciones político organizativas desde la autonomía, y autodeterminación de los pueblos indígenas en marco del gobierno propio y la facultad jurisdiccional constitucionalmente reconocida.

Artículo 11. Comisión mixta. Instancia para el desarrollo Integral de la Política Pública indígena del Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, creada por el Decreto 982 de 1999, modificado por el Decreto 1811 de 2017, y las disposiciones que lo modifiquen, adicionen y/o complementen, responsable de la concertación y seguimiento de los acuerdos establecidos entre el Gobierno Nacional y el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, que permitan crear mecanismos eficaces de diálogo, articulación y coordinación en aspectos técnicos, jurídicos y financieros para el funcionamiento del SISPI.

CAPÍTULO II

CERTIFICACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL -SISPI

Artículo 12. Autorización en derecho propio para el proceso de administración del SISPI. La Asamblea General del territorio indígena autorizará al Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, para que presente la solicitud de certificación en salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. Requisitos para la solicitud de la certificación en salud. La solicitud de certificación en salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, para el territorio indígena contiene los siguientes requisitos:

- a. Acto administrativo de puesta en funcionamiento del Territorio Indígena emitido por la entidad competente de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1953 de 2014.
- b. Acta de Asamblea General del territorio indígena donde conste la autorización al CRIC, para que presente la solicitud de certificación ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
- c. Listado censal actualizado, expedido por las autoridades indígenas y alojado en el sistema propio de información -SUIIN.
- d. Documento que consigne el plan de salud y los modelos de cuidado construidos por los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, de acuerdo con los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, previa concertación con el CRIC.
- e. Documento que soporte los cinco (5) componentes del SISPI debidamente costeados conforme a la metodología de costos definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa concertación con el CRIC.



El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los contenidos mínimos para el análisis de los documentos de que trata el presente artículo en coordinación con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

Artículo 14. Expedición de certificación en salud para la administración del SISPI por el territorio indígena -CRIC. Una vez presentada la solicitud por parte del representante legal del CRIC, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá, en el término de 10 días, verificar si la misma reúne los documentos de que trata el artículo 13 de este Decreto Ley. En caso de que la solicitud esté incompleta, se requerirá al representante legal para que, en el término de un (1) mes, contado a partir de la recepción de la comunicación, remita la documentación faltante.

Una vez radicada por parte del representante legal del CRIC la totalidad de la documentación requerida para el presente trámite o en el evento en el que se haya respondido la solicitud de información, este Ministerio contará con un plazo de sesenta (60) días prorrogables por treinta (30) días para expedir el acto administrativo que resuelva la solicitud.

Parágrafo 1. Superados los términos anteriormente señalados y de no existir pronunciamiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se constituirá falta disciplinaria para los servidores públicos responsables de dicho trámite y dará lugar a las sanciones correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente.

Parágrafo 2. En el evento en el que el Ministerio de Salud y Protección Social no haya requerido al solicitante en el término previsto en el inciso primero de este artículo, para la expedición del acto administrativo que resuelve la solicitud se contará a partir del vencimiento de los plazos establecidos en el inciso segundo del presente artículo.

Parágrafo 3. En caso de que las autoridades indígenas decidan ampliar el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, se deberá realizar una actualización de la certificación salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, con sujeción a lo dispuesto en el presente capítulo.

Parágrafo 4. Efectos de la certificación en salud y seguimiento. Con la certificación en salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, se iniciarán los trámites requeridos para el ejercicio de las competencias asignadas en este Decreto Ley y será responsable del funcionamiento, administración y ejecución del SISPI al interior del respectivo territorio bajo los principios de articulación y complementariedad con el sistema de salud. En correspondencia, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES transferirá directamente al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, a través del Fondo Indígena de Salud -FIS-, los recursos a que hace referencia el presente decreto, con el objeto de que este



desarrolle sus funciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el CRIC, determinará la metodología para la evaluación quinquenal, con un seguimiento anual, de la certificación en salud otorgada al CRIC para la operación y funcionamiento del SISPI.

El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá mediante acto administrativo motivado y en observancia al principio del debido proceso, revocar la certificación emitida, conforme al ejercicio de inspección, vigilancia y control del SISPI del territorio indígena que conforma el CRIC o en caso que las autoridades indígenas de este territorio así lo determinen.

TÍTULO III

POLÍTICA DE SALUD INDÍGENA

CAPÍTULO I

ACTORES DEL SISTEMA, TITULARES DEL CUIDADO, ESPACIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISPI.

Artículo 15. Actores del SISPI. Son todos aquellos que participan de manera conjunta, coordinada y complementaria para la operatividad del SISPI, primordialmente en la garantía de acciones en salud acordes a la concepción de buen vivir de cada pueblo indígena, enfocados a garantizar el cuidado de la salud y la recuperación de la armonía. Para efectos del presente decreto son actores del sistema: las autoridades espirituales, las autoridades indígenas, las estructuras propias en salud, la familia, la comunidad y la Comisión Mixta.

Así mismo, serán actores el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, direcciones departamentales, distritales y locales de salud, instancias de vigilancia y control, entidades de salud públicas, privadas o mixtas que contribuyan al funcionamiento y la garantía de los mecanismos y condiciones técnicas, operativas, financieras, jurídicas y estratégicas, o las que determine la ley para la operatividad del SISPI.

Artículo 16. Titulares del cuidado: Son titulares del cuidado integral de la salud:

- a. **Persona, familia y comunidad.** Todas las personas reconocidas en los censos indígenas del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.
- b. **Territorio.** Espacio físico, natural y cultural sujeto de cuidado integral conforme a la cosmovisión, prácticas, usos y costumbres de cada pueblo que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.



- c. **Naturaleza.** Espacio vivo conformado por seres físicos y espirituales que hacen parte de la identidad cultural, que requiere cuidado integral, para garantizar condiciones de armonía y equilibrio para el buen vivir.

Artículo 17. Espacios donde se realiza el Cuidado. El cuidado se realiza en los siguientes espacios físicos al interior del territorio o por fuera de él:

- a. **Casa de las familias.** Lugar donde se desarrollan las prácticas y saberes culturales y espirituales para el cuidado de salud y la recuperación de la armonía de acuerdo a la cosmovisión de cada pueblo indígena.
- b. **Espacios comunitarios.** Son lugares de encuentro de la comunidad para realizar acciones de cuidado de la salud propias e interculturales.
- c. **Centros interculturales de cuidados en salud.** Son espacios para el cuidado intercultural de la salud, incluye la infraestructura de las unidades de cuidado y demás infraestructura en salud presentes en el territorio.
- d. **Centros de sanación y cuidado desde la sabiduría ancestral.** Son espacios de cuidado propio, de sanación, reflexión y análisis espiritual donde la medicina ancestral, como base y eje transversal al sistema de salud indígena, permite orientar la armonía y el equilibrio desde el conocimiento de sabedores ancestrales para la revitalización de las prácticas culturales, la cosmovisión y las formas propias de cuidado para contribuir al buen vivir y la pervivencia de los pueblos indígenas.
- e. **Sitios sagrados.** Son los espacios de vida existentes en el territorio (páramos, cerros, piedra, ríos, lagunas, u otros), en donde los pueblos indígenas interactúan a través de rituales, potencializaciones, armonizaciones y ofrendas para el equilibrio, armonía y el buen vivir.

Parágrafo. En el evento que se requiera la prestación de servicios de salud por fuera del territorio indígena deberá acogerse a lo previsto en el artículo 6°, literal b), de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

CAPÍTULO II

COMPONENTES DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL

Artículo 18. Componente político organizativo. Tendrá como objetivo garantizar el gobierno propio en salud mediante la planeación, formulación y ejecución de políticas y normatividad



propia de acuerdo a los mandatos definidos en los espacios de participación y decisión comunitaria en salud, basados en los usos y costumbres, el derecho mayor, derecho propio, ley de origen, legislación especial indígena y demás normas en salud nacional e internacional, en favor de los pueblos indígenas que conlleven a la consolidación de la planeación contextualizada. del sistema, el relacionamiento institucional con otros sectores y con el Estado, además de la orientación, seguimiento y evaluación integral del SISPI y la coordinación, articulación e interoperabilidad de los sistemas de información con el Sistema de Salud.

El componente político organizativo se dinamizará mediante el desarrollo de los siguientes subcomponentes: planeación territorial en salud, participación y toma de decisiones comunitarias, defensa del territorio, orientación, seguimiento y evaluación y relacionamiento con la institucionalidad, el Estado y otras organizaciones sociales y populares.

Artículo 19. Componente de sabiduría ancestral. Es el saber cosmogónico y cosmológico que se transmite por generaciones a través de las orientaciones, ritualidades y prácticas de los sabedores, permitiendo la pervivencia física y cultural de los pueblos. Tendrá como objetivo establecer la sabiduría ancestral como puerta de entrada al SISPI desde el andar del tiempo, mediante el posicionamiento del consejo de sabedores ancestrales espirituales como estructura propia.

El componente de sabiduría ancestral se dinamizará mediante el desarrollo de los siguientes subcomponentes: protección física y espiritual del territorio, protección del sabedor y conocimiento ancestral, sabiduría ancestral para el cuidado de la salud y autonomía alimentaria para la alimentación y nutrición de la familia.

En el marco del derecho propio y del derecho mayor de los pueblos indígenas, se direccionarán los lineamientos para la protección de la sabiduría ancestral y conocimientos propios como propiedad colectiva de los pueblos de acuerdo a la cosmovisión, en garantía de la protección del sabedor y el conocimiento ancestral.

De manera coordinada con el Estado, y en desarrollo del gobierno propio en salud, se emitirán las disposiciones normativas que permitan la integración, y coordinación de los criterios de protección de la sabiduría ancestral direccionados desde el gobierno propio en salud.

Los sabedores ancestrales son la esencia del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, por ello, se deberá dar protección a la partería tradicional, en el marco de la defensa y protección de los derechos de las mujeres indígenas, para el cuidado integral de la vida de la mujer generadora de vida y de las semillas de vida.

Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN- garantizará la participación del Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



del Cauca -CRIC en los escenarios de construcción, articulación y desarrollo de la política nacional para la seguridad alimentaria.

Artículo 20. Componente de administración y gestión. Tiene como objetivo generar las condiciones técnicas, administrativas y financieras para el funcionamiento del SISPI del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC en el marco de los planes de vida de cada pueblo, consolidando y posicionando el Sistema de Información Propio en Salud -SIPSALUD como único sistema de información en salud indígena garantizando las mejores condiciones para el cuidado integral de la vida; fortaleciendo los procesos administrativos propios y gestionando el financiamiento integral del sistema. Se establece como estructura propia del componente a la unidad administrativa.

El componente de administración y gestión se dinamizará mediante el desarrollo de los siguientes subcomponentes: gestión de la información, gestión de la garantía de la integralidad del cuidado, gestión administrativa y gestión financiera.

Parágrafo. La gestión de la garantía de la integralidad del cuidado, es el proceso mediante el cual se determinan las condiciones mínimas que deben cumplir las estructuras propias en salud para su adecuado funcionamiento.

Artículo 21. Componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento. Tendrá como objetivo orientar el desarrollo de procesos de formación, capacitación, investigación, información y comunicación en la escala territorial, para el fortalecimiento de la identidad, la autonomía, el buen vivir, las capacidades resolutorias en salud en los territorios y el funcionamiento del sistema. Cuenta con una estructura propia denominada Escuela Itinerante de Salud Propia e Intercultural y se articula con salud Universidad Autónoma indígena e Intercultural -UAIIN- para la formación de nivel superior.

El componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento se dinamizará mediante el desarrollo de los siguientes subcomponentes: Formación y capacitación, generación y uso del conocimiento e información y comunicación.

Artículo 22. Protección del conocimiento. Es responsabilidad del componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento, la protección de los conocimientos y las expresiones culturales tradicionales de los pueblos indígenas de conformidad con el artículo 7 de la Constitución Política, Ley 21 de 1991, Ley 23 de 1982 y el artículo 30 de la Ley 1450 de 2011. Por lo tanto, toda obra, desarrollo informático, producciones intelectuales, artísticas y todos los derechos conexos en virtud de la ejecución y funcionamiento del SISPI en el territorio del CRIC, gozarán de especial protección de derechos de autor, en consecuencia, no podrán ser transferidos ni divulgados por terceros.



Excepcionalmente, la divulgación se realizará previo consentimiento escrito conforme a las directrices del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, en beneficio o utilidad para los pueblos u organizaciones indígenas que así lo requieran, con el único propósito de fortalecer sus dinámicas políticas organizativas, económicas, culturales y espirituales de acuerdo a los planes de vida.

Artículo 23. Componente cuidado de la salud propia e intercultural. Tendrá como objetivo cuidar la salud de la persona, familia, la comunidad, naturaleza y territorio, garantizando atención integral a partir de la sabiduría ancestral, la cosmovisión y prácticas culturales de cada pueblo, articulando acciones de otros modelos médicos aceptadas por la comunidad; a través del tejido de cuidadores, aplicando la estrategia de atención primaria en salud intercultural - APSI, las líneas de intervención y las categorías orientadoras del cuidado definidas como espiritualidad, gobierno propio en salud, alimentación y nutrición, y acciones interculturales de cuidado. Se define como estructura del componente a la Unidad de Cuidado, quien enfatiza su accionar en la familia.

El componente de cuidado de la salud propia e intercultural se dinamizará mediante el desarrollo de los siguientes subcomponentes: gestión del modelo de cuidado, gestión de la atención primaria en salud propia e intercultural, cartografía del buen vivir y gestión del tejido de cuidadores.

Parágrafo. El tejido de cuidadores garantiza la cobertura y el acceso universal, el cuidado integral, integrado y continuo de la salud propia e intercultural, familiar, comunitaria y territorial. Por lo que corresponde al Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, en marco del gobierno propio, generar los mecanismos de coordinación y articulación entre todos los cuidadores de la salud, sean públicos o privados.

TÍTULO IV

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL

CAPÍTULO I

ESTRUCTURAS PROPIAS DEL SISTEMA

Artículo 24. Estructuras propias en salud. Son las formas propias de organización creadas en marco del gobierno propio, para que ejerzan dentro de su territorio la dinámica y funcionamiento de los componentes del SISPI. Las estructuras propias estarán bajo la orientación política, técnica y administrativa de la Consejería Regional del CRIC. Son estructuras propias en salud: los programas de salud, los consejos de sabedores, las escuelas itinerantes, las unidades administrativas de salud, las unidades de cuidado de la salud; o

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



aquellas que la Asamblea General defina, en marco del desarrollo de los sistemas propios.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adaptar y adecuar sus instrumentos técnicos y jurídicos para facilitar el ejercicio coordinado con las estructuras propias a que hace referencia el presente capítulo, así como los mecanismos para la habilitación de las mismas cuando aplique.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá, previa concertación con los pueblos y autoridades indígenas, los criterios aplicables para la inscripción, funcionamiento y operación de las unidades de cuidado de acuerdo con las atenciones a prestarse, de conformidad con la garantía de la integralidad del cuidado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI. En todo caso, no se aplicará el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud.

Artículo 25. Programa de Salud. Son las estructuras propias de carácter político-administrativo, ubicadas en la escala territorial local, zonal y regional, responsables de orientar la operatividad de la política de salud de los pueblos indígenas y el funcionamiento de las demás estructuras del SISPI. Su composición administrativa será determinada por la Consejería del Consejo Regional Indígena del CRIC en marco al derecho propio.

Artículo 26. Consejo de Sabedores. Es la estructura de orientación y acompañamiento espiritual al gobierno propio y al sistema indígena de salud propio e intercultural, integrada a los programas de salud en la escala territorial y conformada por sabedores ancestrales conforme a las dinámicas organizativas de los territorios. Su función principal es mantener la armonía y el equilibrio de la familia, comunidad y el territorio para el buen vivir y la identidad cultural.

Artículo 27. Unidades de cuidado. Son estructuras propias en salud organizadas según la escala territorial zonal y regional, que tienen como objeto cuidar la salud propia e intercultural para el buen vivir de la persona, la familia, comunidad, el territorio y la naturaleza, desarrollando el modelo de cuidado a través de la gestión del tejido de cuidadores, cartografía del buen vivir, gestión de la atención primaria en salud propia e intercultural, y la gestión del modelo del cuidado en marco al derecho mayor y derecho propio.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas -IPS-I- que hacen parte del CRIC, transitarán gradualmente a unidades de cuidado con el objetivo de circunscribir su actuación a lo dispuesto en el sistema de salud propio e intercultural, conforme a las orientaciones del programa de salud regional.

Artículo 28. Escuela Itinerante. Es la estructura organizativa a escala territorial zonal y regional que dinamiza acciones articuladas con las demás estructuras propias del CRIC para la formación, capacitación, generación y uso del conocimiento, información y comunicación con el propósito de fortalecer la resolutiveidad en los procesos de cuidado del ser humano, la familia, la



comunidad, territorio y naturaleza.

Las acciones desarrolladas por la Escuela deberán responder a las necesidades que sean identificadas en los territorios con ocasión a la operatividad del SISPI y articularse con los procesos de formación de manera preferente con la Universidad Autónoma Indígena e Intercultural -UAIIN y según sea el caso, con otras instituciones de investigación y educación.

Artículo 29. Unidad Administrativa. Es la estructura administrativa a escala territorial zonal y regional, que, bajo la coordinación de los programas de salud, dinamiza el componente de administración y gestión para la operatividad del SISPI; en armonía con los caminos: bienestar comunitario, administración, financiero y sistemas de información, definidos por el territorio indígena CRIC.

Artículo 30. Desconcentración de competencias y funciones para garantizar el funcionamiento del SISPI en el territorio Indígena que conforma el CRIC. En el marco del gobierno propio, el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, a través del programa de salud regional, podrá desconcentrar sus competencias por mandatos de las autoridades, en los programas de salud zonales creados al interior del Territorio Indígena CRIC acorde a su organización política y cultural para el funcionamiento del sistema de salud en el territorio.

CAPÍTULO II

INSTANCIAS DE SALUD

Artículo 31. Instancias de Salud. Son instancias organizativas de carácter regional creadas, direccionadas y reglamentadas por las autoridades indígenas en el marco del derecho propio, para contribuir al funcionamiento del SISPI, que se relacionan a continuación: el Fondo Indígena de Salud -FIS, la instancia de vigilancia y control propia y las demás que se constituyan en marco del gobierno propio y por decisión de las autoridades acorde a los mandatos definidos por el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC .

Artículo 32. Fondo Indígena de Salud-FIS. Es el fondo de salud adscrito al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, sin personería jurídica, que será responsable del recaudo, administración y distribución de los recursos públicos y privados, nacionales o internacionales destinados para la implementación, funcionamiento y operación del SISPI en el territorio indígena, de conformidad con lo dispuesto en el presente Decreto Ley.

Contará con los procesos necesarios para garantizar la oportuna gestión de los recursos y los mecanismos de control definidos por las autoridades, para la protección del recurso, garantizando la funcionalidad del sistema.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 33. Creación y administración del Fondo Indígena de Salud —FIS. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social haya expedido el acto administrativo de certificación en salud del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC para la administración y operatividad del SISPI, y previa autorización de la Asamblea General de Autoridades Indígenas mediante resolución propia, el territorio indígena certificado creará el Fondo Indígena de Salud -FIS, en los términos y condiciones previstos por el Ministerio de Salud y Protección Social, concertados con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

La dirección, administración y ordenación del gasto del Fondo, estará a cargo del representante legal del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, quien deberá realizar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales para garantizar el funcionamiento del SISPI, de acuerdo con el presente Decreto Ley.

Parágrafo. El representante legal del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC responderá fiscal, disciplinaria, penal y civilmente por la administración de los recursos del Fondo Indígena de Salud -FIS, respetando el principio de autodeterminación de los pueblos indígenas y su derecho propio.

Artículo 34. Instancia de vigilancia y control propia. Instancia organizativa regional de carácter espiritual, político, técnico e interdisciplinario, creada por las autoridades indígenas en el marco del gobierno propio, encargada del ejercicio de vigilancia y control del SISPI que soportan y fundamentan la toma de decisiones por parte de las autoridades indígenas del territorio que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

Lo anterior sin perjuicio de la vigilancia y control de los recursos que le corresponde a la Contraloría General de la República y la Contaduría General de la Nación.

CAPÍTULO III

PLANEACIÓN TERRITORIAL DE SALUD

Artículo 35. Planes de salud. Será a partir de los planes de salud que se consolidará la planeación a escala territorial: local, zonal y regional, por un periodo de cinco (5) años, conforme a las orientaciones de los planes de vida, condiciones de salud, buen vivir y situaciones priorizadas, determinando acciones a corto, mediano y largo plazo por cada componente del sistema que permitan el funcionamiento del SISPI. La responsabilidad del construcción, seguimiento, funcionamiento y evaluación del plan de salud estará a cargo de las autoridades indígenas del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, en coordinación con la estructura del programa de salud, quienes garantizarán la participación

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



comunitaria en la toma de decisiones. El plan de acción deberá evaluarse con una periodicidad mínima de un (1) año.

Parágrafo 1. Serán documentos anexos al plan de salud los siguientes: el documento que define el tejido de cuidadores de la salud y su funcionamiento, que corresponde al componente de cuidado de la salud y el documento que contiene el plan de infraestructura en salud propia e intercultural, de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 51 del presente Decreto Ley.

Parágrafo 2. Tanto los programas de salud en las diferentes escalas territoriales en función del gobierno propio en salud, como los actores interinstitucionales e intersectoriales deberán coordinar y generar los mecanismos que armonicen todos los procesos y documentos de planeación que involucren al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC en sus ejes estructurales y se garantizará la operatividad del plan de salud en el marco del mencionado relacionamiento.

CAPÍTULO IV

MODELOS DE CUIDADO DE LA SALUD

Artículo 36. Cuidado de la salud propia e intercultural. Hace referencia a todas las acciones para la garantía del cuidado de la salud y el buen vivir, que se desarrollan por los dinamizadores de la salud, sabedores ancestrales y las familias, de acuerdo con la cosmovisión de los pueblos indígenas. Estas acciones se ejecutarán de acuerdo con las líneas de intervención y las categorías orientadoras del cuidado que, a su vez, se definen en el marco de los modelos de cuidado de la salud propia e intercultural.

Artículo 37. Modelos de cuidado de la salud propia e intercultural. Los modelos del cuidado de la salud propia, consolidan las formas propias e interculturales de cuidado a partir del ciclo de vida de las personas, la comunidad, el territorio y el andar del tiempo, en coherencia con la cosmovisión de cada pueblo indígena.

Dichos modelos se constituirán en el referente orientador para cuidar la salud y la vida en el territorio, para reconocer, comprender, evaluar y resolver las situaciones o problemáticas de salud en cada contexto a partir de las líneas de intervención y categorías orientadoras del cuidado denominadas espiritualidad, gobierno propio en salud, alimentación y nutrición y acciones interculturales de cuidado.

Los programas de salud de los respectivos territorios tendrán la responsabilidad de consolidar y actualizar los referidos modelos, para lo cual tendrán en cuenta la caracterización de los sujetos de cuidado, los contextos urbanos y rurales, la ubicación geográfica, así como los



resultados de la evaluación periódica de los indicadores de vida.

Artículo 38. Estrategia para el cuidado de la salud propia e intercultural. Los modelos de cuidado se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural -APSI-, la cual definirá los parámetros y los procesos que conlleven a la territorialización, caracterización, planeación del cuidado de salud y de la ejecución y seguimiento. Dicha estrategia estará orientada a garantizar la integralidad del cuidado, a lo largo de los diferentes niveles de complejidad y fortalecerá la capacidad resolutive de las unidades y equipos de cuidado, quienes deberán adoptar las metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el programa de salud regional del CRIC.

Parágrafo 1. La atención primaria en salud será la principal estrategia para la operatividad de los modelos de cuidado, aportando a la desmedicalización de los cuidados y la adopción e implementación de la telemedicina para llegar a todas familias en los territorios.

Parágrafo 2. Por territorialización deberá entenderse la configuración que se adopta al interior del territorio indígena, basada en el número de familias que la integran y su asignación a los diferentes tipos de equipos de cuidado, con el objetivo de dinamizar y operativizar el cuidado de la salud propia e intercultural. Sin perjuicio de otras configuraciones que dispongan las autoridades indígenas, la territorialización requerirá para su funcionamiento de zonas de cuidado.

Artículo 39. Cuidadores de la salud. Se identifican los siguientes:

- a. **Sabedores ancestrales:** Son sabios y/o guías espirituales de la comunidad, reconocidos y legitimados en su ejercicio de cuidado y protección del territorio, la naturaleza, la comunidad y la familia; su función es mantener la armonía y equilibrio comunitario, para fortalecer el buen vivir de los pueblos indígenas.
- b. **Dinamizadores de salud:** Son personas formadas en salud o áreas interdisciplinarias, quienes hacen práctico el ejercicio de cuidado y están ligados a las estructuras propias, articulando con los sabedores ancestrales para garantizar la integralidad del cuidado de los sujetos de cuidado.
- c. **Otros actores del sistema de salud** que se articulan al SISPI.

Artículo 40. Monitoreo y Seguimiento del Modelo. Con fundamento en las orientaciones del programa de salud regional del CRIC, definidas desde el componente de administración y gestión en el proceso de gestión de la garantía de la integralidad, el cuidado, las unidades de cuidado, serán responsables de realizar la autoevaluación periódica del adecuado funcionamiento del modelo de cuidado de la salud propia e intercultural de cada pueblo que se



encuentre dentro de la cobertura.

CAPÍTULO V

SISTEMA DE INFORMACIÓN PROPIO EN SALUD

Artículo 41. Sistema de información propio en salud -SIPSALUD. El sistema de información propio en salud -SIPSALUD será el único sistema de información operable en el SISPI del territorio indígena que conforma el CRIC de manera transversal en la escala territorial; permitirá el registro, procesamiento, análisis, interpretación, generación de información para la planeación y toma de decisiones. Así mismo, garantizará la accesibilidad en tiempo real, completitud, consistencia, precisión, integridad, oportunidad, veracidad, y seguridad de la información.

Parágrafo. El Estado en concertación con las autoridades indígenas establecerá los criterios y alcances para la adaptación gradual de sus sistemas de información en salud para garantizar la interoperabilidad con el sistema de información propio SIPSALUD, en un término no mayor a dos (2) años.

Artículo 42. Indicadores del SISPI sobre el proceso y resultado de la salud y el buen vivir. El SIPSALUD deberá generar y garantizar el reporte del dato de forma clara, y precisa a partir de las herramientas de carácter cualitativo y cuantitativo definidas por el programa de salud regional del CRIC, para el monitoreo del proceso de cuidado, las condiciones que favorecen o limitan la salud y el buen vivir, y el funcionamiento del SISPI en el territorio. Estos indicadores serán de gestión y son insumos para orientar los procesos de seguimiento, vigilancia y control del SISPI.

Artículo 43. Protección de datos personales. El territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC será responsable del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hace responsable de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada, y de los datos a los cuales tienen acceso.

CAPÍTULO VI

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA INDÍGENA DE SALUD PROPIO E INTERCULTURAL

Artículo 44. Financiación del SISPI. El SISPI en el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC- estará financiado con los recursos corrientes que financian



el sistema de salud y demás recursos destinados para el aseguramiento u otros fines, administrados por la ADRES, recursos no corrientes provenientes de otras fuentes de financiación a nivel internacional, nacional y territorial, atendiendo los usos de cada fuente y en el marco de las adecuaciones institucionales que sean pertinentes, así como aquellos que se gestionen desde el CRIC.

Parágrafo. Sin perjuicio de las fuentes de financiación antes descritas, la Nación dispondrá, progresivamente, los recursos necesarios para el funcionamiento y la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI.

Artículo 45. Giro de recursos para la Financiación del SISPI. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social haya expedido el acto administrativo de certificación en salud del Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC para la administración y operatividad del SISPI y se hayan surtido los trámites requeridos para el ejercicio de la competencias asignadas en este decreto, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES o quien haga sus veces, transferirá en la vigencia fiscal siguiente, los recursos que correspondan para la implementación y funcionamiento del SISPI, de acuerdo con el resultado de la aplicación de la metodología de análisis de costos integrales del SISPI establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera concertada con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

La financiación incluirá la integralidad de la atención en los términos que establece el artículo 8o de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como de los cinco componentes del SISPI conforme a las competencias del sector salud y atendiendo los usos de cada fuente y disponibilidad de recursos.

En los términos del presente artículo se autoriza a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, para girar los recursos al Fondo Indígena de Salud -FIS- del CRIC, tomando en cuenta lo previsto en el artículo 14 del presente decreto.

Parágrafo. Una vez sea emitida la certificación en salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI del territorio indígena CRIC y se hayan surtido los trámites requeridos para el ejercicio de las competencias asignadas en este decreto, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, realizará las adecuaciones operativas para el giro, en la vigencia fiscal siguiente de los recursos requeridos para la operación y funcionamiento.

Artículo 46. Inversión inicial para la implementación del SISPI. De manera progresiva y en concertación con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, la Nación dispondrá de los recursos para el financiamiento de las inversiones requeridas en la etapa inicial de la



implementación del SISPI en el territorio que conforma el CRIC, y de acuerdo con el resultado de la aplicación de la metodología de costos integrales expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa concertación con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC.

Sin perjuicio de lo anterior, el CRIC podrá gestionar ante instancias internacionales, nacionales y territoriales recursos que apalanquen la inversión de la etapa inicial de la implementación del SISPI.

Artículo 47. Unidad de Financiamiento Indígena -UFI. Corresponde al valor anual asignado al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, para cubrir los costos de funcionamiento y operatividad de los componentes de SISPI, calculados mediante la aplicación de la metodología técnica de definición anual de costos y los mecanismos de sostenibilidad, suficiencia y seguimiento del sistema indígena de salud. Para lo anterior, el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC deberá suministrar la información a que haya lugar, requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que para el efecto defina dicho Ministerio.

Prevía concertación con el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la metodología técnica de definición anual de costos y los mecanismos de sostenibilidad, suficiencia y seguimiento de la Unidad de Financiamiento Indígena; así como los criterios técnicos para la destinación, distribución y asignación de los recursos que conforman la unidad de financiamiento para los respectivos componentes, y los mecanismos conducentes a la optimización del flujo financiero de los recursos.

Parágrafo. Para las zonas que se categoricen con mayor dispersión geográfica y/o de conflicto armado, se requiere establecer parámetros adicionales para el cálculo de la UFI.

Artículo 48. Cuentas maestras. Una vez en firme la certificación en salud para la administración de los recursos del SISPI, el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC deberá registrar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, la cuenta maestra a la cual ingresarán los recursos que lo financian, en los términos y condiciones definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cuenta deberá ser aperturada en entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, estarán exentas de gravámenes y no podrán ser objeto de embargo, pignoración, titularización, o alguna otra disposición financiera que afecte la disponibilidad de los recursos.

Artículo 49. Presupuesto Anual del SISPI. Para la programación y administración de los recursos de que trata el presente decreto, el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena -CRIC elaborará un presupuesto anual con base en el resultado de la aplicación de la metodología de análisis de costos integrales del SISPI y la disponibilidad de



recursos.

El presupuesto anual deberá ser aprobado en Asamblea General del CRIC convocada expresamente para estos efectos, a más tardar el 31 de octubre del año inmediatamente anterior, conforme al principio de anualidad previsto en el Estatuto Orgánico de Presupuesto.

En el evento en que, agotado el termino definido para este procedimiento, no se logre la aprobación del presupuesto de que trata el presente artículo por parte de la Asamblea General del CRIC, se adoptará mediante acto administrativo, el presupuesto presentado por el representante legal del CRIC a la Asamblea.

Parágrafo. En el caso de los recursos destinados a inversión, los proyectos deberán estar previamente registrados en el Banco Nacional de Programas y Proyectos del Departamento Nacional de Planeación -DNP-, cuando ello corresponda. Respecto de los recursos diferentes a los dispuestos por la Nación, se adoptarán las metodologías que, para el efecto definan los aportantes.

Artículo 50. Principios presupuestales. La programación y ejecución de los recursos de que trata el presente decreto deberá atender los principios presupuestales contenidos en el Decreto 111 de 1996, Estatuto Orgánico de Presupuesto y lo estipulado en el artículo 5 de la Ley 819 de 2003 y sus modificaciones.

Artículo 51. Financiación de Infraestructura y dotación en salud propia e intercultural. Corresponde al territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC conforme a sus competencias y responsabilidades, formular cada cuatro (4) años un plan de inversiones públicas en infraestructura y dotación en salud propia e intercultural del SISPI en el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC, en coherencia con los planes de vida, planes de salud y los modelos de salud de cada pueblo, resultado del análisis de requerimientos y proyecciones realizado en cada zona, bajo la metodología que para tal fin sea acordada entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC.

Una vez elaborado el plan, deberá enviarse para la aprobación y autorización del Ministerio de Salud y Protección Social, quien en coordinación con el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, establecerá la programación financiera y técnica y de recursos para la implementación de dicho plan.

El Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC podrá realizar inversiones en infraestructura física por fuera del plan de infraestructura y dotación aprobado por el Ministerio, con cargo a los recursos de otras fuentes de financiación diferentes a los recursos públicos dispuestos para la operación y funcionamiento del SISPI del territorio



CRIC. En todo caso, las inversiones a realizar, deberán estar articuladas con el plan de inversiones públicas en infraestructura y dotación en salud propia e intercultural del SISPI, viabilizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Para configurar la capacidad instalada requerida para el funcionamiento del sistema indígena de salud SISPI, se deberá definir el mecanismo que soporte su financiación con base en los resultados de la aplicación de la metodología de costos integrales de que tratan los artículos 6 y 13 literal d, del presente Decreto Ley.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, los Departamentos, Distritos y Municipios, podrán transferir directamente los recursos que por su naturaleza puedan ser destinados a financiar la ejecución de proyectos que hagan parte de los planes de que trata el presente artículo. Lo anterior, previo cumplimiento de los lineamientos que establezcan el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el territorio indígena que conforma el CRIC.

Para el trámite de este tipo de proyectos, no se requiere su inclusión en los planes bienales de inversiones del Departamento o lo que haga sus veces, ni en los Programas Territoriales de reorganización, rediseño y organización de Redes.

CAPÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 52. Vigilancia y control propia. La instancia de vigilancia y control propia realizará el monitoreo, seguimiento, valoración, regulación y armonización al funcionamiento del SISPI para prevenir, advertir, orientar y asistir, para la garantía del cuidado integral de la salud, en coordinación con los órganos de vigilancia institucionales de acuerdo con los direccionamientos de las autoridades indígenas del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC

Artículo 53. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con las autoridades que conforman el territorio indígena -CRIC, y con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social previamente definirá y diseñará los mecanismos para el desarrollo de sus competencias sobre la base del respeto y reconocimiento de las diferencias culturales, usos y costumbres existentes en relación con la administración, funcionamiento y control del SISPI, en atención a lo establecido en el artículo 7 de la Constitución Política, la Ley 21 de 1991, y en los literales l) y m) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La Superintendencia Nacional de Salud, realizará la inspección, vigilancia y control de

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



conformidad con los mecanismos definidos para tal fin.

CAPÍTULO VIII

TRANSICIÓN DE LAS ESTRUCTURAS AL SISTEMA INDIGENA DE SALUD PROPIA E INTERCULTURAL -SISPI

Artículo 54. Transición hacia el sistema indígena de salud propio e intercultural. En el ejercicio del gobierno propio y conforme a lo mandatado por las autoridades indígenas, se dará la transición de las Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas — IPSI y demás estructuras de cuidado creadas por las autoridades indígenas en marco del aseguramiento a unidades de cuidado y de la Asociación Indígena del Cauca, Entidad Promotora de Salud Indígena — A.I.C. EPS-I hacia la estructura propia que fortalezca los procesos administrativos del componente de administración y gestión del programa de salud en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI; para lo cual, se adoptará una ruta de transición que deberá concertarse con el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las demás autoridades competentes de los niveles nacional y territorial, con el objeto de no generar afectaciones a la garantía del derecho a la salud de la población afiliada de la Asociación Indígena del Cauca, Entidad Promotora de Salud Indígena — A.I.C. EPS-I, de conformidad con lo estipulado en el principio de continuidad del literal d) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 55. Inversión en infraestructura física, equipamiento fijo, dotación biomédica y transporte asistencial para las Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas. En coherencia con la gradualidad dispuesta en el artículo 88 del Decreto Ley 1953 de 2014 y de manera transitoria hasta tanto entre en funcionamiento el SISPI para el territorio indígena que conforma el CRIC, las IPS-I que hayan sido creadas en el marco del Decreto 1088 de 1993 y hayan decidido transformarse en estructuras propias de salud y transiten al territorio indígena como unidades de cuidado regionales o zonales, podrán recibir transferencias directas de recursos públicos por parte de la Nación, departamentos, distritos o municipios, para inversión en infraestructura física, equipamiento fijo, dotación biomédica y transporte asistencial, siempre que dichos recursos por su naturaleza puedan ser destinados a los conceptos mencionados.

Parágrafo. La recepción de recursos de transferencia a las IPS-I, estará sujeta a la autorización de las autoridades indígenas, de acuerdo con las disposiciones de derecho propio y el derecho mayor.

Artículo 56. Progresividad en el funcionamiento del SISPI. La progresividad en el funcionamiento del sistema de salud de los pueblos indígenas que integran el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC, depende de la dinámica político-organizativa en salud de cada territorio y las decisiones de la comunidad y sus autoridades; no obstante y acorde a los mandatos de los diferentes congresos indígenas realizados, todos los



territorios en coordinación con el Programa de salud regional, deberán definir las condiciones mínimas requeridas para iniciar el proceso, etapas, costos y tiempos para el pleno funcionamiento del sistema de salud indígena propia e intercultural.

Parágrafo. La reglamentación de lo previsto en este decreto deberá realizarse dentro de los doce (12) meses siguientes a su expedición, y en todo caso, el funcionamiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI, no podrá superar dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto Ley, siempre que se haya surtido el proceso de certificación de que trata el Título II Capítulo II del presente Decreto Ley.

TÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 57. En el marco de lo señalado en el presente Decreto ley, cuando se afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, las partidas dispuestas deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP); y al Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) del sector salud.

Artículo 58. Vacíos normativos. Los aspectos no previstos en el presente Decreto Ley en materia del funcionamiento del territorio indígena CRIC se resolverán y tramitarán con arreglo a lo contenido en el Decreto 1953 de 2014 y los lineamientos jurisprudenciales previstos en la Sentencia C —617 de 2015.

Artículo 59. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2. RESOLUCIONES



2.2.1. Resolución 1895 de 2024

Por la cual se modifica la Resolución 1798 de 2023 en relación con el plazo de entrada en operación y el reporte de afiliación y novedades del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT-, para la afiliación obligatoria y voluntaria de trabajadores independientes

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los numerales 23 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, 5 del artículo 2.2.4.2.5.2. del Decreto 1072 de 2015, artículo 2.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, y en desarrollo del artículo 2.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que, a través del artículo 2.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se creó el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT y se dispuso que este Ministerio lo administrará y definirá la responsabilidad de cada uno de los actores en el registro y reporte de información en el sistema, la estructura de datos y los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información.

Que la citada disposición, fue adicionada por el Decreto 2858 de 2019, en el sentido de incorporar el Sistema General de Riesgos Laborales-SGRL en el SAT, y mediante la Resolución 1798 de 2023, este Ministerio definió las condiciones generales de operación del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT para la afiliación obligatoria y voluntaria de trabajadores independientes y se fijaron unos plazos para la incorporación de la información de afiliación y reporte de novedades de estos trabajadores.

Que se requiere optimizar el manejo del Sistema de Afiliación Transaccional-SAT respecto de los trabajadores independientes sea su afiliación obligatoria o voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales y poner a disposición de estos la plataforma tecnológica que les permita realizar el proceso de afiliación y el reporte de novedades al citado al sistema de manera virtual.

Que teniendo en cuenta los resultados obtenidos de las pruebas piloto realizadas hasta la fecha, se identificó, entre otros, la necesidad de incluir nuevas variables, relacionadas con el



contratante de trabajadores independientes, obligados a afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, así como otros reportes a ser dispuestos como servicio web a las ARL y afiliados.

Que, adicionalmente, mediante comunicación radicada en este Ministerio con el número 202442300532112, las Administradoras de Riesgos Laborales a través de FASECOLDA señalan la imposibilidad de disponer de los desarrollos tecnológicos que permitirán interoperar en línea con el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT conforme con los plazos establecidos en la Resolución 1798 de 2023.

Que, en ese sentido, se considera procedente ampliar el término previsto para la entrada en operación del Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional —SAT para la afiliación obligatoria y voluntaria de los trabajadores independientes, así como incluir modificaciones al registro de novedades y disposición de otros servicios web.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 5 de la Resolución 1798 de 2023, el cual quedará así:

“Artículo 5. Reporte previo a la incorporación de información de afiliación al SAT. Las Administradoras de Riesgos Laborales deberán verificar la información de los contratistas y de los trabajadores independientes afiliados voluntarios al Sistema General de Riesgos Laborales con afiliación activa, y reportar dicha información a través de la plataforma PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico No, 1 de la presente resolución y según el siguiente cronograma:

Periodo de la información a reportar		Plazo para enviar el archivo plano	
Desde 2015-01-01	2024-09-30 (Piloto 1)	2024-10-01	2024-10-15
Desde 2015-01-01	2024-10-31 (Piloto 1)	2024-11-01	2024-11-18
Desde 2015-01-01	2024-11-30 (Cargue información)	2024-12-01	2024-12-13

Este Ministerio realizará las validaciones de la información reportada para la identificación de inconsistencias previo al cargue definitivo de la información y reportará los resultados a las Administradora de Riesgos Laborales, quienes deberán subsanar las inconsistencias para incorporar la información depurada. Dentro de las validaciones se



incluyen los casos de trabajadores independientes que presenten afiliación a más de una Administradora de Riesgos Laborales, para que estas procedan a aplicar las reglas determinadas en la normativa vigente.

Parágrafo. *La no incorporación de información en el SAT por inconsistencias en el reporte no exime de responsabilidad a la Administradora de Riesgos Laborales frente a sus obligaciones con el trabajador independiente de afiliación obligatoria y el de voluntaria a riesgos laborales."*

Artículo 2. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 1798 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 6. Incorporación de información de afiliación y novedades del Sistema General de Riesgos Laborales en el SAT. Este Ministerio incorporará al Sistema de Afiliación Transaccional la información de afiliación y novedades, vigente al 30 de noviembre de 2024, en el Sistema General de Riesgos Laborales de los trabajadores independientes, de acuerdo con el reporte efectuado por las Administradoras de Riesgos Laborales en la plataforma PISIS

La estructura y especificaciones técnicas para el reporte de la información por parte de las Administradoras, así como las reglas de validación y corrección de inconsistencias y los términos para su reporte, corresponde a las establecidas en los anexos técnicos que hacen parte de la presente resolución.

El reporte de información de afiliación y novedades de los trabajadores independientes deberá realizarse a través de los servicios web y de las funcionalidades dispuestas en el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez sean habilitadas."

Artículo 3. Modifíquese el artículo 7 de la Resolución 1798 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 7. Reporte de actualizaciones por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales al SAT. A partir del 1 de diciembre de 2024, las Administradoras de Riesgos Laborales, una vez realizada la incorporación de la información de que trata el artículo 6 de la presente resolución, deberán reportar al SAT a través de los servicios web habilitados, la información en los términos establecidos en el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución, incluyendo aquella que presentó inconsistencias al momento del cargue definitivo, así como de las novedades que se presenten y que no fueron reportadas."

Artículo 4. Modifíquese el artículo 8 de la Resolución 1798 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 8. Servicios web dispuestos para las Administradoras de Riesgos



Laborales. La entrada en operación de los servicios web del Sistema General de Riesgos Laborales en el SAT, se realizará, disponiendo a las Administradoras, los siguientes servicios:

- 8.1. Afiliación de trabajador independiente a una ARL
- 8.2. Traslado de Administradora de Riesgos Laborales del trabajador independiente.
- 8.3. Retracto de la afiliación de Administradora de Riesgos Laborales de un trabajador independiente.
- 8.4. Retracto del traslado de Administradora de Riesgos Laborales de un trabajador independiente.
- 8.5. Terminación de la afiliación a una Administradora de Riesgos Laborales de un trabajador independiente.
- 8.6. Reporte de mora, acuerdos de pago e incumplimiento de acuerdos del pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales de los trabajadores independientes.
- 8.7. Suspensión o activación de la afiliación de trabajadores independientes de afiliación voluntaria a riesgos laborales.
- 8.8. Cambio de ocupación u oficio de un trabajador independiente de afiliación voluntaria a riesgos laborales.
- 8.9. Corrección del tipo de cotizante o subtipo de cotizante.
- 8.10. Consulta de trabajadores independientes de afiliación activa al Sistema General de Riesgos Laborales incluye traslados y retractaciones.
- 8.11. Consulta detalle de información de trabajadores independientes de afiliación activa al Sistema General de Riesgos Laborales incluye traslados y retractaciones.
- 8.12. Consulta de trabajadores independientes trasladables de Administradora de Riesgos Laborales.
- 8.13. Consulta de período de mora del trabajador independiente afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales."

Parágrafo: Se entiende por afiliado trasladable aquel que al solicitar el traslado de Administradora de Riesgos Laborales cumple con el tiempo de permanencia y se encuentra al día en el pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales."

Artículo 5. Modifíquese el artículo 10 de la Resolución 1798 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 10. Funcionalidades para el Sistema General de Riesgos Laborales en el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT. Para los trabajadores independientes, el Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá de manera gradual para el Sistema General de Riesgos Laborales, las siguientes funcionalidades:

10.1. Afiliación de un trabajador independiente a una ARL: Esta funcionalidad permitirá efectuar la afiliación a una Administradora de Riesgos Laborales de conformidad con la



normativa del Sistema General de Riesgos Laborales para trabajadores independientes que se encuentre registrados en el portal www.miseguridadsocial.gov.co y estará vinculada a otras afiliaciones del Sistema de Seguridad Social Integral teniendo en cuenta lo siguiente:

10.1.1. La afiliación obligatoria al Sistema General de Riesgos Laborales del trabajador independiente se realizará a través del contratante, quien deberá estar registrado y habilitado con dicho rol en el SAT; la selección de la Administradora de Riesgos Laborales-ARL corresponde al trabajador independiente.

10.1.2. El trabajador independiente afiliado voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales deberá estar registrado y habilitado en el SAT para su afiliación y selección de la Administradora de Riesgos Laborales-ARL.

Una vez realizado el registro de afiliación, el SAT validará si el solicitante ya se encuentra afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales; en este evento, le informará que debe realizar la afiliación a esa misma ARL, de conformidad con lo definido en el artículo 1 de la presente Resolución; de no encontrarse afiliado, el SAT le informará que se realizó la afiliación y notificará a la Administradora de Riesgos Laborales seleccionada.

10.2. Traslado de Administradora de Riesgos Laborales de un trabajador independiente obligatorio o voluntario

10.3. Retracción de la afiliación o del traslado de un trabajador independiente de administradora de riesgos laborales. El contratante o el trabajador independiente, afiliado voluntario a riesgos laborales, podrá reportar la novedad de retractación de su afiliación o del traslado de Administradora de Riesgos Laborales.

10.3.1. Retracción de la afiliación de un trabajador independiente de administradora de riesgos laborales. El contratante o el trabajador independiente, afiliado voluntario a riesgos laborales, podrá reportar la novedad de retractación de su afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales.

10.3.2. Retracción del traslado de un trabajador independiente de administradora de riesgos laborales. El contratante o el trabajador independiente, afiliado voluntario a riesgos laborales, podrá reportar la novedad de retractación del traslado de Administradora de Riesgos Laborales.

10.4. Terminación de la afiliación a una administradora de riesgos laborales de un



trabajador independiente.

10.5. Cambio de ocupación u oficio de un trabajador independiente de afiliación voluntaria a riesgos laborales.

10.6. Corrección del tipo de cotizante o subtipo de cotizante de un trabajador independiente.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 5, 6, 7, 8 y 10 de la Resolución 1798 de 2023 y sustituye sus anexos técnicos.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico en:

Chrome extensión: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201895%20de%202024.pdf



2.2.2. Resolución 1964 de 2024

Por la cual se adopta el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus competencias legales y constitucionales, en especial las conferidas por los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo con la Constitución Política de 1991. Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de Republica unitaria, participativa, pluralista y que reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación. Así mismo, dispone que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todos los habitantes del territorio nacional.

Que, mediante la Ley 21 de 1991 se ratificó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la cual dispone en la parte V que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental, así como también que se tengan en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Que, de conformidad con el principio establecido en el numeral 3° del artículo 3 de la Ley 70 de 1993, el Gobierno Nacional deberá garantizar la participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y sus organizaciones, sin detrimento de su autonomía, en las decisiones que las afecten y en las de toda la Nación en pie de igualdad de conformidad con la ley.

Que, el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, determinó como elementos esenciales

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



y principios del derecho fundamental a la salud entre otros, la aceptabilidad, la interculturalidad y la protección de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en virtud de los cuales, los diferentes agentes del sistema deben respetar las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, garantizando el respeto a sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiéndoles su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, y ordena al Estado reconocer y garantizar el derecho fundamental a la salud para estas comunidades, aplicándolo de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres, sus cosmovisiones y conceptos.

Que, el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y, que en la definición de dicha política se integraran los enfoques Atención Primaria en Salud (APS), Salud Familiar y Comunitaria, Articulación de las Actividades individuales y Colectivas y el Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que, en la misma línea la Honorable Corte Constitucional, mediante sentencia T- 576 de 2014, ordenó al Ministerio del Interior adelantar un proceso de consulta con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, para definir las pautas de integración del Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general que sean susceptibles de afectarlas directamente.

Que, con dicho antecedente se expide el Decreto 1066 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, mediante el cual se regula el Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras como una instancia representativa y legítima de estas comunidades, establece los criterios para su integración, sus funciones, las etapas del proceso de consulta previa de medidas legislativas y administrativas de carácter general, susceptibles de afectar directamente a dichas comunidades y se conforma la Comisión III denominada Comisión de protección social, salud, ICBF, mujer, género y generaciones.

Que, del 20 al 22 de diciembre de 2021 se desarrolló la Vigésima Sesión Plenaria del Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP, en donde se designa a la Comisión III como espacio para la concertación de los lineamientos que pretenden la transversalización del enfoque diferencial en salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Esta decisión estructural y excepcional, quedó formalizada en el Acta de la Sesión Plenaria del 22 de diciembre de 2021, cuyo compromiso específico establece que "[...] 2. En el marco de los acuerdos concertados en el Plan de Desarrollo 2018 — 2022, en el acuerdo número SI que



establece "El Ministerio de Salud en el marco de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, en conjunto con el espacio nacional de la consulta previa construirá los lineamientos a través de los actos administrativos que corresponda para establecer el enfoque étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los programas, planes y proyectos del sector salud que se vayan a ejecutar en los territorios de estas comunidades sean urbanos o rurales". Acuerdo contenido en la ley del Plan de Desarrollo. Para lo cual se delegó a la comisión tercera del ENCP, para que adelante el proceso correspondiente [...]".

Que, en la misma sesión Plenaria del ENCP, se concertaron y protocolizaron 18 acuerdos, entre esta instancia consultiva y el Ministerio de Salud y Protección Social relacionados con (i) la armonización y articulación de la medicina tradicional y la sabiduría ancestral, (ii) registro de los sabedores y médicos tradicionales y, (iii) la participación 'en las Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los cuales, resultan de una altísima trascendencia y de alto impacto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, así como el diseño e implementación de la política pública en salud de estas comunidades étnicas en los próximos años, y se instó a esta cartera ministerial dar cumplimiento, por lo que estos lineamientos técnicos para la implementación del enfoque diferencial étnico, dan continuidad al avance en la realización de los acuerdos concertados.

Que, del 23 al 26 de marzo de 2022, se desarrolló sesión ordinaria de la Comisión III del ENCP en la ciudad de Santa Marta, mediante la cual, se concertó un plan de trabajo para la consolidación de los lineamientos técnicos e implementación del enfoque diferencial étnico en salud, que recogiera las voces de la comunidad y los sabedores y sabedoras en salud; garantizando así, la inclusión del enfoque diferencial étnico en los diferentes procesos a desarrollar: i) sensibilización, ii) movilización de personal, ni) aprendizaje, iv) recolección, y) concertación y vi) difusión de la información, buscando asegurar la representatividad en la participación activa de la comunidad negra, afrocolombiana, raizal y palenquera en todo el territorio nacional.

Que, para la implementación del plan de trabajo se definió una estrategia de participación social, que implicó la realización de procesos participativos en los 34 departamentos del país denominados Kilombos territoriales en el año 2023, donde hicieron presencia representantes de las diferentes comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en cuyo desarrollo se recogieron las propuestas presentadas por la comunidad, los sabedores y sabedoras ancestrales y tradicionales en salud, incluyendo una estrategia de difusión y apropiación del mismo desde lo comunitario e institucional.

Que, en sesión de la Comisión III realizada durante los días 9 al 12 de julio de 2023, en la ciudad de Cali - Valle del Cauca, se concertaron y aprobaron en su integralidad las disposiciones contenidas en los *"lineamientos para la implementación del enfoque diferencial*



étnico en salud para comunidades negras, afrocolombianas, urbanas y rurales".

Que, dicho lineamiento contiene diferentes instrumentos de planeación municipal, departamental y nacional en salud que deberán implementarse de manera progresiva y que incluyen el reconocimiento de las prácticas y saberes ancestrales como parte fundamental de la identidad cultural; así como, la participación en el ejercicio de planeación, diseño, concertación, formulación, implementación y evaluación de planes, programas, proyectos y acciones de salud, de los consejos comunitarios, organizaciones de base y formas o expresiones organizativas, como instancias de gobernanza en salud.

Que, adicionalmente el referido documento incorpora adecuaciones socioculturales en los planes de salud de intervenciones colectivas y permite cerrar brechas existentes en la atención integral en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la salud en los términos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Que, en virtud de lo anterior es necesario adoptar los lineamientos para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en lo referente al sector salud puesto que, definirá un marco general normativo y conceptual que permita el análisis de la situación en salud de dichas comunidades en conjunción con las diferentes herramientas ya existentes, con el fin de planear, diseñar, concertar, formular e implementar planes, programas, proyectos y acciones de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y sus actores.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene como objeto adoptar el "Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales", que se encuentra en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo, el cual será el documento orientador en los programas, planes y proyectos del sector salud para estas comunidades.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo y su anexo técnico, deberán ser implementadas por:

- 2.1.** Las entidades del orden Nacional.
- 2.2.** Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- 2.3.** Las Empresas Promotoras de Salud -EPS- del régimen subsidiado y contributivo.



2.4. Los prestadores de servicios de salud o las entidades que hagan sus veces.

2.5. Secretarías de Salud departamentales, municipales, distritales, en articulación con los Consejos Comunitarios, organizaciones de base, formas o expresiones organizativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Los Regímenes Especial y de Excepción adaptarán lo contemplado en el anexo técnico.

Parágrafo. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos de los lineamientos, tanto en los planes territoriales de salud como en el Plan de Desarrollo Territorial y coordinar la implementación en su área de influencia.

Artículo 3. Principios. La implementación de estos lineamientos con enfoque diferencial étnico se fundamenta en los elementos y principios de complementariedad, interculturalidad y la protección de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Artículo 4. Gradualidad de la implementación de los lineamientos. Los actores de que trata el artículo 2 del presente acto administrativo, deberán iniciar la implementación del lineamiento contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, de manera progresiva y en cumplimiento de los objetivos, estrategias de planeación, diseño, concertación, formulación, implementación y evaluación de planes, programas, proyectos y acciones de salud, dentro de los tres (3) años siguientes a partir de la entrada en vigencia de este acto administrativo.

Parágrafo 1. En todo caso, los responsables de las acciones, estrategias y demás aspectos señalados en los lineamientos, podrán iniciar su implementación en cualquier momento, dentro del plazo aquí previsto.

Parágrafo 2. Las disposiciones contenidas en el lineamiento se adecuarán de acuerdo con la normatividad vigente que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 5. Estrategia de difusión y apropiación. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Oficina de Promoción Social, concertará con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP, las acciones necesarias para la difusión y apropiación del lineamiento contenido en el anexo técnico, el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 6. Monitoreo y evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Promoción Social, construirá de manera concertada y articulada con la Comisión III del ENCP, los indicadores y mecanismos necesarios para el monitoreo, seguimiento y evaluación al cumplimiento de las metas, proyectos, planes, programas y acciones establecidas

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



en el lineamiento.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Oficina de Promoción Social realizará el seguimiento a estos indicadores, precisando que los mismos serán responsabilidad de las Entidades territoriales y de las EAPB.

Artículo 7. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico en:

Chrome extensión: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201964%20DE%202024.pdf



3. CONCEPTOS.



**3.1. ASUNTO: Solicitud de concepto jurídico relacionado con el pago de incapacidades de médicos no adscritos.
Radicado MSPS 2024423000955742 (Id 153191)
Radicado Ministerio de Trabajo 05EE2024120300000051691**

Respetada doctora:

Procedente del Ministerio de Trabajo, hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual plantea una petición relacionada con el pago de incapacidades, así:

“(...) solicita al DAFP y al Ministerio de Trabajo emitir concepto general en el ejercicio de sus funciones, sobre si es viable jurídicamente o no, descontarle al trabajador los montos pagados por concepto de incapacidades, cuando el certificado de incapacidad médica es emitido por un profesional de la salud no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud y las EPS no transcriben las mismas y cuando por situaciones no imputables al trabajador se haya dejado de requerir la transcripción en oportunidad a la EPS generando un no pago.(...)”

Al respecto, me permito señalar lo siguiente.

Sobre lo consultado, debe señalarse que de conformidad con el Decreto Ley 4107 de 2011¹ modificado por los Decretos 2562 de 2012² y 1432 de 2016³, este Ministerio tiene como finalidad primordial la formulación y adopción de políticas, planes generales, programas y proyectos relacionados con el sector salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, según el artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011, esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven ni se constituyen como prueba en casos particulares.

En este punto es pertinente señalar que de conformidad con el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011⁴ sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁵, los conceptos emitidos por las

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

2 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

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

4 Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

5 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución, ya que estos no tienen decisiones que produzcan efectos jurídicos, es decir que creen, modifiquen o extingan alguna situación en particular, y así lo ha señalado la Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, al caso, se cita lo dispuesto en las Sentencias C-487/96⁶ y C-542/05⁷:

Sentencia C-487/96:

“Los conceptos no constituyen, en principio, una decisión administrativa, es decir, una declaración que afecte la esfera jurídica de los administrados, en el sentido de que se les imponga mediante ellos deberes u obligaciones o se les otorguen derechos. Cuando se produce a instancia de un interesado, éste queda en libertad de acogerlo o no y, en principio, su emisión no compromete la responsabilidad de las entidades públicas, que los expiden, ni las obliga a su cumplimiento o ejecución.

Sentencia C-542/05:

Los conceptos no configuran, en principio, decisiones administrativas pues no se orientan a afectar la esfera jurídica de los administrados, esto es, no generan deberes u obligaciones ni otorgan derechos. En el evento que el concepto se emita a solicitud de un interesado, éste tiene la opción de acogerlo o no acogerlo.

(...) Los conceptos emitidos por las entidades públicas en respuesta a un derecho de petición de consultas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 25 del Código Contencioso Administrativo, insistimos, son orientaciones, puntos de vista, consejos y cumplen tanto una función didáctica como una función de comunicación fluida y transparente.”

Ahora, comencemos a esbozar lo contemplado en la normatividad vigente aplicable para el pago de las prestaciones económicas por incapacidades, para el caso de los afiliados al SGSSS que pertenece al régimen contributivo; en este caso, al realizar sus cotizaciones les da derecho a los beneficios que tiene el sistema, como es el caso del auxilio por incapacidad, dispuesto en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo el cual señala:

“ARTICULO 227. VALOR DE AUXILIO. *En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante.”* (Subrayado fuera de texto)

Es importante señalar que, el artículo 206 de la Ley 100 de 1993⁸, prevé que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocerá las incapacidades

6 Magistrado Ponente: Dr. ANTONIO BARRERA CARBONELL

7 Magistrado Ponente: Dr. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.

8 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



generadas por enfermedad general de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

“ARTÍCULO 206. INCAPACIDADES. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo [157](#), el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional⁹ y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.”

Hecha la precisión anterior, se indica que se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13⁹, al indicar:

“(…)
4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...)” (Negrilla fuera de texto).

En este sentido el Decreto 2126 de 2023¹⁰ incorporado en el Decreto 780 de 2016¹¹ establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.

Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las

9 Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>

10 por el cual se sustituyen los Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

11 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, cualquier médico u odontólogo es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente epicrisis e historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, incorporado por el Decreto 2126 de 2023, indica lo siguiente:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (...)”
(subraya fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que corresponde a la

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



expedición de una incapacidad por parte de médicos que no son adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 ibidem, indica:

“Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto.”
(subraya fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad.

Ahora bien, respecto del trámite para el reconocimiento de una incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012¹² en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser

12 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”



adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, **será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.**” (Subrayado y negrita fuera de texto)

En este sentido, la norma en comento establece que el trámite para el reconocimiento de incapacidades debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar oportunamente a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad.

Así mismo, el pago de las incapacidades laborales debe hacerlo el empleador al trabajador y luego el empleador recobra las incapacidades a la EPS o Entidad Adaptada, y en el evento que estas no reconozcan el pago de la incapacidad, el empleador no puede pedirle al trabajador que le devuelva lo que le ha pagado por incapacidad, debido precisamente a que, en virtud del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, es el empleador el llamado a pagar las incapacidades.

Finalmente, se indica que en los casos en los que surge una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre la EPS o Entidades Adaptadas y el aportante o empleador, esta podrá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria en virtud de lo dispuesto en el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012 “*Por medio del cual se expide el Código General del Proceso*”, que conoce en sus especialidades laboral y de seguridad social, de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹³ en cuanto a que “*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución*”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente;

13 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



**3.2. ASUNTO: Concepto sobre la solicitud de historia clínica para transcripción de incapacidades.
Radicado 2024423001314212 (219896)**

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual manifiesta entre otras cosas que su empleador está solicitando la epicrisis para el trámite de incapacidades, por lo que solicita:

“Me permito informar que la Sección de Seguridad Social de la División Gestión del Talento Humano de la (...) quien es mi Empleador, me informa y solicita que, para proceder con la radicación, tramitar el pago y todo lo relacionado con mis incapacidades y según el requerimiento en el portal de Salud Total EPS, les debo enviar la información sobre el manejo médico o epicrisis de la atención médica (la cual es el resumen de la historia clínica)”

Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar, debe indicarse que en el marco de lo previsto en el Decreto Ley 4107 de 2011¹⁴, modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012¹⁵ y 1432 de 2016¹⁶, este Ministerio tiene como objeto formular, adoptar, coordinar, ejecutar y evaluar la política en materia de salud y protección social, de igual manera y conforme lo señalado en el artículo 7 ibidem, esta Dirección Jurídica, tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, por consiguiente, los conceptos que emite esta dependencia son de carácter general y no particular, con observancia de las normas legales del sistema, por tal razón, vía concepto no podemos resolver situaciones particulares como las planteadas por usted en su escrito.

No obstante, nos permitimos señalar que la historia clínica fue definida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981¹⁷, como un documento de carácter privado y reservado:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros

14 “Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra en el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”

15 “Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones”

16 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social”.

17 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Disposición normativa reglamentada por el Decreto 3380 de 1981.



previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

De igual manera, el artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999¹⁸, modificada por la Resolución 1715 de 2005¹⁹, definió la historia clínica así:

“ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. (Subraya fuera de texto).

El artículo 14 ibidem señala el acceso a la historia clínica así:

“Artículo 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.”

De otro lado, el literal g) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015²⁰, ha previsto como un derecho de la persona, el que su historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, igualmente, a poder consultar la totalidad de su historia en forma gratuita y a obtener copia de esta.

En concordancia con las anteriores normas y aludiendo a los documentos que tiene el carácter de reservado, el artículo 24 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015²¹, sobre el

18 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud, julio 8 de 1999.

19 por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.

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

21 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



particular, dispone:

“ARTÍCULO 24. INFORMACIONES Y DOCUMENTOS RESERVADOS. Artículo modificado por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. Solo tendrán carácter reservado las informaciones y documentos expresamente sometidos a reserva por la Constitución Política o la ley, y en especial:

(...)

3. Los que involucren derechos a la privacidad e intimidad de las personas, incluidas en las hojas de vida, la historia laboral y los expedientes pensionales y demás registros de personal que obren en los archivos de las instituciones públicas o privadas, así como la historia clínica.

(...)

PARÁGRAFO. Para efecto de la solicitud de información de carácter reservado, enunciada en los numerales 3, 5, 6 y 7 solo podrá ser solicitada por el titular de la información, por sus apoderados o por personas autorizadas con facultad expresa para acceder a esa información.”

Así mismo, y conforme a las disposiciones finales de la Resolución 839 de 2017²² emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, resulta pertinente tener en consideración lo relacionado con la protección de datos personales, y la responsabilidad que concierne a las entidades pertenecientes al SGSSS y las descritas en el ámbito de aplicación de esta, conforme a los artículos 11 y 13, que establecen:

“Artículo 11. Protección de datos personales. El uso, manejo, recolección, tratamiento de la información y disposición final de las historias clínicas, deberá observar lo correspondiente a la protección de datos personales, de que trata la Ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

(...)

Artículo 13. Sanciones. Los prestadores de servicios de salud y demás destinatarios que incumplan lo establecido en esta resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

(...)”

En el contexto de lo anteriormente expuesto se concluye que, la historia clínica como parte del derecho a la intimidad, es un documento de naturaleza privada y personal, sometido a reserva, en virtud de lo cual, su acceso se encuentra restringido a los sujetos y eventos determinados en la ley, dentro de los que se cuentan, el usuario o titular de la historia clínica; el equipo de salud;

²² Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones



las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley, las demás personas determinadas en la Ley.

En este sentido, la Corte Constitucional al referirse a la reserva de la historia clínica, en uno de los apartes de la Sentencia T-1051 de 2008, la cual a su vez retomó lo señalado en la sentencia T-161 de 26 de abril de 1993, M.P. Antonio Barrera Carbonell, señaló: "La historia clínica, su contenido y los informes que de la misma se deriven, están sujetos a reserva y, por lo tanto, sólo pueden ser conocidos por el médico y su paciente. (...)" (Subrayas fuera de texto).

Así mismo, en dicha sentencia se expresó:

"5. Derecho de acceso a la administración de justicia"

5.1 La historia clínica ha sido definida como: "la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual"^[23], documento cuya importancia viene dada porque asegura una adecuada prestación de los servicios médicos y por tanto, se constituye en una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas, y es que la instrumentación de las distintas secuencias médicas en la vida del paciente es de importancia trascendente para juzgar la responsabilidad de daños producidos al enfermo, ya que puede arrojar la clave de la relación de causalidad.^[24] (Subrayas fuera de texto)

5.2. Lo anterior concatenado a que toda persona tiene derecho a acceder a la administración de justicia (art. 229 de la Constitución Política) que, como esta Corporación ya lo ha establecido, es un derecho fundamental (...)" (Subrayas fuera de texto).

Ahora, en cuanto al tema de incapacidad es importante señalar que, el artículo 206 de la Ley 100 de 1993²⁵, prevé que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocerá las incapacidades generadas por enfermedad general de conformidad con las disposiciones legales vigentes, así:

"ARTÍCULO 206. INCAPACIDADES. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional^{<6>} y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se

23 "Diccionario terminológico de ciencias Médicas Ed. Salvat S.A. Décima edición, Barcelona 1968"

24 "Andorno, Luis o. "Responsabilidad Civil Médica. Deber de los facultativos. Valor de las presunciones judiciales. Responsabilidad de las clínicas y establecimientos médicos", JA, 1990-II-76

25 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



expida para el efecto.”

Hecha la precisión anterior, se indica que se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13²⁶, al indicar:

“(…)

4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...) (Negrilla fuera de texto).

En este sentido el Decreto 2126 de 2023²⁷ incorporado en el Decreto 780 de 2016²⁸ establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.

Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, cualquier médico u odontólogo es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente

26 Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>

27 por el cual se sustituyen los Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

28 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



epicrisis e historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, incorporado por el Decreto 2126 de 2023, indica lo siguiente:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

- 1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.*
- 2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.*

3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (...)” (subraya fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que corresponde a la expedición de una incapacidad por parte de médicos que no son adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 ibidem, indica:

“Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional



La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto.” (subraya fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior, la EPS o Entidad Adaptada tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad.

Ahora bien, respecto del trámite para el reconocimiento de una incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012²⁹ en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.” (Subrayado y negrita fuera de texto).

29 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”



Así las cosas, la norma en comento establece que el trámite para el reconocimiento de incapacidades debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar oportunamente a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad.

En este orden de ideas y definido el carácter de reserva legal que protege la historia clínica, lo cual se encuentra contemplado en la normativa ya transcrita y en diferentes fallos de la Corte Constitucional, tienen suficiente fuerza vinculante para obligar a todos los actores del sistema a respetar la reserva de la cual goza la historia clínica o la epicrisis.

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud una vez ésta es expedida por el profesional médico de la red de la EPS o Entidad Adaptada y en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

Ahora, frente a los documentos que deben presentarse para el cobro de la prestación económica junto con el certificado de incapacidad expedido por médicos no adscritos a la EPS o Entidad Adaptada, el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016 indica que será la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria. Al punto, debe resaltarse que el trámite de reconocimiento de incapacidades, así como de licencias de maternidad y paternidad, esta a cargo del empleador frente al caso de trabajadores dependientes, tal y como lo prevé el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,



**3.3. ASUNTO: Concepto sobre la exigencia de póliza de responsabilidad civil.
Radicado MSPS 2024423000727502 (119460)
Radicado Mintrabajo 2EE2024410600000046883**

Respetado señor:

Procedente del Ministerio de Trabajo hemos recibido su comunicación en la que solicita:

“soy trabajador de la salud, laboro en una ipsi privada, con un contrato laboral a término fijo ahora por seis meses, antes lo hacían por tres meses dure 5 años trabajando con esta modalidad de contrato (contrato de 3 meses) ahora me están exigiendo de forma obligatoria una póliza de responsabilidad civil, me envían un oficio diciendo que dentro de las políticas institucionales contempla la obligatoriedad de adquirir dicha póliza de responsabilidad civil, mi pregunta es, estoy obligado a adquirir la póliza o es que son cosas de ellos para inventarse un enredo para sacarme. esa es mi inquietud gracias espero la respuesta.”

En primer lugar, debe señalarse que de conformidad con el Decreto Ley 4107 de 2011³⁰ modificado por los Decretos 2562 de 2012³¹ y 1432 de 2016³², este Ministerio tiene como finalidad primordial la formulación y adopción de políticas, planes generales, programas y proyectos relacionados con el sector salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, según el artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011, esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que vía concepto no podemos definir la legalidad de los requisitos que exigen las IPS para la contratación del personal médico.

Sin embargo, frente al tema objeto de consulta, debe indicarse que una vez verificadas las normas relativas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se encontró norma alguna que determine que los trabajadores vinculados a un prestador de servicios de salud, tengan la obligación de adquirir pólizas de responsabilidad civil.

No obstante, debe resaltarse que el Decreto 780 de 2016³³, norma que compiló las disposiciones

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

31 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

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

33 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



contenidas en el Decreto 2376 de 2010³⁴, establece en su artículo 2.7.1.1.10, como ítem obligatorio en los “*Convenios docencia-servicio*”, la constitución de una póliza, así:

“Artículo 2.7.1.1.10 Convenios docencia-servicio. *La relación docencia-servicio tiene carácter institucional y no podrá darse sin que medie la formalización de un convenio marco que se ajuste a lo establecido en el presente capítulo. Dicho convenio deberá contener como mínimo los siguientes ítems:*

- a) Objeto del convenio.*
 - b) Vigencia del convenio.*
 - c) Deberes y responsabilidades de forma clara y precisa de las partes en las áreas académica, científica, de servicios, financiera y administrativa.*
 - d) Instancias, mecanismos y procesos de coordinación, control y solución de diferencias.*
 - e) Garantías para usuarios, estudiantes y docentes y responsabilidades de las partes intervinientes frente a las mismas.*
 - f) Causales de terminación de la relación docencia-servicio.*
 - g) Constitución de pólizas.*
 - h) Mecanismos de supervisión, así como los criterios y procedimientos de evaluación de las obligaciones adquiridas por las partes.*
 - i) Las formas de compensación o contraprestación que se deriven de la relación docencia-servicio, en caso de pactarse.*
- (...)” (Subrayas fuera del texto original)*

En el mismo sentido, el artículo 2.7.1.1.15 ibidem, establece una serie de garantías que amparan el ejercicio de prácticas formativas de los estudiantes, con cobertura de riesgos contra terceros, en los siguientes términos:

“Artículo 2.7.1.1.15 Garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes. *La relación docencia-servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes, para lo cual ofrecerá las siguientes garantías:*

- a) Los estudiantes que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

(...)”

Así las cosas, es claro que la obligación de constituir póliza de responsabilidad civil en la

³⁴ Por medio del cual se regula la relación docencia – servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud



prestación de servicios de salud, se encuentra prevista para los convenios institucionales de formación del talento humano en salud (docencia – servicio).

Conforme lo anterior, se tiene que no existe norma que exija la adquisición de pólizas de responsabilidad civil a los profesionales de la salud para su vinculación laboral con una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter privado, en este caso si la institución hace tal exigencia será por su mera liberalidad.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015³⁵ en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

35 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



**3.4. ASUNTO: Consulta sobre el pago y reconocimiento de incapacidades
Radicado 2024423001729932 (Id 288203)
Radicado Ministerio de Trabajo 02EE2024410600000067828**

Respetada señora:

Procedente del Ministerio de Trabajo, hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual plantea una petición relacionada con el pago de incapacidades, así:

“(...) quisiera por favor me explicarán esto por favor: Los primeros dos días los debe pagar directamente la empresa, después del tercer día las paga la EPS y serán del 66.66% del salario hasta los 90 días de incapacidad; En todo caso, el monto de la incapacidad no podrá ser menor a un salario mínimo legal mensual vigente. teniendo en cuenta lo anterior quiere decir que si mi salario es de 1.344.000 más auxilio de transporte como deben liquidar mi incapacidad al 66 o con base en el salario mínimo y porqué. (...)”

Al respecto, me permito señalar lo siguiente.

Se precisa que, se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13³⁶, al indicar:

“(...) 4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...)” (Negrilla fuera de texto).

Señalado lo anterior, se esbozará a continuación lo contemplado en la normatividad vigente aplicable para el pago de las prestaciones económicas por incapacidades, así:

Para el caso de los afiliados al SGSSS que pertenecen al régimen contributivo; en este caso, al realizar sus cotizaciones les da derecho a los beneficios que tiene el sistema, como es el caso del auxilio por incapacidad, dispuesto en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo el cual

36 Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>



señala:

“ARTICULO 227. VALOR DE AUXILIO. En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante.” (Subrayado fuera de texto).

De otra parte, debe aclararse que al tratarse de enfermedades o accidentes de origen común, entendidas como aquellas que no provienen de accidente de trabajo o enfermedad laboral, los responsables de realizar el reconocimiento y pago son el empleador, la EPS o la Administradora del Fondo de Pensiones (AFP) que han recibido las respectivas cotizaciones dependiendo del tiempo que se prolongue, así:

RESPONSABLE	TIEMPO DE INCAPACIDAD	SUSTENTO NORMATIVO
Empleador	Dos (2) primeros días	Decreto 780 de 2016, artículo 3.2.1.10 (Decreto 2943 de 2013, artículo 1)
EPS	Desde tercer (3) día al ciento ochenta (180) día	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto Ley 019 de 2012, artículo 142.
Administradora de Fondo de Pensiones -AFP	Desde el día ciento ochenta y uno (181) hasta el día quinientos cuarenta (540)	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto Ley 019 de 2012, artículo 142
EPS	Desde el día quinientos cuarenta y uno (541)	Ley 1753 de 2015, artículo 67- Decreto 1333 de 2018

En este sentido el Decreto 2126 de 2023³⁷ incorporado en el Decreto 780 de 2016³⁸ establece los parámetros sobre la asunción de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.3.1, las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

37 por el cual se sustituyen los Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

38 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen.

Para el reconocimiento y pago de la incapacidad de origen común y sus prórrogas, se tomará como Ingreso Base de Cotización el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad, entendiendo por inicio, el reportado en el día uno (1) de la incapacidad inicial, no el de las prórrogas.

No procederá el reconocimiento de incapacidades de origen común sobre ingresos adicionales a la mesada pensional, cuando el diagnóstico que ocasiona la incapacidad se relaciona con aquel que dio origen al reconocimiento de la pensión de invalidez.

Parágrafo. Para efecto de determinar el monto de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común a favor del pensionado con ingresos adicionales a su mesada pensional se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor sobre el cual efectúa cotizaciones adicionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no sobre el valor de su mesada pensional, ni la sumatoria de ambos ingresos.” (Subrayas fuera de texto)

Es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud - EPS o la Entidad Adaptada en la medida en que se haya cotizado como mínimo cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días y será liquidada teniendo en cuenta el ingreso base de cotización – IBC reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad.

Así mismo, el parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016, dispone: “En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente”.

En atención a lo anterior, se entiende que las dos terceras (2/3) partes corresponde a un

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



porcentaje equivalente al 66.6% del salario y luego de 90 días a un 50%. Con relación a los pagos del auxilio de incapacidad, la Corte Constitucional en Sentencia T - 291 del 4 de agosto de 2020, indicó:

“(…) En el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por aplicación del Código Sustantivo del Trabajo, artículo 227, el trabajador que tenga una incapacidad comprobada, ocasionada por enfermedad no profesional, tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario del 66,67% del salario base de cotización en los primeros 90 días de incapacidad continua, y a partir del día 91 en adelante, el 50% del salario. Prestación que, con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993[52], en principio, pasó de estar en cabeza del empleador, a estar a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a los porcentajes en comento, por interpretación constitucional, indudablemente deben soportar una alteración cuando el ingreso base de cotización del afiliado no supera el salario mínimo. Esta corporación mediante sentencia C-543 de 2007, estudió la demanda de inconstitucionalidad presentada contra el ya referido artículo 227 (parcial) del Código Sustantivo del Trabajo que señala que “En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el patrono le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante”. En dicha providencia, se declaró la exequibilidad condicionada de la disposición, bajo el entendido que el auxilio monetario por enfermedad no profesional no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente. Conclusión a la que llegó, tras considerar “pertinente distinguir aquellas situaciones en las que el valor del auxilio monetario por enfermedad no profesional sea inferior al salario mínimo legal, en las que se desconocería la garantía constitucional de todo trabajador a percibir el salario mínimo vital, consagrado en el artículo 53 superior, más aún en condiciones de afectación de su salud que no le permiten temporalmente trabajar. En esas circunstancias, la Corte entiende que el porcentaje del auxilio monetario por enfermedad no profesional no quebranta el principio de igualdad y el estatuto del trabajo, siempre y cuando su valor no sea inferior al salario mínimo legal”. En efecto, la declaración de exequibilidad de las expresiones demandadas del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo se condicionó a que se entienda que dicho auxilio monetario no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente.” (Subraya y negrilla fuera de texto)

Así las cosas, a partir del 3er días hasta el día 180 la ley estipula que la EPS o entidad Adaptada debe pagar por concepto de incapacidad durante los primeros 90 días, el 66.67%; durante los siguientes 90 días, el 50%; del salario sobre el cual se cotizó, siempre que no resulte inferior a un salario mínimo mensual, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional en su Sentencia C-543 de 2007.

En consecuencia es importante mencionar que la normativa citada en este documento establece en términos generales el trámite para el reconocimiento de incapacidades y las entidades responsables para efectuar el pago de las mismas, teniendo en cuenta la cantidad de días por la cual se extienda la incapacidad de una persona, asimismo, que de conformidad con el artículo



2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, es claro que para el pago de la incapacidad es necesario, haber cotizado como mínimo cuatro semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad.

A partir de esto se concluye, que los dos primeros días de incapacidad le corresponden al empleador y, de otra parte, el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, prevé que respecto al auxilio de incapacidad corresponde un pago de las dos terceras (2/3) partes, es decir, un porcentaje equivalente al 66.6% del salario que será pagado durante los primeros noventa (90) días de incapacidad, y que luego de eso, corresponderá el pago del 50% de la incapacidad hasta el día ciento ochenta (180). En caso de incumplir el empleador la obligación de cancelar incapacidades no le corresponde a este Ministerio determinar si este comete algún tipo de falta, pues en virtud del Decreto Ley 4107 de 2011³⁹, modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012⁴⁰ y 1432 de 2016⁴¹, esta entidad tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo, sin que dichas normas, ni ninguna otra, le hayan otorgado facultades de inspección, vigilancia, control y sanción sobre el incumplimiento de las obligaciones laborales a cargo de los empleadores, estas son competencia del Ministerio de Trabajo de acuerdo al Decreto Ley 4108 de 2011⁴².

De acuerdo con lo anterior, se aclara que el cálculo para la liquidación del auxilio por incapacidad no pueda dar como resultado un monto inferior al salario mínimo legal vigente, no obstante, lo anterior se reitera que este ministerio no es competente para analizar casos particulares, sin embargo si surge una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre la entidad responsable del pago y el aportante o empleador, esta podrá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria en virtud de lo dispuesto en el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012 *“Por medio del cual se expide el Código General del Proceso”*, que conoce en sus especialidades laboral y de seguridad social, de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁴³ en cuanto a que *“Salvo disposición legal*

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

40. por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

41. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

42 por el cual se modifican los objetivos y la estructura del Ministerio del Trabajo y se integra el Sector Administrativo del Trabajo

43 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,



3.5. ASUNTO: Transcripción de fórmulas médicas y atención en salud. Radicado 202342402138112

Respetado señor:

Hemos recibido la comunicación del asunto, en la cual solicita información sobre la transcripción de fórmulas médicas y la atención en salud a pacientes en condiciones de discapacidad. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

En primer lugar, el artículo 13⁴⁴ de la Constitución Política colombiana consagra que *“el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellos se cometan”*. En complemento a esta disposición, en el caso particular de la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, los artículos constitucionales 47⁴⁵, 54⁴⁶ y 68⁴⁷ prevén obligaciones de eliminar la exclusión y discriminación contra esta población frente a sus derechos a la educación, a la salud, a la cultura y al trabajo –entre otros- con el fin de garantizar su inclusión social plena. Así, se desglosa del derecho a la igualdad la obligación a cargo del Estado de adelantar acciones afirmativas a favor de grupos históricamente marginados y excluidos de la sociedad.

44 **ARTICULO 13.** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan

45 **ARTICULO 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

46 **ARTICULO 54.** Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

47 **ARTICULO 68.** Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La ley establecerá las condiciones para su creación y gestión.

La comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones de educación.

La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente.

Los padres de familia tendrán derecho de escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del Estado ninguna persona podrá ser obligada a recibir educación religiosa.

Las <sic> integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.

La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El Derecho a la salud para las personas con discapacidad se expresa en la Ley 1346 de 2009⁴⁸ y la Ley Estatutaria 1618 de 2013⁴⁹, en los artículos 25 y 10 respectivamente, los cuales establecen que las personas con discapacidad pueden acceder a la atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y que la atención en salud se garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, así:

**“Artículo 25
Salud**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;*
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;*
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;*
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;*
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;*
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”*

48 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

49 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.



“Artículo 10. Derecho a la salud. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, en concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009. Para esto se adoptarán las siguientes medidas:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá:

- a) Asegurar que el Sistema General de Salud en sus planes obligatorios, Plan Decenal de Salud, Planes Territoriales en Salud, y en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, garantice la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud, así como el suministro de todos los servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarias para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial, y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas;
- b) Asegurar que los programas de salud pública establezcan acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde la gestación, así como el desarrollo de estrategias de prevención de factores de riesgo asociados a la discapacidad que no afecten la imagen y la dignidad de las personas que ya se encuentran en dicha situación;
- (...)
- f) Asegurar que el Sistema de Prevención y Atención de Desastres y Ayuda Humanitaria, diseñe lineamientos y acciones de atención para asistir en igualdad de condiciones a las personas con discapacidad en situaciones de desastres y emergencia humanitaria;
- g) En el marco del Plan Decenal de Salud adoptará medidas tendientes a prevenir la discapacidad congénita, lesiones y accidentes;
- h) Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en sus planes de desarrollo de salud y salud pública, incluirán un capítulo en lo relacionado con la discapacidad.

2. Las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud deberán:

- a) Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios;
- b) Deberán establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad;
- c) Garantizar los servicios de salud en los lugares más cercanos posibles a la residencia de la persona con discapacidad, incluso en las zonas rurales, o en su defecto, facilitar el desplazamiento de las personas con discapacidad y de su acompañante;
- d) Establecer programas de atención domiciliaria para la atención integral en salud de las personas con discapacidad;
- e) Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo, que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad;
- f) Brindar la oportunidad de exámenes médicos que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses de embarazo, a madres de alto riesgo, entendiendo por alto riesgo madres o padres con edad cronológica menor a 17 años o mayor a 40 años. Madres o padres con historia clínica de antecedentes hereditarios o en situaciones que el médico tratante lo estime conveniente.

3. La Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de Salud y los entes de



control, deberán estipular indicadores de producción, calidad, gestión e impacto que permite medir, hacer seguimiento a la prestación de los servicios de salud, a los programas de salud pública y a los planes de beneficios, que se presten y ofrezcan para las personas con discapacidad e incorporar en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad (Pamec), los indicadores de discapacidad y de esta forma asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

La Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud y los entes de control, deberán asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.”

La Ley 1751 de 2015⁵⁰, garantiza el derecho a la salud, regula la acción de los actores comprometidos con la atención en salud y establece mecanismos de protección del derecho a la salud para la población colombiana en general.

El artículo 8 ibidem hace referencia a la integralidad y determina que:

“Artículo 8º. *La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”*

“Artículo 11. *Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.*

(...)” (subrayas fuera de texto)

Es preciso señalar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantiza el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, de conformidad con lo normado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, así:

“ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD. *El Sistema garantizará el derecho fundamental a la*

⁵⁰ por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones



salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

(...)

PARÁGRAFO 2o. <Parágrafo CONDICIONALMENTE exequible> Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3º. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.”

Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y los mecanismos de protección y accesos regulados en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, este Ministerio entre otras medidas, implementó la plataforma MIPRES, herramienta tecnológica que permite registrar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de pago por capitación - UPC y servicios complementarios financiadas con los presupuestos máximos, de que trata el artículo 240⁵¹ de la Ley 1955 de 2019⁵² y otros recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en cuanto a la transcripción de fórmulas médicas en los siguientes artículos describe:

“Artículo 4. Responsabilidades de los actores. El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, y análisis de la información de tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata este acto administrativo, es responsabilidad de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

(...)

4.2. Entidades responsables del afiliado al SGSSS. A las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, les corresponde : i) garantizar el suministro oportuno, de tecnologías en salud

51 ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.

En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.

Parágrafo. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.

52 por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



o servicios complementarios de que trata este acto administrativo, prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud, cuando corresponda, a través de su red de prestadores, proveedores, dispensadores; ii) recaudar los dineros pagados por concepto de copagos o pagos compartidos; iii) cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro; iv) disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones; y) realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio; vi) realizar la transcripción de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata este acto administrativo, así como aquellas ordenadas mediante fallos de tutela, en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin o en los formularios de contingencia conforme con lo establecido en el artículo 15 del presente acto administrativo; vii) reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata este acto administrativo; viii) establecer canales de comunicación eficientes y brindar información adecuada y veraz, que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios, ix) garantizar la capacitación e idoneidad del personal; y x) las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.”

Artículo 5. Prescripción. La prescripción de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata este acto administrativo, será realizada por el profesional de la salud tratante, el cual debe hacer parte de la red de prestadores definida por la entidad promotora de salud o entidad adaptada, a través de MIPRES, que opera mediante la plataforma tecnológica SISPRO con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos de conectividad disponibles en el área geográfica.

Una vez finalice el diligenciamiento de la prescripción, MIPRES asignará un número de prescripción.

Parágrafo 1. La prescripción efectuada en MIPRES será equivalente a la orden o fórmula médica o Recetario Oficial Electrónico — ROE, la cual deberá contener la firma del profesional prescriptor o las medidas tecnológicas determinadas por la ley. El MIPRES realizará automáticamente la identificación de los medicamentos de control especial y monopolio del Estado y emitirá la impresión adicional de la fórmula para la entrega al usuario.

Parágrafo 2. En ningún caso las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas las IPS podrán seleccionar de manera discrecional los profesionales de la salud que realizarán la prescripción, ni podrán restringir la autonomía de los mismos.

Parágrafo 3. Cuando se trate de una urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente, o cuando se trate de los servicios contenidos en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o la norma que la modifique o sustituya, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción y el reporte a través de MIPRES, posterior a la atención.



“Artículo 12. De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente:

(...)

12.3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la EPS o entidad adaptada, se debe garantizar con dicha prescripción, sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.”

“Artículo 15. Imposibilidad de acceso y registro en MIPRES. El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibilitan el acceso a la herramienta tecnológica:

- 15.1. Dificultades técnicas.
- 15.2. Ausencia de servicio eléctrico.
- 15.3. Falta de conectividad.
- 15.4. Inconsistencias de afiliación o identificación.

El formulario deberá ser entregado a la persona debidamente diligenciado y será equivalente a la orden o fórmula médica.

Si la prescripción se realiza por un profesional de la salud que pertenece a una IPS, esta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la EPS o entidad adaptada a través del medio más expedito, dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes, contadas a partir de la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, este será quien realice dicho trámite.

La EPS o entidad adaptada deberá realizar la transcripción de la prescripción en el módulo dispuesto para ello en MIPRES, en un término no superior a veinticuatro (24) horas posteriores al recibo de la copia del formulario. Esta podrá realizarse por los profesionales de la salud debidamente autorizados y registrados en ReTHUS.

El formulario de contingencia no podrá diligenciarse para solicitar tecnologías o servicios complementarios diferentes a las señaladas en el artículo 1 de este acto administrativo, dispuestas en MIPRES.

Parágrafo 1. La EPS o entidad adaptada no se podrá negar a recibir las prescripciones que se generen a través del formulario de contingencia y, por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución” (subraya fuera de texto).

La mencionada herramienta, tiene como pilares la autonomía de los profesionales de la salud para la adopción de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo,

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



en el marco de los esquemas de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, la eliminación de barreras administrativas que dificulten el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y el manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los datos generados en sus diferentes niveles y su transformación.

Acá vale la pena precisar que la Resolución 2366 de 2023 *“Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unida de Pago por Capitación (UPC)”* cubre tecnologías de rehabilitación funcional integral como: terapia física, ejercicio asistido, modalidades eléctricas y electromagnéticas de terapia, modalidades mecánicas de terapia, modalidades neumáticas de terapia, diseño, adecuación y entrenamiento en uso tecnología de rehabilitación, terapia modalidades hidráulicas e hídricas, terapia de integración sensorial y psicoterapia, entre otros.

Ahora, la Ley 23 de 1981⁵³, en el Capítulo I – de las relaciones del médico con el paciente dispone:

“Artículo 3º. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que lo necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley.”

“Artículo 4º. La asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho.”

Artículo 5º. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”

“Artículo 6º. El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.”

“Artículo 7º. Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:

- a) Que el caso no corresponda a su especialidad;

⁵³ Por la cual se dictan normas en materia de ética médica
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia
PBX: (+57) 601 330 5000
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya;

c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas.”

“Artículo 8º. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios.”

En este mismo sentido, el artículo 4 de la Resolución 229 de 2020⁵⁴ expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, contempla los derechos y deberes del afiliado y del paciente, al establecer:

“Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente. La Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

(...)

4.1 Capítulo de información general

(...)

4.1.2 Plan de beneficios y sus exclusiones y limitaciones. Señalar que a partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015 el afiliado tiene derecho a todos los servicios y tecnologías que a juicio del médico tratante requiera, esto es, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y aquellos que sin ser financiados con recursos de la UPC no han sido excluidos. Igualmente deberá indicar los criterios de exclusión previstos en el artículo 15 de dicha normativa y aquellos que de manera taxativa se excluyan

(...)

4.2 Capítulo de derechos

El capítulo de derechos deberá especificar que todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

4.2.1 Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

4.2.1.1 Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC.

(...)

4.2.1.8 Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.

(...)

4.2.1.11 Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso,

54. Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud — EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado



el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.

(...)

4.2.1.13 Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.

4.2.1.14 Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

4.2.2 Protección a la dignidad humana

4.2.2.1 Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

4.2.2.2 Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

(...)

4.2.4 A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

4.2.4.1 Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.

4.2.4.2 Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.

4.2.4.3 A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.

4.2.4.4 A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

4.2.4.5 A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios,



procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.

(...)

4.2.4.7 Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

4.2.4.8 Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4º de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud — INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al INS.

(...)"

Conforme lo expuesto, las inquietudes planteadas se atenderán a continuación, previa transcripción de las mismas:

1. ¿Existen protocolos, instructivos o reglamentaciones a nivel nacional que establezcan los procedimientos para garantizar una adecuada transcripción de fórmulas médicas, especialmente de medicamentos de control, evitando errores u omisiones por los médicos que puedan afectar la salud de los pacientes?

2. Específicamente, ¿qué medidas contemplan dichos protocolos para asegurar el acceso al servicio de transcripción de fórmulas médicas por parte de personas con discapacidad psicosocial, que presentan dificultades de desplazamiento o viven en zonas apartadas?

3. ¿Se ha reglamentado la prestación de servicios de transcripción de fórmulas médicas a domicilio u otras modalidades que garanticen la accesibilidad para esta población?

Frente a los interrogantes 1, 2 y 3 debe indicarse que este Ministerio no ha expedido protocolos, instructivos o reglamentaciones sobre la transcripción de formularios médicos. No obstante, se debe indicar que la Resolución 740 de 2024, indica el proceso para la prescripción, suministro y respectivo reporte, de las tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC, dicha prescripción debe ser realizada por un profesional de la salud que debe hacer parte de la red de prestadores de la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada en la plataforma MIPRES. Que una vez se haya realizado el diligenciamiento de la prescripción en MIPRES, se asignará un número de prescripción la cual será equivalente a la orden, fórmula médica o recetario o Recetario Oficial Electrónico — ROE, y no requerirá de transcripciones mensuales si son tratamientos continuos, simplificando el proceso de suministro



que será responsabilidad de la EPS o entidad adaptada sin necesidad de autorizaciones adicionales la cual deberá contener la firma del profesional prescriptor o las medidas tecnológicas determinadas por la ley.

Los ajustes se utilizarán para implementar los mecanismos al listado de medicamentos excluidos explícitamente, que excepcionalmente podrán ser prescritos por el médico tratante.

Con la normativa expedida, la herramienta MIPRES realizará automáticamente la identificación de los medicamentos de control especial y monopolio del Estado y emitirá la impresión adicional de la fórmula para la entrega al usuario.

4. ¿Puede un médico negarse a atender a un paciente basado en su condición de discapacidad psicosocial? De ser posible, ¿cuál es el sustento legal y ético de dicha negación de atención? ¿Cuáles serían las condiciones para que esto pueda ser posible?

En concordancia con la Ley 23 de 1981 en general, los médicos no pueden negarse a atender a un paciente sin una causa justificada. La legislación y el código penal protegen el derecho a la atención médica, especialmente en situaciones de emergencia.

Negar la atención médica sin una causa justificada va en contra de las obligaciones éticas y legales de los profesionales de la medicina.

6. ¿Se ha reglamentado o establecido alguna sanción por la negación de atención médica a personas con discapacidad psicosocial?

Las sanciones tienen reserva de ley, por lo tanto, es el legislador el único llamado a establecer o regular aquellas materias que el constituyente decidió que fueran desarrolladas mediante una ley.

Ahora la Ley estatutaria en salud, en el párrafo 1 del artículo 14⁵⁵, establece que, en los casos de negación de la prestación de servicios, el congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo

⁵⁵ **Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios.** Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma. Así mismo la Ley 1949 de 2019⁵⁶, en su artículo 130⁵⁷ y 130A⁵⁸, ha previsto algunas conductas que

56 por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.

57 **“Artículo 130. Infracciones administrativas.** La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. Infringir la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
 2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud.
 3. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
 4. Impedir u obstaculizar la atención de urgencias.
 5. Incumplir las normas de afiliación o dificultar dicho proceso.
 6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
 7. Impedir o atentar contra la selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.
 8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 9. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro o pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 10. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o suministrando información falsa.
 11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
 12. Obstruir las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud por renuencia en el suministro de información, impedir o no autorizar el acceso a sus archivos e instalaciones.
 13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 14. Incumplir los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo suscrito entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo o entre estas y cualquier otra entidad de los regímenes especiales o de excepción.
 15. No brindar un diagnóstico oportuno, entendido como el deber que tienen las entidades responsables de prestar servicios de salud en aras de determinar el estado de salud de sus usuarios, de manera que se impida o entorpezca el tratamiento oportuno.
 16. Aplicar descuentos directos, sobre los pagos a realizar a los prestadores de servicios de salud sin previa conciliación con estos, en los eventos en que las entidades responsables de pago efectúen reintegros de recursos a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). En todo caso, se respetarán los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades, en relación con los pagos y sus descuentos.
 17. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
 18. Incumplir los planes de mejoramiento suscritos en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.
 19. Incumplir con las normas que regulan el flujo de recursos y el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 20. Incumplir los términos y condiciones del trámite de glosas a las facturas por servicios de salud, impedir la radicación de las facturas e imponer causales de glosas y devoluciones injustificadas o inexistentes.
 21. Incurrir en las conductas establecidas en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011.
- (...)

58 **Artículo 130A. Sujetos de sanciones administrativas.** Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, serán sujetos de las sanciones administrativas que imponga la Superintendencia Nacional de Salud entre otros los siguientes: Las personas jurídicas sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



se consideran infracciones contra el SGSSS y ha dotado a la Superintendencia Nacional de Salud de la competencia para investigar e imponer sanciones a quienes incurran en estas.

Así mismo, los Jueces de la República o las autoridades son competentes para conocer y dar trámite a las fallas que se puedan presentar con los pacientes, sobre los actos médicos que realice el profesional y la vulneración de los principios que rigen el correcto ejercicio de la medicina.

En general, los médicos no pueden negarse a atender a un paciente sin una causa justificada o una razón válida, circunstancias que le pueden acarrear consecuencias legales y éticas.

Por último, indicarle que frente a la pregunta 5 esta fue trasladada a la Oficina de Promoción Social, Dirección de Promoción y Prevención, y la pregunta 7 a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y a la Oficina de Promoción Social para que le den respuesta en el marco de sus competencias.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁵⁹ en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

59 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



3.6. ASUNTO: Solicitud de Información sobre quejas y soluciones a las mismas en la IPS Clínica Imbanaco S.A.S. Radicado 2024424001148192.

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación en la que consulta sobre cómo la Asociación de Usuarios de la Clínica Imbanaco puede evidenciar que la IPS tramita y da solución a las quejas presentadas por los usuarios del servicio de salud. En particular, la petición expresa lo siguiente:

“(...)

Soy miembro de la Asociación de Usuarios de la IPS CLINICA IMBANACO S.A.S, de la Ciudad d Cali y tenemos la siguiente inquietud: Teniendo en cuenta que la Asociación de Usuarios es un entidad que Vela por la calidad del servicio y la defensa de usuario: 1- La Clínica recibe quejas directamente por una oficina o correo electrónico de atención usuario y de estas la Clínica solo nos muestra mes a mes porcentajes de quejas recibida y los casos, sin datos de la persona, como tampoco la respuesta o solución que dieron : caso, porque ellos argumentan que por no la pueden dar a conocer y que nosotros no somos un ente de control y nos debemos al Decreto 1757 de 1994. 2- A la Oficina de la Asociación de Usuarios nos llegan también las quejas de usuarios y por correo electrónico, nosotros le remitimos a la Oficina de Atención al Usuario de la Clínica Imbanaco, pero tampoco nos dan a conocer las respuestas o soluciones que le dan a los usuarios con el mismo argumento del punto 1.

*ENTONCES: si la Ley 850 de 2003 define las veedurías ciudadanas, el Decreto 1757 de 1994, en su artículo 14. Funciones de las Asociaciones de Usuarios, Numeral 9. Reza: *Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y Vigilar que se tomen los correctivos del Caso".... ¿Cómo hacemos en la Asociación de Usuarios de la Clínica Imbanaco para darnos cuenta si le dieron solución o se tomaron los correctivos de las deficiencias en el servicio presentadas por el paciente? si la misma Clínica con el argumento esgrimido en el punto 1, no nos muestra que correctivo o solución le dieron al usuario o paciente. La Clínica no nos deja cumplir con nuestra función principal (además de las otras funciones que nos otorgan los demás numerales de la Ley 1757 de 1994 y facultades que otorga la circular externa 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud y teniendo en cuenta los artículos 6 y 13 de la ley 1581 de 2012, donde se podría indicar como se puede autorizar terceros como la asociación de usuarios y lo compilado en la Ley 780 de 2016).*

(...).



En cuanto a su solicitud, es necesario mencionar que el artículo 2.10.1.1.10 del Decreto 780 de 2016⁶⁰ que compila lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto 1757 de 1994⁶¹. En cuanto a las alianzas o asociaciones de usuarios, establece:

“Artículo 2.10.1.1.10 Alianzas o asociaciones de usuarios. La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

Parágrafo 1º. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios.” (resaltos fuera de texto)

Ahora, el artículo 2.10.1.1.13 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 14 del Decreto 1757 de 1994, prevé entre otras funciones de las asociaciones de usuarios, las siguientes:

“Artículo 2.10.1.1.13. Funciones de las asociaciones de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:

(...).

4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud y la Empresa Promotora de Salud..

(...).

9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.

(...).” (resaltos fuera de texto)

60 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

61 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.



El artículo 15 de la constitución política consagra que todas las personas tienen derecho a la intimidad personal y familiar y al buen nombre, y que el Estado debe respetar y hacer respetar estos derechos:

“Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.”

La Ley 1581 del 2012⁶² desarrolló los artículos 15 y 20⁶³ de la Constitución Política, y estableció en el artículo 2 que, los principios y disposiciones contenidos en esa normativa son aplicables a los datos personales registrados en cualquier base de datos y aplicará al tratamiento de dichos datos, efectuado en el territorio colombiano:

“Artículo 2o. Ámbito de aplicación. Los principios y disposiciones contenidas en la presente ley serán aplicables a los datos personales registrados en cualquier base de datos que los haga susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

La presente ley aplicará al tratamiento de datos personales efectuado en territorio colombiano o cuando al responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento no establecido en territorio nacional le sea aplicable la legislación colombiana en virtud de normas y tratados internacionales. (...). “

El artículo 3 *ibidem* definió los conceptos de autorización, base de datos, dato personal y tratamiento, así:

“Artículo 3o. Definiciones. Para los efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Autorización: Consentimiento previo, expreso e informado del Titular para llevar a cabo el Tratamiento de datos personales*
- b) Base de Datos: Conjunto organizado de datos personales que sea objeto de Tratamiento;*
- c) Dato personal: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables;*
- (...)*
- g) Tratamiento: Cualquier operación o conjunto de operaciones sobre datos personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión.”*

62 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

63 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.

Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El artículo 5 de la ley en comento consagra los datos que se consideran sensibles:

“Artículo 5. Datos sensibles. Para los propósitos de la presente ley, se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.”

A su vez, el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 consagra lo concerniente al tratamiento de datos sensibles:

“Artículo 6. Tratamiento de datos sensibles. Se prohíbe el Tratamiento de datos sensibles, excepto cuando:

- a) El Titular haya dado su autorización explícita a dicho Tratamiento, salvo en los casos que por ley no sea requerido el otorgamiento de dicha autorización;*
- b) El Tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del Titular y este se encuentre física o jurídicamente incapacitado. En estos eventos, los representantes legales deberán otorgar su autorización;*
- c) El Tratamiento sea efectuado en el curso de las actividades legítimas y con las debidas garantías por parte de una fundación, ONG, asociación o cualquier otro organismo sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, siempre que se refieran exclusivamente a sus miembros o a las personas que mantengan contactos regulares por razón de su finalidad. En estos eventos, los datos no se podrán suministrar a terceros sin la autorización del Titular;*
- d) El Tratamiento se refiera a datos que sean necesarios para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial;*
- e) El Tratamiento tenga una finalidad histórica, estadística o científica. En este evento deberán adoptarse las medidas conducentes a la supresión de identidad de los Titulares”. (Subrayado fuera de texto).*

Por su parte, el artículo 2.2.2.25.2.3 del Decreto 1074 de 2015⁶⁴ incluyó algunas condiciones en relación con la forma de obtener la autorización para el tratamiento de datos personales sensibles:

“Artículo 2.2.2.25.2.3. De la autorización para el Tratamiento de datos personales sensibles. El Tratamiento de los datos sensibles a que se refiere el artículo 5° de la Ley 1581 de 2012 está prohibido, a excepción de los casos expresamente señalados en el artículo 6° de la citada ley.

En el Tratamiento de datos personales sensibles, cuando dicho Tratamiento sea posible conforme

64 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo."



a lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1581 de 2012, deberán cumplirse las siguientes obligaciones:

1. Informar al titular que por tratarse de datos sensibles no está obligado a autorizar su Tratamiento.

2. Informar al titular de forma explícita y previa, además de los requisitos generales de la autorización para la recolección de cualquier tipo de dato personal, cuáles de los datos que serán objeto de Tratamiento son sensibles y la finalidad del Tratamiento, así como obtener su consentimiento expreso.

Ninguna actividad podrá condicionarse a que el Titular suministre datos personales sensibles.”
(Énfasis fuera del texto)

En relación con los derechos y deberes de las personas en cuanto a la prestación del servicio de salud, el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 establece lo siguiente:

“Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

(...).

k) *A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;*

(...).”

En este sentido, la Sentencia T-836 de 2011, emitida por la Corte Constitucional con ponencia del magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, establece una jurisprudencia clave sobre el derecho fundamental al habeas data en el ámbito de la salud. Este derecho permite al titular de los datos personales exigir a los responsables del tratamiento de dicha información su acceso, corrección, inclusión, exclusión y actualización, entre otras acciones, de acuerdo con los principios que rigen la administración de bases de datos personales. En el contexto de la salud, el tratamiento de datos personales es especialmente relevante, ya que protege la intimidad, el buen nombre y la dignidad humana. Las garantías del habeas data no solo incluyen el acceso y rectificación de los datos, sino también la facultad de autorizar el tratamiento, añadir nuevos datos o eliminarlos de una base de datos o archivo. De este modo, la protección de los datos personales en el sector salud es tanto un derecho individual como una herramienta esencial para salvaguardar derechos fundamentales relacionados con la integridad y dignidad de las personas. A continuación, se presentan algunos apartes textuales de la sentencia:

“Derecho al habeas data y tratamiento de datos personales en salud:



El derecho fundamental al habeas data es aquel que otorga la facultad al titular de datos personales de exigir a las administradoras de datos personales el acceso, inclusión, exclusión, corrección, adición, actualización y certificación de los datos, así como la limitación en las posibilidades de divulgación, publicación o cesión de los mismos conforme a los principios que informan el proceso de administración de bases de datos personales

Principios de protección de datos personales en el contexto de la salud:

El tratamiento de datos personales es cualquier operación o conjunto de operaciones, sean o no automatizadas, que se apliquen a datos de carácter personal, en especial su recogida, conservación, utilización, revelación o supresión. En el contexto de los servicios de salud, esta protección es clave para salvaguardar la intimidad y otros derechos fundamentales, como el derecho a la salud, el buen nombre y la dignidad humana.

Garantías del habeas data en el tratamiento de datos en salud:

Las garantías del habeas data incluyen no solamente las facultades de conocer, actualizar y rectificar las actuaciones que se hayan recogido sobre el titular, sino también otras como autorizar el tratamiento, incluir nuevos datos o suprimirlos de una base de datos o archivo."

De igual manera, un precedente judicial más reciente se encuentra en la Sentencia T-144 de 2024 de la Corte Constitucional, con ponencia de la magistrada Cristina Pardo Schlesinger, emitida el 30 de abril de 2024. En este caso, se trató la negativa de una IPS a permitir el acceso a información visual de un menor, con base en que "los registros fílmicos solicitados contenían imágenes de otros niños y niñas usuarios del servicio". La Corte concluyó que:

"La IPS negó a la actora consulta de información visual de su hijo con base en que «los registros fílmicos solicitados contienen imágenes de otros niños y niñas usuarios del servicio y solo pueden ser entregados por autorización de una autoridad judicial competente en un proceso ordinario». Esta respuesta no es satisfactoria pues así como las cámaras de video son una tecnología útil para grabar momentos de una terapia, la tecnología también debe ser usada como una herramienta para garantizar la mayor cantidad de derechos a la mayor cantidad de personas posibles. Existen diversas técnicas de desidentificación que permiten anonimizar las imágenes que aparecen en un video, de modo que era perfectamente viable usar alguna de ellas para impedir la identificación de los otros niños y de ese modo permitirle a la madre consultar la información visual de la que es dueño su hijo"

En cuanto al derecho constitucional de las personas para presentar peticiones, el artículo 23 de la Constitución Política de 1991 dispone lo siguiente:

"Artículo 23. *Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos*

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



fundamentales.”

En consonancia con lo anterior, el artículo 22 de la Ley 1437 de 2011⁶⁵, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁶⁶, establece:

“Artículo 22. Organización para el trámite interno y decisión de las peticiones. Las autoridades reglamentarán la tramitación interna de las peticiones que les corresponda resolver, y la manera de atender las quejas para garantizar el buen funcionamiento de los servicios a su cargo.” (...)

Expuesta la normativa anterior, procedemos a dar respuesta al interrogante planteado, previa transcripción del mismo:

“¿Cómo hacemos en la Asociación de Usuarios de la Clínica Imbanaco para darnos cuenta si le dieron solución o se tomaron los correctivos de las deficiencias en el servicio presentadas por el paciente?”

En respuesta a su consulta, el Decreto 1757 de 1994, compilado en el artículo 2.10.1.1.13 del Decreto 780 de 2016, establece que una de las funciones de las asociaciones de usuarios es atender las quejas sobre deficiencias en los servicios de salud y vigilar que se implementen los correctivos necesarios.

Dado que la Clínica Imbanaco argumenta que no puede proporcionar detalles específicos, el prestador de salud deberá atender la queja y entregar información sobre la misma de forma sencilla, sin exponer datos sensibles que no estén contemplados en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

En este sentido, la Asociación de Usuarios puede ejercer el derecho de petición, conforme al artículo 23 de la Constitución y al artículo 22 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, para solicitar información sobre las medidas correctivas implementadas, garantizando siempre que los datos personales de los usuarios se mantengan anónimos mediante técnicas de desidentificación, tal como lo establece la jurisprudencia.

La Clínica deberá responder proporcionando reportes agregados que detallen los correctivos aplicados, sin comprometer la confidencialidad de los pacientes. Si la Clínica no cumple con esta obligación, la Asociación podrá recurrir a la Superintendencia Nacional de Salud para asegurar que se respete su función de vigilancia sobre la calidad del servicio prestado.

De esta manera, se garantiza que la Asociación pueda cumplir con su función de supervisar la

⁶⁵ Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

⁶⁶ Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo



calidad de los servicios de salud, respetando tanto el marco normativo de protección de datos personales como el derecho a la información.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1⁶⁷ de la Ley 1755 de 2015⁶⁸, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

67 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

68 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



3.7. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre la facultad de la Junta Directiva para limitar la contratación del Gerente de una Empresa Social del Estado (ESE) del Departamento de Nariño. Radicado No. 2024423001523452.

Respetada Señora:

Procedente del Departamento Administrativo de la Función Pública, hemos recibido su comunicación en la cual consulta sobre la facultad de la Junta Directiva para limitar la contratación del Gerente de una Empresa Social del Estado (ESE) del Departamento de Nariño. En atención a su solicitud, me permito señalar lo siguiente:

La consulta se plantea en los siguientes términos:

“(…)

Por medio del presente me permito solicitar concepto referente a la facultad que la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado otorga para contratar al Gerente. La consulta radica específicamente en lo siguiente: Los miembros de una ESE del Departamento de Nariño, a través de Acuerdo limitaron la cuantía para contratar a la Gerente de la ESE a SIETE (7) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. con base en lo anterior, las preguntas serían las siguientes: 1. ¿ Puede la Junta Directiva limitar la cuantía para contratar a SIETE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES? 2. ¿

Con la decision adoptada por los miembros de la Juta Directiva, se están vulnerando los principios de la Administración y de la contratacion, en el entendido que mes a mes se debe llamara a Junta Directiva para que se autorice al Gerente a contratar? 3. Se está restringiendo la administracion y las funciones que la Gerente debe desarrollar en ejercicio de su cargo?

(…).”

En primer lugar, es relevante destacar que el artículo 194 de la Ley 100 de 1993⁶⁹ define la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado. Estas entidades son públicas, descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y tienen la responsabilidad de prestar directamente servicios de salud. El artículo en cuestión establece:

"ARTÍCULO 194: NATURALEZA. *La prestación de servicios de salud en forma directa por la*

⁶⁹ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



Nación o por las entidades territoriales se realizará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo."

Por otra parte, el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016, establece que la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado tiene entre otras, las siguientes funciones:

"Artículo 2.5.3.8.4.2.7. Funciones de la Junta Directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes:

- 1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.*
- 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.*
- 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.*
- 4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.*

(...)." (resalto fuera de texto)

Asimismo, la Resolución 5185 de 2013⁷⁰ emitida por este Ministerio fija los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación, acto administrativo que en el artículo 16, modificado por el artículo 1 de la Resolución 1440 de 2024⁷¹, establece lo siguiente:

"ARTÍCULO 3. *Modifíquese el artículo 16 de la Resolución 5185 de 2013, el cual quedará así:*

"Artículo 16. Adecuación de reglamentos de contratación a los lineamientos establecidos en la presente resolución. Las Juntas Directivas de la Empresas Sociales del Estado, dentro de los dos (2) meses siguientes a la entrada en vigencia de/presente acto administrativo, ajustarán sus Estatutos de contratación para incluir lo aquí definido. Dentro del mes siguiente a la expedición de los estatutos ajustados, el Gerente o Director deberá adecuar los manuales de contratación de la respectiva entidad a dicho estatuto. Dentro de los cinco (5) días siguientes a la finalización del anterior término, el estatuto y el manual de contratación deberán ser publicados en la página

⁷⁰ Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual

⁷¹ "Por medio de la cual se modifica la Resolución 5185 de 2013, por la que se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual"



web de la Empresas Sociales del Estado, en caso de no contar con página se publicará en un sitio visible al público. Adicionalmente se deberá publicar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual este Ministerio dará las instrucciones correspondientes.

Si la Empresa Social del Estado realiza alguna modificación a los anteriores documentos, deberá proceder nuevamente a realizar la publicación de dichas modificaciones dentro de los cinco (5) días siguientes de su expedición en su página web así como en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social,

Las Empresas Sociales del Estado darán cumplimiento a lo establecido en la presente resolución desde su entrada en vigencia, sin que sea requisito el haber ajustado el estatuto y el manual de contratación."

Expuesta la normativa anterior, procedemos a dar respuesta a los interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos:

“1 ¿Puede la Junta Directiva limitar la cuantía para contratar a SIETE SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES?”.

El artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016 otorga a la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado (ESE) la facultad de expedir, adicionar y reformar su Estatuto Interno. Como entidades públicas descentralizadas, pueden establecer directrices en la gestión administrativa y en la contratación. Sin embargo, cualquier limitación que impongan respecto a la cuantía para contratar debe alinearse con sus estatutos y su manual de contratación.

Los estatutos son fundamentales, ya que rigen el funcionamiento y la toma de decisiones de la entidad. El manual de contratación, elaborado conforme a la Resolución 5185 de 2013, establece los lineamientos necesarios y garantiza la transparencia y eficiencia en el uso de recursos públicos, según lo dispuesto en el artículo 16 y la Resolución 1440 de 2024.

La Junta Directiva puede pronunciarse sobre la cuantía de contratación, limitándola a siete salarios mínimos legales mensuales vigentes, siempre que esta decisión esté adecuadamente fundamentada y no infrinja disposiciones legales superiores. Es esencial que actúe en armonía con los principios de transparencia y responsabilidad, garantizando que sus decisiones respondan al interés general.

En resumen, la Junta Directiva tiene la capacidad de limitar o levantar la cuantía para contratar hasta siete salarios mínimos legales mensuales vigentes, siempre que tal decisión se ajuste a la normativa aplicable, a los estatutos de la entidad y a su manual de contratación.

“2. ¿Con la decisión adoptada por los miembros de la Junta Directiva, se están

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



vulnerando los principios de la Administración y de la contratación, en el entendido que mes a mes se debe llamar a Junta Directiva para que se autorice al Gerente a contratar?”

3. ¿Se está restringiendo la administración y las funciones que la Gerente debe desarrollar en ejercicio de su cargo?

En relación con estos interrogantes, es importante señalar que, de acuerdo con el artículo 7⁷² del Decreto Ley 4107 de 2011⁷³, modificado por el Decreto 2562 de 2012⁷⁴ y el Decreto 1432 de 2016⁷⁵, esta Dirección solo puede formular conceptos de manera general en el marco de sus funciones. Sin embargo, no tiene la facultad de determinar la legalidad de los actos emitidos por las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE). En caso de controversia al respecto, el examen del caso específico debe ser realizado por un juez de la República.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1⁷⁶ de la Ley 1755 de 2015⁷⁷, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

72 Artículo 7°. Dirección Jurídica. Son funciones de la Dirección Jurídica las siguientes:

“(…)

16. Atender las peticiones y consultas relacionadas con asuntos de competencia del Ministerio, en coordinación con las direcciones técnicas.

17. Conceptuar sobre la viabilidad normativa de las iniciativas legislativas de las entidades del Sector Administrativo de Salud y de Protección Social y las que se le pongan a consideración.

(…)”.

73 Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social

74 por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

75 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

76 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

77 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



**3.8. ASUNTO: Consulta sobre las facultades para contratar y la autorización expresa del gerente del Hospital Departamental de Villavicencio.
Radicado No. 2024423000269322.**

Respetado Señor:

Procedente del Departamento Administrativo de la Función Pública, hemos recibido su comunicación en la cual consulta sobre las facultades para contratar y la autorización expresa del gerente del Hospital Departamental de Villavicencio. En atención a su solicitud, me permito señalar lo siguiente:

La consulta se plantea en los siguientes términos:

(...)

Soy miembro de la Junta Directiva del Hospital Departamental de Villavicencio, delegado de los gremios y profesionales del Departamento del Meta.

*En el **acuerdo 010 Estatutos** de Junta Directiva, en el artículo quinto, numeral 12 dice textualmente “Autorizar en forma expresa al Gerente de la Empresa la celebración de aquellos contratos que deba suscribir la empresa para adquirir bienes y servicios”*

Encuentro definiciones como:

- *Autorización expresa quiere decir que el consentimiento del titular debe ser explícito y concreto, no son válidos las autorizaciones abiertas y no específicas.*
- *El **consentimiento expreso** es el consentimiento que una persona otorga mediante una acción que lo expresa clara y de forma determinante. Requiere de registro en el que manifiesta su voluntad de consentir. Lo fundamental en este registro es que el consentimiento sea claro, directo y no genere dudas*

El Consentimiento Expreso es aquel que se da de forma concreta, explícita y de manera directa, quedando registrado de una o varias maneras sin dejar lugar a dudas

Para modificar los estatutos de la junta y del Hospital hay una condición, que deben estar TODOS los miembros de la Junta Directiva y en 2 sesiones aprobarlos estatutos como una forma de control.

En una ocasión algunos miembros de Junta Directiva se reunieron y modificaron el Estatuto

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



contractual y dejaron estos artículos, acuerdo 001 de 2021 “por medio del cual se adopta el estatuto Interno de Contratación del HDV”

Artículo 14. Autorización de Junta Directiva. El gerente del Hospital requiere autorización para celebrar de la Junta Directiva para celebrar los siguientes contratos:

- a) Celebrar contratos de mayor cuantía que supere los Dos Mil (2.000) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, tal autorización debe solicitarse en el momento que en la fase de planeación se determine que el monto a contratar supere esta cuantía.*
- b) Las operaciones que impliquen la enajenación de bienes inmuebles de propiedad de la empresa, así como aquellos que impliquen la compra o venta de inmuebles*
- c) La constitución de empréstitos y operaciones de crédito público*
- d) La tercerización o externalización de servicios (outsourcing), de cualquier proceso integral asistencial y/o administrativos del portafolio de servicios del Hospital, cada vez que se realice un nuevo proceso contractual*
- e) Participar en proceso de selección que conlleven a sustituir un contrato de cooperación empresarial (alianza estratégica), como contratista.*
- f) Participar en proceso de selección que conlleven a sustituir un contrato de cooperación empresarial (alianza estratégica), cuando la entidad es contratante y requiere de un socio estratégico*
- g) Para los procesos de Leasing*

Parágrafo Primero: El gerente del HDV queda facultado para suscribir contratos de prestación de servicios de salud, sin limitación de cuantía siempre y cuando la posición del HDV dentro de la relación contractual sea como contratista

Parágrafo Segundo: El gerente del HDV queda facultado para suscribir contratos y convenios interadministrativos, sin limitación de cuantía

Parágrafo Tercero El gerente del HDV queda facultado para contratar sin límite de cuantía cuando se trate de contratos de venta de servicios de salud o prestación de servicios de salud celebrados con entidades responsables de pago (EPS-S, EPS-C, IPS, ESE), del Ministerio de protección de salud, ARL, Aseguradoras, entidades territoriales o con entidades públicas o privadas, o entidades de régimen especial de excepción con el mismo objetivo.

(...).

En primer lugar, es relevante destacar que el artículo 194 de la Ley 100 de 1993⁷⁸ define la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado. Estas entidades son públicas, descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y

⁷⁸ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



tienen la responsabilidad de prestar directamente servicios de salud. El artículo en cuestión establece:

"ARTÍCULO 194: NATURALEZA. *La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales se realizará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo."*

Por otra parte, el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016, establece que la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado tiene entre otras, las siguientes funciones:

"Artículo 2.5.3.8.4.2.7. *Funciones de la Junta Directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes:*

- 1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.**
- 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.*
- 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.*
- 4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.*

(...)." (resalto fuera de texto)

Asimismo, la Resolución 5185 de 2013⁷⁹ fija los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación, acto administrativo que en el artículo 16, modificado por el artículo 1 de la Resolución 1440 de 2024⁸⁰, establece lo siguiente:

"ARTÍCULO 3. *Modifíquese el artículo 16 de la Resolución 5185 de 2013, el cual quedará así: "Artículo 16. Adecuación de reglamentos de contratación a los lineamientos establecidos en la presente resolución. Las Juntas Directivas de la Empresas Sociales del Estado, dentro de los dos (2) meses siguientes a la entrada en vigencia de/presente acto administrativo, ajustarán sus Estatutos de contratación para incluir lo aquí definido. Dentro del mes siguiente a la expedición de los estatutos ajustados, el Gerente o Director*

79 Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual

80 "Por medio de la cual se modifica la Resolución 5185 de 2013, por la que se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual"



deberá adecuar los manuales de contratación de la respectiva entidad a dicho estatuto. Dentro de los cinco (5) días siguientes a la finalización del anterior término, el estatuto y el manual de contratación deberán ser publicados en la página web de la Empresas Sociales del Estado, en caso de no contar con página se publicará en un sitio visible al público. Adicionalmente se deberá publicar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual este Ministerio dará las instrucciones correspondientes.

Si la Empresa Social del Estado realiza alguna modificación a los anteriores documentos, deberá proceder nuevamente a realizar la publicación de dichas modificaciones dentro de los cinco (5) días siguientes de su expedición en su página web así como en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social,

Las Empresas Sociales del Estado darán cumplimiento a lo establecido en la presente resolución desde su entrada en vigencia, sin que sea requisito el haber ajustado el estatuto y el manual de contratación."

Expuesta la normativa anterior, procedemos a dar respuesta al interrogante específico planteado, previa transcripción del mismo:

"¿Cuándo se habla de autorización expresa al gerente, en los párrafos 1, 2 y 3 no está en contravía a la norma superior?, o sea, en los estatutos del Hospital?"

Respecto a su pregunta, es importante aclarar que, en virtud de lo previsto en el artículo 7⁸¹ del Decreto Ley 4107 de 2011⁸², modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012⁸³ y el Decreto 1432 de 2016⁸⁴, esta Dirección emite conceptos generales sobre la aplicación de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que dicha norma ni ninguna otra le haya asignado a esta dependencia la competencia para determinar, a través de un concepto, la legalidad de los actos o decisiones adoptados por otras entidades, así como tampoco para revisar o analizar el alcance de lo establecido en esos actos o decisiones por parte de otra entidad estatal.

81 **Artículo 7°. Dirección Jurídica.** Son funciones de la Dirección Jurídica las siguientes:

"(...)

16. Atender las peticiones y consultas relacionadas con asuntos de competencia del Ministerio, en coordinación con las direcciones técnicas.

17. Conceptuar sobre la viabilidad normativa de las iniciativas legislativas de las entidades del Sector Administrativo de Salud y de Protección Social y las que se le pongan a consideración.

(...)"

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

83 por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

84 Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Dicho lo anterior, desde el punto de vista conceptual consideramos que lo establecido en materia contractual en los Estatutos de la ESE y en su Estatuto de Contratación, debe guardar armonía, de lo contrario, es decir que uno y otro contengan disposiciones contradictorias, le corresponderá a la Junta Directiva de la ESE, en el ejercicio de las facultades previstas en el numeral 1 del artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 16 de la Resolución 5185 de 2013 modificado por el artículo 1 de la Resolución 1440 de 2014, adoptar los ajustes pertinente sobre uno u otro estatuto.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1⁸⁵ de la Ley 1755 de 2015⁸⁶, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

85 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

86 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



**3.9. ASUNTO: Solicitud de acompañamiento e información sobre el proceso de inscripción y elección del representante ante la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios del Hospital Camilo Villazón Pumarejo (2024-2028).
Radicado 2024424001563682**

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, en la cual expone asuntos que les afectan, así:

“(…)

Yo, XXX, identificado con cédula de ciudadanía número XXX expedida en CARTAGENA y domiciliado en la calle 21 n.5 151 del Municipio de Pueblo Bello, en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso administrativo.

Por medio de la presente acudo a usted, como presidente de ASOJUNTAS del Municipio de Pueblo Bello – Cesar, como también representante de la veeduría en salud en el municipio de Pueblo Bello, (resolución n. 117-23 de noviembre de 2023) para pedirle lo siguiente:

1 - Acompañamiento e Información sobre los requisitos para la inscripción, admisión y elección del representante ante la junta Directiva de la asociación de usuarios del Hospital Camilo Villazón Pumarejo de Pueblo Bello para el periodo 2024-2028. Con lo cuales sentimos que se puede estar vulnerando los derechos democráticos consagrados en la ley. (información si estos dos requisitos están contemplados en alguna ley para la elección, descripción de estos dos requisitos de forma explícita).

- Acreditar vinculación y cumplimiento de funciones específicas de salud en un comité usuarios de servicios de salud en la asociación de usuarios de la ESE HCVP.

- Acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un año en un comité de asociación de usuarios de la ESE Hospital Camilo Villazón Pumarejo.

2 - Sugerir a la secretaria de Salud de Pueblo Bello por medio de un escrito, Posponer la elección hasta que el libro del comité de la asociación de usuarios este a disposición de los ciudadanos, ya que muchos se acercaron al hospital y nadie dio razón para poder afiliarse, por ende, el libro esta desactualizado lo cual pondría en riesgo la participación de la ciudadanía usuaria de los servicios de la ESE. (como veeduría tenemos testigos que fueron al hospital y nadie sabía quién tiene la custodia de dicho libro que constate la información para dicha elección)

(…).

Es pertinente traer a colación el artículo 2.10.1.1.10 del Decreto 780 de 2016⁸⁷, el cual regula la

⁸⁷ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



participación en las instituciones del sistema de seguridad social en salud, a través de las alianzas o asociaciones de usuarios, previendo lo siguiente:

“Artículo 2.10.1.1.10 Alianzas o asociaciones de usuarios. La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios.”

Al punto vale la pena resaltar que el artículo 2.10.1.1.10. ibidem define las alianzas o asociaciones de usuarios como una agrupación de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, que tienen como finalidad la de velar por la calidad del servicio que ofrecen las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

A su vez, el artículo 2.10.1.1.11 del decreto en comento, respecto a la constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios prevé lo siguiente:

“Artículo 2.10.1.1.11. Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

La Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.”

Expuesta la anterior normativa, se procederá a dar respuesta sus a sus interrogantes previa transcripción de los mismos, así:

“1. ¿Acompañamiento e Información sobre los requisitos para la inscripción, admisión y elección del representante ante la junta Directiva de la asociación de usuarios del Hospital Camilo Villazón Pumarejo de Pueblo Bello para el periodo 2024-2028? (Información sobre si estos dos requisitos están contemplados en alguna ley para la elección, descripción de estos dos requisitos de forma explícita).

- Acreditar vinculación y cumplimiento de funciones específicas de salud en un



comité usuarios de servicios de salud en la asociación de usuarios de la ESE HCVP.

- Acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un año en un comité de asociación de usuarios de la ESE Hospital Camilo Villazón Pumarejo.”

Sobre el particular, debe señalarse que este Ministerio no ha expedido normativa alguna que regule los requisitos para que un miembro de una alianza o asociación de usuarios forme parte de la Junta Directiva de esa organización, lo que sí ha reglamentado son los requisitos que se exigen para materializar la participación del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, lo cual está establecido en el artículo 2.5.3.8.4.2.4. del Decreto 780 de 2016.

Dicho lo anterior, se considera que será la alianza o asociación de usuarios la que debe establecer los requisitos para que uno de sus miembros forme parte de su Junta Directiva. Al punto y en la medida en que este Ministerio no ha emitido regulación sobre el particular, no podemos vía concepto determinar si los requisitos señalados por usted en su escrito y que no han sido establecidos en norma alguna, son viables o no en su aplicación.

“2. Sugerir a la secretaria de Salud de Pueblo Bello por medio de un escrito, Posponer la elección hasta que el libro del comité de la asociación de usuarios este a disposición de los ciudadanos, ya que muchos se acercaron al hospital y nadie dio razón para poder afiliarse, por ende, el libro está desactualizado lo cual pondría en riesgo la participación de la ciudadanía usuaria de los servicios de la ESE. (como veeduría tenemos testigos que fueron al hospital y nadie sabía [quién tiene la custodia de dicho libro que constata la información para dicha elección]).”

Sobre este requerimiento, nos permitimos señalar que en el marco de lo previsto en el Decreto Ley 4107 de 2011⁸⁸, modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012⁸⁹ y el Decreto 1432 de 2016⁹⁰, este Ministerio tiene la responsabilidad de formular la política pública en materia de salud y protección social. No obstante, dichas normas, ni ninguna otra disposición legal, otorgan a esta entidad la competencia para sugerir o dar recomendaciones a las Secretarías de Salud para posponer el desarrollo de los trámites a su cargo.

Así las cosas, su solicitud en particular se remitirá a la Secretaría de Salud de Pueblo Bello – Cesar, con el fin de que esta le expida la respuesta a que hubiere lugar.

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

89 por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

90. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1⁹¹ de la Ley 1755 de 2015⁹², el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

91 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

92 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Ministerio de Salud y Protección Social

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

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



**3.10. ASUNTO: Solicitud de concepto sobre Aprobación de Plan de Desarrollo y Plan Operativo Anual.
Radicado No. 2024423001451812**

Respetado Señor:

Hemos recibido su comunicación, en la que plantea la solicitud de concepto sobre la Aprobación del Plan de Desarrollo y del Plan Operativo Anual de la Empresa Social del Estado - ESE Hospital Reina Sofía de España de Lérica, Tolima. La consulta se presenta en los siguientes términos

“(…)

Por medio de la presente me permito solicitar emitir concepto sobre la responsabilidad de aprobación de:

Plan de Desarrollo: Documento que orientará el accionar de la Empresa Social del Estado para un periodo de cuatro años, donde se expresan los objetivos, políticas, metas, programas y proyectos, conforme a las competencias de la entidad y a sus recursos, articulado con los planes de desarrollo de los entes territoriales y nacional.

Plan operativo anual: Instrumento de gestión que permite ejecutar las acciones definidas en el Plan de Desarrollo y hacer seguimiento a las metas y objetivos establecidos para cada año.

En caso de ser socializado a Junta directiva y este no sea aprobado ¿cuál es el procedimiento a seguir?

(…).”

En primer lugar, es relevante mencionar que el artículo 194 de la Ley 100 de 1993⁹³ define la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado. Estas entidades son públicas, descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y tienen la responsabilidad de prestar directamente servicios de salud. Este artículo establece:

“ARTÍCULO 194: NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales se realizará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por

⁹³ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

Por su parte, el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016 señaló las funciones asignadas a las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado dentro de las cuales se encuentra discutir y aprobar los planes de desarrollo de la ESE y los Planes Operativos Anuales, indicando:

“ARTÍCULO 2.5.3.8.4.2.7. Funciones de la Junta Directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes:

- 1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.*
- 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.*
- 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.*
- 4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.*

(...).”

Así mismo, el artículo 2.5.3.8.4.5.2 del citado decreto en cuanto al Plan de Desarrollo de las Empresas Sociales del Estado indicó que deberá elaborarse anualmente de conformidad con la ley y los reglamentos, aparte normativo que prevé:

“ARTÍCULO 2.5.3.8.4.5.2. PLAN DE DESARROLLO. Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.”

Expuesta la normativa anterior, procedemos a dar respuesta al interrogante planteado, previa transcripción del mismo, así:

“ En caso de ser socializado a la Junta Directiva y este no sea aprobado, ¿cuál es el procedimiento a seguir?”

La responsabilidad de aprobación del Plan de Desarrollo de la ESE recae en su Junta Directiva. De acuerdo con el artículo 2.5.3.8.4.2.7 del Decreto 780 de 2016, dicho organismo directivo debe discutir y aprobar los planes de desarrollo de la entidad, asegurando que estén alineados con las políticas y objetivos establecidos para la institución.

Igualmente, y en el marco de la disposición normativa señalada en el párrafo anterior, la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado es responsable de la aprobación del Plan Operativo



Anual.

Si el proyecto de Plan de Desarrollo o de Plan Operativo Anual son socializados a la Junta Directiva y no obtienen aprobación, se deben revisar las observaciones y comentarios realizados por ese organismo directivo, posteriormente, se deben realizar las modificaciones necesarias en esos proyectos y presentarlos nuevamente a la Junta para su reconsideración.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1⁹⁴ de la Ley 1755 de 2015⁹⁵, el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”*.

Cordialmente,

94 ARTÍCULO 1°. Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011, por el siguiente (...).

95 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.