

BOLETÍN JURÍDICO No. 4 ABRIL 2024

BOLETIN JURIDICO N° 4 DE ABRIL DE 2024

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA.....	3
1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	4
1.1.1. Sentencia T-0656-24 – Corte Constitucional.....	5
2. NORMATIVA.....	29
2.1. DECRETOS	30
2.1.1. Decreto 489 de 2024.....	31
2.2. RESOLUCIONES.....	40
2.2.1. Resolución 558 de 2024.....	41
2.2.2. Resolución 560 de 2024.....	47
2.2.3. Resolución 591 de 2024.....	64
2.2.4. Resolución 592 de 2024.....	67
2.2.5. Resolución 603 de 2024.....	75
2.2.6. Resolución 625 de 2024.....	85
2.2.7. Resolución 627 de 2024.....	90
2.2.8. Resolución 633 de 2024.....	92
2.2.9. Resolución 636 de 2024.....	96
2.2.10. Resolución 641 de 2024.....	98
3. CONCEPTOS.	102
3.1. ASUNTO: Concepto sobre el periodo del revisor fiscal en una Empresa Social del Estado	103
3.2. ASUNTO: Concepto acerca de la facultad de cobro coactivo de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial.	107
3.3. ASUNTO: Solicitud de concepto que aclare cuál es el IBC para la liquidación de prestacioneseconómicas.....	112
3.4. ASUNTO: Consulta sobre el pago y reconocimiento de incapacidades.....	116
3.5. ASUNTO: Solicitud de concepto técnico referente a los términos prescriptivos de las facturas, la pérdida de mérito ejecutivo de estas y las eventuales alternativas que existen para hacer efectiva la obligación de pago.	122

1.JURISPRUDENCIA

1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL

I.1.1. Sentencia T-0656-24 – Corte Constitucional

Referencia: T-9.522.458

Acción de tutela instaurada por NSB, actuando en representación de LMLB en contra de Compensar Entidad Promotora de Salud EPS

Magistrado ponente:
Jorge Enrique Ibáñez Najar

Bogotá D.C., primero (1°) de marzo de dos mil veinticuatro (2024).

El presente caso involucra a una adolescente. Por este motivo, la Sala advierte que, como medida de protección de su intimidad, se ordenará suprimir de esta providencia y de toda futura publicación, su nombre, datos e información que permitan su identificación como su lugar de residencia, documento de identidad, historial médico e información de sus familiares. En consecuencia, para efectos de identificar a las personas se utilizarán nombres ficticios. Por ello, la Sala Cuarta de Revisión emitirá dos copias de esta providencia, con la diferencia de que en el fallo que se publique se omitirán los nombres de las partes.^[1]

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Vladimir Fernández Andrade,^[2] Antonio José Lizarazo Ocampo y Jorge Enrique Ibáñez Najar, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo de tutela de primera instancia proferido por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, respecto de la acción de tutela presentada por NSB, actuando en representación de LMLB en contra de Compensar Entidad Promotora de Salud EPS.

I. ANTECEDENTES

Hechos relevantes

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

1. LMLB tiene 14 años y de acuerdo con su historial clínico, padece de trastorno afectivo bipolar.^[3]
2. La accionante relata que el 14 de febrero de 2023, ingresó al Hospital Universitario San Ignacio con un cuadro clínico de agitación psicomotora y hetero-agresividad como consecuencia de una discusión que tuvo con el rector del colegio, por lo que requirió intervención de la Policía Nacional. Ese mismo día, el servicio de psiquiatría infantil concluyó que su diagnóstico no es claro, pues acorde con su cuadro clínico podría tener un trastorno del espectro autista. Por ello, indicó que la adolescente no requería de un manejo intramural, sino que debía continuar con los estudios y controles correspondientes ambulatorios y beneficiarse de la asistencia a una junta de neurodesarrollo^[4] y ordenó la realización de una evaluación de salud mental por parte de un médico interdisciplinario.^[5]
3. En el registro de ingreso de la adolescente al Hospital Universitario San Ignacio consta que en fecha no especificada, la accionante reportó que su hija tuvo una crisis y fue hospitalizada en la Clínica Corpas por un presunto acto de abuso sexual.^[6] Como consecuencia de esa noticia, cuando fue atendida en el Hospital Universitario San Ignacio, éste activó la ruta integral de código marfil, solicitó valoración psiquiátrica y buen trato, realizó exámenes “*paraclínicos de ingreso*” y difirió la toma de muestras de Enfermedades de Transmisión Sexual por tiempo de evolución.
4. Mediante escrito, la accionante solicitó a Compensar EPS la realización de una junta de neurodesarrollo.^[7]
5. El 13 de marzo de 2023, Compensar EPS respondió a la solicitud de la accionante. La EPS comenzó por resumir el requerimiento, el cual demandaba la realización de varios procedimientos a la niña, entre ellos, una *resonancia magnética* de cerebro, un *electroencefalograma computarizado* y una *junta médica*, esta última en el Hospital Universitario San Ignacio, que ya habían sido solicitados, pero no se había obtenido respuesta. Sobre la *resonancia de cerebro*, informó que la adolescente contaba con una cita para el 25 de marzo de 2023 a las 7:20 a.m., no obstante, se intentó establecer comunicación con ella al número telefónico para confirmar el examen, pero no fue posible contactarla. En cuanto al *electroencefalograma computarizado*, precisó que se realizó ese mismo día a las 8:00 a.m. Por último, sobre la *junta médica*, se le explicó que la paciente debe seguir su tratamiento, que se le envió un correo electrónico para gestionar una cita de manera interna y que la paciente debe esperar la llamada de la EPS.^[8]
6. La accionante adujo que para la fecha de presentación de la demanda de tutela, ni Compensar EPS ni la IPS se habían comunicado con ella para programar la realización del interdisciplinario médico.^[9] Por lo cual, ante la demora de las entidades en brindarle el servicio en mención, se vulneró el derecho fundamental a la salud de su hija.^[10]

Solicitud de tutela

7. El 11 de mayo de 2023, la señora NSB interpuso acción de tutela en representación de su hija LMLB^[11] en contra de Compensar EPS, con el propósito de que se ampare el derecho fundamental a la salud de su hija.^[12] En el escrito de tutela, solicitó que se ordene la realización de la evaluación de salud mental de la adolescente por parte de un equipo interdisciplinario infantil en el Hospital San Ignacio, entidad hospitalaria que había atendido a la adolescente con anterioridad.

8. A su turno, en correo electrónico enviado el 19 de mayo de 2023, la accionante hizo llegar un memorial al Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá en el que informó que la Alcaldía de Bogotá le concedió un cupo a su hija en el Colegio Tibabuyes Universal I.E.D. No obstante, no se precisó la ruta escolar a utilizar y la institución queda a una distancia considerable. Por lo cual, le solicito al *a quo* tomar nota de esta situación al momento de dictar sentencia, como garantía de su derecho fundamental a la educación.^[13]

Trámite procesal de la acción de tutela

Contestación de la entidad accionada y vinculada

9. **Compensar Entidad Promotora de Salud EPS.** En su escrito de respuesta, Compensar afirmó que la orden para realizar la evaluación mental por parte de un equipo interdisciplinario fue direccionada por la Unidad de Servicios de Salud de Suba a la IPS Redes Médicas, quien informó que la cita se programó para el 1 de junio de 2023 a las 9:30 a.m.^[14] Por lo anterior, le solicitó al juez constitucional declarar la improcedencia de la acción de tutela, toda vez que la entidad ha adelantado todas las gestiones necesarias para prestarle a la paciente todos los servicios de salud requeridos y no se evidencia ningún servicio o suministro pendiente de autorizar, por lo que no se avizora ninguna vulneración a sus derechos fundamentales, máxime, cuando operó el fenómeno de hecho superado.^[15]

10. **Hospital Universitario San Ignacio.** El Hospital Universitario San Ignacio fue vinculado al proceso y en respuesta a la acción de tutela, sostuvo que como IPS, en ningún momento ha desconocido ningún derecho fundamental de la paciente.^[16] Preciso que el Hospital no es responsable de las autorizaciones y del suministro de medicamentos o insumos ni es el competente para determinar qué IPS puede atender a la paciente. A su turno, anotó que no pueden programar el procedimiento solicitado, toda vez que se encuentran en extrema sobreocupación en el servicio de urgencias, lo que ha derivado en una crisis hospitalaria entendida como una “*causa extraña*” o “*caso fortuito*” de imposible superación y que deviene en un eximente de responsabilidad.^[17] En consecuencia, dijo que no cuentan con profesionales en la especialidad que requiere la accionante, por lo que se deberá enrutar a otra institución. Además, indicó que no puede extralimitarse en sus funciones y autorizar el servicio que requiere la accionante, pues tal como lo ha dispuesto la Corte Constitucional, la Ley 100 de 1993 no

establece la prestación del servicio de salud de forma directa entre el médico y el paciente. De hecho, conforme lo dicta el Decreto 4747 de 2007, es la EPS la entidad encargada de prestar el servicio de salud, de garantizar los recursos humanos, físicos y tecnológicos y los insumos y medicamentos requeridos por los pacientes y de asegurar una red de servicios teniendo en cuenta los servicios ofertados y las facilidades de cada institución. ^[18]

Sentencia de primera instancia

11. El Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, en sentencia del 26 de mayo de 2023, declaró improcedente la acción de tutela al encontrar configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado. ^[19] El a quo adujo que en el proceso de tutela, Compensar informó que la cita para realizar la evaluación de salud mental por el equipo interdisciplinario se programó para el 1 de junio de 2023. Por ello, concluyó que fijada la fecha y hora para el procedimiento en comento, se configuró el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado, pues el amparo invocado perdió su razón de ser como mecanismo para la protección judicial de los derechos fundamentales. ^[20] Respecto al Hospital Universitario San Ignacio, dispuso que no existe vínculo contractual que determine una obligación cierta en la prestación del servicio de salud requerido. ^[21]

12. El 1 de agosto de 2023, la accionante remitió un correo tanto al Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, como a esta Corporación, informando que el procedimiento agendado en la cita del 1 de junio de 2023 fue para psiquiatría infantil y no una junta interdisciplinaria, que es lo que se demandó vía acción de tutela. ^[22] Por lo cual, señaló que la sentencia incurrió en un grave error al abstenerse de verificar que el servicio ordenado fuese el mismo que se requirió inicialmente. Por último, señaló que el caso de su hija se encuentra en seguimiento por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). ^[23]

Actuaciones en sede de revisión

13. Decreto de pruebas. Por medio de Auto del 3 de octubre de 2023, el Magistrado sustanciador decretó la práctica de pruebas. En concreto, le solicitó a la accionante, a la entidad accionada, al Hospital Universitario San Ignacio y al ICBF que le informaran al Despacho; (i) si la adolescente asistió a la cita del 1 de junio de 2023 ordenada por Compensar EPS; (ii) si a la fecha ya se le practicó la evaluación de salud mental por junta interdisciplinaria y la resonancia de cerebro; (iii) si persiste algún servicio o procedimiento médico pendiente por realizarle por parte de su EPS; (iv) sobre los procedimientos activados por los presuntos hechos de abuso sexual y aquellos relacionados con el transporte escolar, así como cualquier acción judicial activada en relación con ellos; (v) la importancia y diferencia técnica entre los procedimientos de junta médica interdisciplinaria y psiquiatría infantil y cuál fue el que se le ordenó a la accionante y (vi) si existe alguna actuación adelantada por parte del ICBF que la involucre. ^[24]

14. Respuesta de la accionante. La accionante, por medio de correo electrónico del 8 de octubre de 2023, solicitó que se le brinde a su hija el diagnóstico correcto, con el propósito de evitar que se deteriore su salud mental y cognitiva. Asimismo, condenó las omisiones de Compensar y del Hospital Universitario San Ignacio y resaltó que no es concebible que este último refiera que no tiene la manera de practicarle el examen, cuando por dos años fue evaluada por el área de *Intellectus*. Además, solicitó que se le conceda a su hija el tratamiento integral en salud, pues padece progresivamente deterioros neurológicos y en sus niveles de atención, así como posibles convulsiones y, tal como da cuenta el examen cognitivo que adjuntó, un posible diagnóstico de *asperger*.^[25] De igual forma, sugirió que Compensar le provea los servicios médicos requeridos por medio del *Instituto Roosevelt*.^[26]

15. La señora NSB contestó precisando que no asistieron a la cita de psiquiatría infantil agendada para el 1 de junio de 2023 porque ya habían asistido a una previamente y además, no era una junta interdisciplinaria. Sobre la junta interdisciplinaria, adujo que ni el Hospital Universitario San Ignacio ni ninguna otra entidad le ha realizado el mencionado procedimiento a su hija, por lo que se vio en la necesidad de acudir ante la Superintendencia de Salud, quien tampoco ha atendido su solicitud. Agregó que tuvo un altercado con su hija que llevó a que esta se autolesionara, gritara y rompiera los vidrios de la puerta del apartamento y se desgarrara las manos y a que ella la golpeará. Además, aseguró que Compensar se ha negado a practicar ciertos exámenes y que su sistema de “PQR” no genera el radicado de las solicitudes realizadas y tampoco dan respuesta. ^[27]

16. También indicó que si bien la *resonancia* sí se realizó, esta no se hizo bajo sedación como lo indicaba la orden médica. De acuerdo con la accionante, Compensar y la IPS adujeron que ellos no realizaban el procedimiento bajo esas indicaciones, lo que le generó preocupación, pues su hija tiene antecedentes convulsivos y hace unos meses está presentando movimientos similares al *Parkinson*, en particular en su brazo derecho.^[28] A su turno, señaló que está pendiente de realizarse una monitorización electroencefalográfica, la cual debe ser analizada por un neurólogo y por neuro-psicología. A su vez, mencionó que se ha visto en la necesidad de pedir la colaboración del ICBF, pues si bien la accionante ha tenido seguimiento psicológico por un asunto de *bullying* y por el abuso sexual^[29] de un vecino, no se han atendido las demás dolencias. Dijo que han asistido a sesiones con un operador *pisingo*, en donde le han sugerido que asista a una institución especializada que pueda diagnosticarla, pero a pesar de estas recomendaciones, no ha obtenido respuesta alguna y las acciones se han quedado cortas.^[30]

17. A su turno, sostuvo que a diferencia de lo afirmado por la entidad accionada en su respuesta del 13 de marzo de 2023, nunca la llamaron para confirmar la cita del 1 de junio. Además, adujo que no es cierto que en Redes Médicas puedan realizar una junta

interdisciplinaria pues *“a duras penas cuentan con psiquiatría y la psicología es muy mediocre son citas de 10 minutos donde apenas se quedan como como (sic) pasivos y no hay ninguna intervención terapéutica sobre la paciente.”*^[31] En este entendido, hizo énfasis en que el servicio prestado es muy mediocre, sumado al hecho de que el Hospital Universitario San Ignacio no le ha colaborado emitiendo correctamente la orden médica correspondiente.^[32]

18. La accionante adjuntó un informe de la Defensoría de Familia del ICBF del 11 de septiembre de 2023, en el que la entidad remite la situación al área de Psicología y Neurología Pediátrica de Compensar. Lo anterior, pues se constató que LMLB *“continúa presentando cambios emocionales y de comportamientos significativos que ponen en riesgo su salud.”* Por lo anterior, solicitó realizar una valoración de manera individual y un examen de electroencefalograma, con el fin de descartar posibles convulsiones y secuelas neuronales.^[33]

19. A su vez, remitió copia de un correo electrónico remitido el 3 de octubre de 2023 a la Superintendencia de Salud, en el cual puso de presente la situación. En particular, refirió un hecho acontecido ese domingo en la noche, en el que su hija tuvo una crisis que la llevó a llamar a una ambulancia y a hospitalizarla.^[34] Aunado a lo anterior, manifestó que el Hospital Universitario San Ignacio se ha negado abiertamente a corregir la orden médica que disponía la realización del procedimiento de junta médica interdisciplinaria, pues hizo falta especificar qué especialidades debían estar presentes en el equipo interdisciplinario. Por último, sostuvo que hubo un examen médico que le fue negado bajo la instrucción de sedación y otro aún más complejo denominado *“telemonitorización.”*^[35] A su juicio, lo anterior ha devenido en un vaivén entre la entidad hospitalaria y Compensar, poniendo en riesgo la situación de salud de su hija. Además, reiteró la necesidad de contar con un tratamiento integral.^[36]

20. La accionante hizo llegar también una copia de un certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el documento se da cuenta de que la accionante tiene una discapacidad psicosocial (mental) y un nivel de discapacidad en su desempeño, así: *“Cognición 33.33; Movilidad 5.00; Cuidado Personal 0.00; Relaciones 75.00; Actividades de la Vida Diaria 47.22 [y] Participación 35.71.”*^[37] En el certificado también se refiere que el 22 de febrero de 2023, en la Zonamérica MR S.A.S. se realizó la certificación de valoración multidisciplinaria y que el equipo multidisciplinario de salud se conformó por un especialista en psicología, medicina y fonoaudiología.^[38]

21. Sobre el presunto abuso sexual, precisó que no fue un compañero del colegio sino un vecino de su madre. Anotó que él, aprovechando la confianza que tiene con la abuela de la accionante, *“le preguntó a la niña si la podía tocar y resultó manoseándola asunto que la niña se guardó y vino a estallar y a confesarlo en medio de una crisis psicótica.”*^[39] Además, señaló que la adolescente le manifestó que no quería volver a someterse a las pruebas ginecológicas que le realizaron en el Hospital Universitario San Ignacio, por lo que ella decidió no volverla a someter a un examen así ni a revictimizarla, lo

que informó debidamente a las entidades correspondientes.^[40] Agregó que invita a reevaluar las leyes existentes con el objetivo de que la palabra y los derechos fundamentales de las mujeres valgan, en particular los de su hija, con independencia de la gravedad y de si se trata de un asunto de abuso sexual o de la vulneración de su derecho a la salud.^[41]

22. Respuesta de la entidad accionada. En correo del 10 de octubre de 2023,^[42] Compensar EPS solicitó que se niegue la acción de tutela, toda vez que no ha incurrido en ninguna acción u omisión que vulnere los derechos fundamentales de LMLB, pues le ha prestado todos los servicios médicos requeridos.^[43] De una parte, sostuvo que; (i) la usuaria no asistió a la valoración asignada para el 1 de junio; (ii) canceló un agendamiento para el 17 de agosto; (iii) asistió a una consulta de reformulación por psiquiatría el 5 de septiembre en la que se dejó control prioritario con psiquiatría infantil; (iv) canceló la asignación con psiquiatría infantil del 16 de septiembre y (v) se reprogramó la cita con psiquiatría infantil para el 10 de octubre, no obstante, no lograron contactarla telefónicamente para confirmar la cita, por lo que procedieron a enviar un correo electrónico con la información de la cita.^[44]

23. De otra parte, sobre la pregunta de si ha agendado una cita distinta del 1 de junio de 2023 para que la evalúe la junta médica interdisciplinaria, la entidad manifestó que se tenía programada cita para el 17 de agosto y para el 16 de septiembre, ambas canceladas por la accionante. Además, adujo que el equipo de fallos jurídicos intentó comunicarse con la accionante al teléfono celular para confirmar si había servicios de salud pendientes por autorizar, no obstante, no fue posible contactarla. Por último, expresó que se le asignó una cita con psiquiatría para el 10 de octubre a las 9:00 a.m. en la IPS Redes Médicas, información que fue remitida por correo electrónico y mensaje de voz al no poder contactarla telefónicamente.^[45]

24. La entidad accionada confirmó que a la paciente se le realizó una resonancia magnética de cerebro el 17 de marzo de 2023 y que no existen ordenes médicas pendientes de autorizar o servicios o suministros pendientes de dispensar.^[46] De igual forma, indicó que la IPS Redes Médicas es la IPS contratada para prestar el servicio médico formulado en la orden médica del 16 de febrero de 2023, no obstante, *“previo a la realización de la junta, la niña debe acudir a los controles por psiquiatría y al plan de tratamiento prescrito por el galeno tratante.”*^[47]

25. Por último, la entidad accionada adjuntó la historia clínica de la accionante.^[48] En ella, consta que: (i) la adolescente está diagnosticada con trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas psicóticos y trastorno de adaptación;^[49] (ii) en antecedentes patológicos personales se registró que padeció convulsiones hasta los 6 años (la última fue en diciembre de 2016) y un posible síndrome de *autismo y asperger*, y en los familiares se constató que la madre sufre de ansiedad y depresión;^[50] (iii) en revisión por síntomas se describió que la paciente tiene equimosis de labio inferior;^[51] (iv) la adolescente sufre de

estrés en el colegio, el cual según la madre se deriva de comentarios inadecuados que ha recibido en la nueva institución, luego de que cambiara de colegio y (v) como plan de tratamiento, se le ordenó control de psiquiatría infantil prioritaria y seguimiento por psicología y medicamentos.^[52]

26. Respuesta del Hospital Universitario San Ignacio. Mediante comunicación del 6 de octubre de 2023,^[53] el Secretario General y Jurídico del Hospital Universitario San Ignacio dio respuesta a las preguntas requeridas por medio del Auto de pruebas, previo a consultarle a la Doctora de Pediatría de la Institución.

27. En primer lugar, sostuvo que la junta médica interdisciplinaria *“consiste en la valoración del paciente por 5 especialidades dentro de las cuales está psiquiatría infantil, neurología pediátrica, neuropsicología (hace una serie de pruebas cognitivas), terapia ocupacional y fonoaudiología. El objetivo es definir diagnósticos más específicos e individualizados para cada paciente,”* como por ejemplo, el desarrollo del trastorno autista o trastorno por déficit de atención e hiperactividad.^[54] Sostuvo que la diferencia con la valoración por psiquiatría infantil es que ésta la ofrece un solo especialista, por lo que no es multidisciplinaria ni se plantean objetivos específicos, pues solo él emite el concepto médico. Por último, adujo que puesto que en el caso *sub judice*, se sospechaba que la adolescente padecía de un trastorno del espectro autista, se indicó una valoración por psiquiatría infantil, además de la junta interdisciplinaria.^[55]

28. En segundo lugar, aclaró que la orden médica No. X del 16 de febrero de 2023 incluyó: *“Cita de control con psiquiatría infantil; Evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario infantil; Electroencefalograma computarizado; Resonancia magnética de cerebro; TSH, T3L y T4L y Hemograma.”*^[56]

29. En tercer y último lugar, explicó en que consistían los mecanismos activados en razón de los presuntos hechos de abuso sexual.

30. Respuesta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En comunicación del 10 de octubre de 2023, el Jefe de la Oficina Jurídica del ICBF respondió al Auto de pruebas.^[57] Sostuvo que de acuerdo con la verificación que se adelantó por parte de la Dirección de Protección del ICBF en el Sistema de Información Misional: (i) el 14 de febrero de 2023 se creó una solicitud de restablecimiento de derechos por violencia sexual; (ii) el 15 de febrero de 2023, la Defensora de Familia ordenó, mediante auto de trámite, la verificación de garantías de los derechos fundamentales de LMLB; (iii) el 16 de febrero de 2023 se adelantaron ciertas diligencias donde se evidenciaron amenazados los derechos a recibir atención, tratamiento y cuidados especiales en salud, así como a la integridad personal y a la protección contra violencias sexuales; (iv) el mismo 16 de febrero de 2023, la Defensora de Familia profirió auto de apertura al proceso administrativo de restablecimiento de derechos, tomando como medida de protección la ubicación en medio

familiar; (v) el 30 de mayo de 2023, se trasladó el proceso a otra Defensora de Familia, quien avocó el conocimiento del asunto y (vi) desde el 18 de julio de 2023, la Defensora de Familia profirió fallo en el marco del proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en el que se declaró la vulneración de los derechos de LMLB, situación que está en seguimiento.^[58]

31. Traslado de pruebas. Por medio de Auto del 13 de octubre, se procedió a correr traslado de las pruebas recaudadas a las partes que figuran en el proceso, con el fin de que, si lo encuentran necesario, se pronuncien al respecto.^[59]

32. Respuesta de la accionante. Por medio de correo electrónico del 2 de noviembre de 2023, anexó una copia de una cita que se le asignó a la paciente en neurología pediátrica para el 23 de febrero de 2024 a las 10:00 am.^[60]

33. Respuesta de la entidad accionada. En correo del 23 de octubre de 2023, Compensar reiteró la petición de negar la acción de tutela.^[61] Precisó que para la realización de la junta interdisciplinaria se requiere que el usuario sea visto por psiquiatra infantil, con el fin de conocer la condición del paciente y orientar a la junta. No obstante, adujo que como se evidencia en el expediente, la accionante ha incumplido las valoraciones y para obtener la medicación, acude a consultas prioritarias en salud mental. Por lo anterior, solicitó conminar a los padres de la paciente para que asistan a las valoraciones asignadas para así, poder conocer su situación actual y poder realizar la junta interdisciplinaria.^[62] En este sentido, dijo que se “*dilucida la desidia, la propia culpa y el no uso responsable de los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la actora,*”^[63] así como el incumplimiento al deber de corresponsabilidad y a sus obligaciones como familia.^[64] Además, señaló que la resonancia magnética de cerebro se realizó por la IPS Idime el pasado 17 de marzo y que respecto a la “*tele video monitorización electroencefalográfica,*” no hay orden que autorice el servicio.^[65]

II. CONSIDERACIONES

A. Competencia

34. Con fundamento en lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política, esta Corte es competente para revisar la acción de tutela de la referencia. También lo es por lo dispuesto en el Auto del 31 de agosto de 2023, a través del cual la Sala de Selección Número Ocho escogió para su revisión el expediente T-9.522.458.^[66]

B. Análisis de procedibilidad de la acción de tutela

35. Legitimación en la causa. Por el extremo activo. De acuerdo con lo previsto en el

artículo 86 de la Constitución Política y en el artículo 1 del Decreto 2591 de 1991, toda persona tiene derecho a acudir a la acción de tutela para reclamar ante los jueces, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección de sus derechos fundamentales. A su turno, el inciso 2 del artículo 44 de la Constitución establece que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de proteger a los niños, niñas y adolescentes y asistirlos en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, así como exigirles a las autoridades competentes su garantía y cumplimiento. Por lo cual, según lo dictado por la jurisprudencia constitucional, cuando la controversia constitucional involucra la protección de derechos fundamentales de los niños, niñas o adolescentes, los padres están legitimados para promover la acción de tutela, de manera general y preferente, en tanto y en cuanto ostentan la representación judicial y extra judicial de los niños a través de la *patria potestad*.^[67]

36. Esta Sala concluye que se cumple con el mencionado requisito, toda vez que la señora NSB está habilitada para interponer la acción de tutela, en razón a que es la madre de LMLB, parentesco debidamente acreditado en el registro civil de nacimiento adjunto a la demanda, por lo que actúa en su representación para interponer la acción de tutela en contra de Compensar Entidad Promotora de Salud EPS.

37. *Por el extremo pasivo.* El artículo 5 del Decreto 2591 de 1991 establece que “[l]a acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de los derechos [fundamentales].” En el caso *sub judice*, la acción de tutela se dirige contra Compensar Entidad Promotora de Salud EPS, entidad que en virtud del artículo 87 de la Ley 21 de 1982 y del Decreto 785 de 1989, está encargada de la prestación del servicio público de salud a LMLB y es de quien se alegan las omisiones que presuntamente afectan su derecho fundamental a la salud. Por lo cual, esta Sala observa que está legitimada por pasiva.

38. Asimismo, esta Sala encuentra cumplido el requisito de legitimación por el extremo pasivo respecto del vinculado Hospital Universitario San Ignacio, en tanto es una institución prestadora del servicio de salud (IPS), de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993. En consecuencia, se estima que la IPS puede, a su vez, ser la presunta responsable de las omisiones en la prestación del servicio de salud de la accionante.

39. *Inmediatez.* La Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia, ha sido unánime en sostener que el fin último de la acción de tutela es asegurar la protección inmediata de los derechos fundamentales. Ello se traduce, principalmente, en procurar que su ejercicio se realice en un término razonable y expedito.^[68] Si bien la Corte no ha dispuesto un término de caducidad para presentarla, si ha señalado que le atañe al juez constitucional, en cada caso concreto, verificar si el amparo se interpuso oportunamente, esto es, transcurrido un plazo razonable entre el momento en que se genera la vulneración y la presentación de la acción de tutela.

40. La Sala considera satisfecho el mencionado requisito, comoquiera que para la

interposición de la acción de tutela (11 de mayo de 2023), habían transcurrido poco menos de 2 meses desde que Compensar le respondió a la accionante (13 de marzo de 2023) aduciendo que frente a la *junta médica*, la paciente debía seguir su tratamiento, que se le envió un correo electrónico para gestionar una cita de manera interna y que la paciente debía esperar la llamada de la EPS, término que se considera razonable a la luz de la jurisprudencia constitucional. Además, esta Sala encuentra que la presunta vulneración permanece en el tiempo, lo que da lugar a que ésta sea “*continua y actual*,”^[69] en razón a que no se le ha prestado el servicio de junta médica interdisciplinaria.

41. Subsidiariedad. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que la acción de tutela es procedente (i) de forma definitiva cuando el interesado no cuenta con otro medio de defensa idóneo y eficaz,^[70] o (ii) de forma transitoria, para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable. Aunado a lo anterior, la Corte ha sostenido que el examen de procedibilidad puede flexibilizarse cuando se encuentren comprometidos derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, en garantía del interés superior de los niños.^[71]

42. A criterio de esta Sala de Revisión, el requisito de subsidiariedad se cumple en este caso. Sobre el particular, esta Corporación se permite concluir que: (i) la accionante ya agotó todos los mecanismos judiciales dispuestos por el ordenamiento jurídico para hacer prevalecer el derecho fundamental a la salud de su hija y la presunta vulneración persiste, pues además de que presentó petición ante su EPS, también acudió directamente a la Superintendencia de Salud quien tampoco le dio respuesta; (ii) sin desmedro de lo anterior, la Corte ha sido reiterativa en afirmar que cuando se persigue la protección del derecho fundamental a la salud de un sujeto de especial protección constitucional, como lo son los niños, niñas y adolescentes, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia “*no resulta idóneo ni eficaz*”^[72] y (iii) el caso *sub examine* tiene que ver con los derechos fundamentales de una menor de edad que es sujeto de especial protección constitucional, por lo que amerita flexibilizar el mencionado requisito.

43. Previo a continuar con el análisis de fondo, esta Sala se pronunciará sobre la carencia actual de objeto por hecho superado. El Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, en la sentencia del 26 de mayo de 2023, declaró improcedente la acción de tutela al encontrar configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado, con el argumento de que durante el trámite del proceso de tutela, Compensar informó que la cita para realizar la junta interdisciplinaria se programó para el 1 de junio de 2023, por lo que el amparo invocado perdió su razón de ser. En este entendido, esta Corporación determinará si hay lugar a declarar configurado el mencionado fenómeno o si, por el contrario, se amerita un análisis de fondo del asunto porque presuntamente persiste la vulneración de los derechos fundamentales de LMLB.

C. Cuestión previa: Carencia actual de objeto por hecho superado

44. La jurisprudencia constitucional ha entendido el fenómeno de carencia actual de objeto como el evento en que una autoridad judicial se enfrenta, al decidir sobre la controversia constitucional, con una situación que ha sido resuelta, por lo que no amerita su pronunciamiento, pues “*la posible orden que impartiera el juez caería en el vacío.*”^[73] La carencia actual de objeto puede presentarse a partir de dos eventos; (i) el *hecho superado* y (ii) el *daño consumado*.^[74]

45. Respecto del primer evento, la Corte ha sostenido que este se configura cuando entre la interposición de la acción de tutela y el fallo, se repara o resarce la amenaza del derecho fundamental sobre el que recae la solicitud.^[75] A su vez, conforme lo ha decantado la jurisprudencia, el juez constitucional debe verificar que se haya satisfecho enteramente la pretensión de la demanda de tutela^[76] y que de forma voluntaria, la accionada haya actuado o cesado su conducta.^[77] Además, ha exigido que para que se configure la carencia actual de objeto por *hecho superado*, se deben cumplir los siguientes requisitos: (i) que exista una variación en los hechos que dieron lugar al amparo; (ii) que esta suponga la garantía o protección de los derechos fundamentales invocados como vulnerados y (iii) que esta corresponda a una conducta voluntaria de la entidad demandada.^[78]

46. En cuanto al segundo evento - el de carencia actual de objeto por *daño consumado* - este parte del supuesto de que no se reparó la vulneración del derecho, sino que por el contrario, a raíz de su indebida protección, se materializó el daño que pretendía evitarse con la orden proferida en sede de tutela.^[79]

47. Precisadas las diferentes formas en que podría operar la carencia actual de objeto, esta Corporación concluye, a diferencia de lo decidido por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, que no operó tal fenómeno. De acuerdo con lo narrado por la accionante con posterioridad al fallo de primera instancia, la cita del 1 de junio de 2023, hecho en el que se basó el *a quo* para declarar configurada la carencia, pues aquel aparentemente satisfacía la pretensión principal de la acción de tutela que era la de realizar una evaluación de salud mental por un equipo interdisciplinario, no era una junta interdisciplinaria sino una cita con *psiquiatría infantil*. En razón de ello, la Sala sostiene que no se cumplen con los requisitos decantados por la jurisprudencia que exigen la satisfacción de la pretensión demandada y con ello, la garantía de los derechos fundamentales incoados, en cuyo caso era la de preservar la salud de la niña LMLB mediante la realización del mencionado trámite médico. A juicio de esta Sala, con independencia de lo que pudo o no valorar el juez de primera instancia, en sede de revisión se han puesto de presente nuevos acontecimientos que evidencian que la pretensión requerida continúa insatisfecha, por lo que permanece incólume la aparente necesidad del amparo, y por ende, de la orden del juez constitucional. En este sentido, procederá la Sala Cuarta de Revisión a pronunciarse sobre la controversia.

D. Delimitación del caso, planteamiento del problema jurídico y metodología de la decisión

48. Superado el análisis de procedibilidad de la acción de tutela, pasa la Sala a realizar el análisis de fondo del asunto. Para ello, le corresponde resolver el siguiente problema jurídico: ¿Compensar Entidad Promotora de Salud EPS y el Hospital Universitario San Ignacio le vulneraron el derecho fundamental a la salud de LMLB al no realizarle la evaluación de salud mental por parte de una junta o equipo interdisciplinario en el Hospital Universitario San Ignacio o en cualquier otra entidad adscrita a su EPS y técnicamente apta para ello?

49. Para proceder a resolver el problema jurídico, la Sala: (i) reiterará la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes en su fase de diagnóstico; (ii) hará mención del principio de continuidad en el servicio de salud; (iii) hará referencia al derecho a la salud mental como componente del derecho fundamental a la salud y finalmente (ix) analizará y decidirá el caso concreto.

(i) *Derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes en su fase de diagnóstico. Reiteración de jurisprudencia*

50. En su jurisprudencia, la Corte Constitucional ha sostenido repetidamente que el derecho fundamental a la salud de los niños y niñas tiene el carácter de fundamental.^[80] Asimismo, ha insistido en que los niños deben gozar de una atención prevalente en materia de salud, en cuanto son sujetos de especial protección constitucional,^[81] lo que se acentúa aún más cuando aquel requiere de un tratamiento de salud especial en razón a una situación de discapacidad, pues concurren dos condiciones de vulnerabilidad.^[82] Por lo anterior, según lo dispuso en el artículo 46.12 de la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) le corresponde al Sistema de Seguridad Social en Salud disponer de todo lo necesario para que los niños y niñas que presentan algún tipo de anomalía congénita o algún tipo de discapacidad, tengan derecho a la “*atención, diagnóstico, tratamiento especializado y rehabilitación, cuidados especiales de salud, orientación y apoyo,*” lo que incluye a sus familias y a la personas responsables de su cuidado.

51. Esta Corporación también ha resaltado que el principio de *integralidad* del derecho fundamental a la salud, contenido en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la salud)^[83], comprende la obligación de que los servicios y tecnologías de salud sean prestados de forma eficiente, con calidad, oportunamente y de manera previa, durante y con posterioridad a la recuperación.^[84] La oportunidad se refiere, en particular, al deber de prestar el servicio de salud en el momento que corresponde, lo que impida que se generen mayores dolores o deterioros.^[85] Por lo cual, según esta Corporación, dicho principio supone que el servicio de salud suministrado debe contener todos los elementos que el médico tratante disponga como necesarios para el restablecimiento del derecho a la salud o para la mitigación de las dolencias que se padezcan.^[86] En consecuencia, el *tratamiento integral* depende de que: (i) existan las prescripciones médicas, el diagnóstico del paciente, así como los servicios requeridos para su atención; (ii) la EPS actúe negligentemente en la prestación del servicio y (iii) con esto, se haya puesto en riesgo al paciente.^[87]

52. El principio de *integralidad* comprende, a su vez, el derecho a un *diagnóstico efectivo*, elemento que se considera como indispensable para poder establecer un dictamen preciso de la enfermedad y así, proceder con un tratamiento adecuado.^[88] En este entendido, el derecho al diagnóstico constituye, *per se*, el punto de partida para garantizar el acceso a los servicios médicos, pues es a partir de una delimitación concreta del estado de salud del paciente, así como de los tratamientos a seguir, los medicamentos y los exámenes e insumos requeridos, que se pueden desplegar las demás actuaciones destinadas a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.^[89] De ahí que la Corte haya concluido que el derecho al diagnóstico efectivo se vea amenazado cuando las EPS o sus profesionales adscritos se demoren o rehúsen a dictaminar un diagnóstico para el paciente o la prescripción de un tratamiento para superar una enfermedad.^[90] A su turno, el artículo 16 de la Ley Estatutaria de la salud estableció que ante un conflicto o discrepancia en el diagnóstico o alternativas terapéuticas, serán las juntas médicas las encargadas de dirimirlos, haciendo uso de criterios de razonabilidad científica y conforme al procedimiento que determine la ley.

(ii) El principio de continuidad en el servicio de salud. Reiteración de jurisprudencia

53. Uno de los principios orientadores del goce efectivo del derecho fundamental a la salud es el de *continuidad*. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la salud,^[91] este se refiere al derecho que tienen las personas a recibir los servicios de salud de forma continua, esto es, que una vez iniciada la prestación del servicio, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.^[92] Por consiguiente, el mencionado principio hace parte integral de las responsabilidades que tiene el Estado y los particulares en la prestación del servicio a la salud.^[93]

54. En su momento, esta Corporación fijó los siguientes criterios que deben seguir las EPS para garantizar la continuidad en el servicio de salud, especialmente sobre tratamientos ya iniciados: (i) el servicio de salud debe prestarse de forma *eficaz, regular, continua* y de *calidad*; (ii) las entidades prestadoras del servicio de salud deben abstenerse de incurrir en actuaciones u omisiones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos médicos; (iii) los conflictos contractuales o administrativos suscitados con otras entidades o a nivel interno, no constituyen una justa causa para entorpecer el acceso al procedimiento de salud ya iniciado. En razón de lo anterior, la Corte ha sostenido que las EPS, en procura del principio de *continuidad*, no pueden suspender o interrumpir los tratamientos en salud argumentando conflictos contractuales o administrativos internos o con las IPS contratadas que impidan su culminación efectiva.^[94]

55. En conclusión, el principio de *continuidad* representa un pilar fundamental en la prestación oportuna y efectiva del derecho fundamental a la salud, en tanto y en cuanto favorece el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos y procura que aquellos no sean

interrumpidos por razones administrativas, jurídicas o financieras. Por ello, tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencia constitucional “*desaprueban las limitaciones injustas, arbitrarias o desproporcionadas de las EPS que afectan la conservación o restablecimiento de la salud de los usuarios.*”^[95]

(iii) Derecho a la salud mental como componente del derecho fundamental a la salud

56. Las personas que sufren de afectaciones a su salud mental^[96] son sujetos de especial protección constitucional, pues demandan una mayor atención de parte de sus familias, de la sociedad en general y de quienes prestan servicios de salud. Entre otras cosas, porque padecen serias implicaciones frente a la toma de decisiones y respecto a su interacción con otros.^[97] En consecuencia, en virtud de los artículos 13^[98] y 47^[99] de la Constitución, la Corte además de considerarlos como sujetos de especial protección constitucional en razón a su condición de vulnerabilidad y debilidad, demanda para ellos una protección constitucional reforzada.^[100]

57. Al respecto, la Ley 1616 de 2013 (Ley sobre salud mental), en aras de considerar a la salud mental como un asunto de interés público y prioridad nacional, a la vez que un derecho fundamental y un componente de bienestar general, estableció en cabeza de los prestadores de servicios de salud ciertas obligaciones, así como derechos de los que son titulares las personas con discapacidad, entre los que se encuentran los niños y niñas.^[101] Entre ellos, se encuentran: (i) recibir atención integral e humanizada; (ii) recibir información clara, oportuna, veraz y completa relacionada con su salud, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; (iii) obtener atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mayor evidencia posible; (iv) contar con un proceso psicoterapéutico y (v) recibir los medicamentos que se requieran, entre otros.^[102] A su vez, la norma estableció la obligación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de disponer de una red integral de servicios médicos en salud mental que garanticen los principios de calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad, diferentes modalidades de prestación del servicio integral, así como la disponibilidad de equipos interdisciplinarios idóneos para satisfacer la necesidad de los pacientes, en especial, las de detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.^[103] Por último, incluyó el deber de las IPS de contar con un equipo interdisciplinario^[104] que, entre otras, contribuya a prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas que padecen de condiciones mentales.^[105]

58. A partir de lo anterior, la Corte ha concluido que el derecho a la salud mental, como parte integrante del derecho fundamental a la salud, es exigible vía amparo constitucional. En consecuencia, ha reiterado que las reglas jurisprudenciales aplicables respecto al derecho fundamental a la salud en general son aplicables a peticiones de tutela en materia de salud mental, “*por ser parte de un mismo derecho y de un mismo sistema de seguridad social.*”^[106]

(iv) Análisis del caso concreto

59. La Sala Cuarta de Revisión concluye que Compensar Entidad Promotora de Salud EPS, accionada en el caso *sub examine*, le vulneró los derechos fundamentales a la salud de LMLB, hija de la accionante, pues no obró con suficiente diligencia para garantizarle, conforme al principio de *integralidad y continuidad*, el acceso a un diagnóstico efectivo que le permitiera conocer, con certeza, su condición de salud mental. Del análisis realizado por esta Corporación se evidencia que: (i) un diagnóstico efectivo de la situación de salud mental de la accionante requiere que se surtan todos los servicios de salud prescritos por el médico tratante, incluyendo la evaluación por el equipo interdisciplinario que no se ha realizado; (ii) la hija de la accionante es un sujeto de especial protección constitucional cuyo derecho fundamental a la salud demanda una protección constitucional reforzada y (iii) Compensar incurrió en una falta de diligencia y oportunidad al momento de autorizar la evaluación por junta interdisciplinaria, que impidieron otorgar un diagnóstico claro desde sus inicios.

a. Un diagnóstico efectivo requiere que se realicen todos los servicios de salud prescritos en la orden médica

60. La jurisprudencia constitucional exige que para obtener un diagnóstico efectivo, se deben realizar todos los servicios de salud prescritos por el médico tratante. En este sentido, de la historia clínica, así como de la orden emitida por el Hospital Universitario San Ignacio, se constata que la accionante no solamente está culminada a acudir a citas con psiquiatría infantil, sino que también se le debe realizar una evaluación de salud mental por parte de un equipo interdisciplinario, que según lo probado en el expediente, no se ha realizado. Pues bien, mientras LMLB se encontraba hospitalizada en el Hospital Universitario San Ignacio, el servicio de psiquiatría infantil concluyó que su diagnóstico de salud mental no era claro, por lo que indicó que debía continuar con los estudios y controles correspondientes ambulatorios, y además, asistir a una junta de neurodesarrollo. Por ello, en la orden médica del 16 de febrero de 2023, el Hospital Universitario San Ignacio ordenó lo siguiente: (i) cita de control con psiquiatría infantil; (ii) evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario infantil; (iii) electroencefalograma computarizado; (iv) resonancia magnética de cerebro; (v) TSH, T3L y T4L y (vi) hemograma.

61. Para la Sala Cuarta de Revisión es inminente la necesidad de realizarle una evaluación específica y multidisciplinaria a LMLB, pues resulta imperativo obtener un diagnóstico más concreto respecto de su condición y aptitud mental. Tal como se evidenció previamente, si bien ella fue diagnosticada con un trastorno afectivo bipolar, parece que sus síntomas reflejan un mayor compromiso comportamental que sugiere algún tipo de neurodivergencia, por lo que el médico tratante le ordenó, entre otras cosas, la evaluación por parte de un equipo multidisciplinario.

62. En efecto, la relevancia médica del aludido servicio se fundamenta en que, como lo **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

describió el Hospital Universitario San Ignacio en respuesta al Auto de pruebas, este se realiza por profesionales de cinco especialidades diferentes, quienes valoran al paciente y definen diagnósticos más específicos e individualizados.

63. Además de lo anterior, la Corte también pudo evidenciar otros conceptos que daban cuenta de una amenaza de los derechos fundamentales de la adolescente, así como de la importancia de realizarle una evaluación médica completa. De una parte, el ICBF sostuvo que el 16 de febrero de 2023 se adelantaron ciertas diligencias que confirmaron una vulneración de los derechos a la atención, tratamiento y cuidados especiales de la salud de LMLB, entre otros, por lo que el 18 de julio de 2023, la Defensoría de Familia profirió fallo en el marco del proceso administrativo de restablecimiento de derechos. De otra parte, el informe de la Defensoría de Familia del ICBF del 11 de septiembre de 2023 remitió el asunto al área de Psicología y Neurología Pediátrica de Compensar, pues encontró que la accionante presentó cambios emocionales y comportamentales que ponen en riesgo su salud, por lo que se evidencia la necesidad de descartar posibles convulsiones y secuelas neuronales.

64. La EPS accionada afirmó que no le vulneró ningún derecho fundamental a la paciente, pues le prestó todos los servicios médicos requeridos, en tanto y en cuanto para realizar la evaluación por equipo interdisciplinario, la paciente debe primero ser vista por psiquiatría y así, orientar a la junta médica, situación que no ha ocurrido pues ha cancelado o no ha asistido a las citas programadas. Asimismo, la accionante adujo que ya había asistido a una cita de psiquiatría, la cual categorizó como insuficiente y precaria, y que además, lo que su hija necesita es una junta interdisciplinaria que dictamine el diagnóstico correcto. Si bien esta Corporación carece de idoneidad, conocimiento y aptitud para determinar si es óbice la atención por psiquiatría para proceder a la valoración por junta médica interdisciplinaria, pues no obra concepto técnico médico que explique el porqué de esa teoría, sí tiene las facultades constitucionales para juzgar que a la fecha, no hay certeza de cuál es el diagnóstico de LMLB como sujeto de especial protección constitucional, pues todavía están pendientes de adelantar ciertos servicios que fueron ordenados con antelación. Y ello, como se mencionó, vulnera su derecho fundamental a la salud en su fase de diagnóstico.

65. En conclusión, esta Sala encuentra que la falta de garantía del derecho a un diagnóstico efectivo conllevó, a su vez, a transgredir el principio de *integralidad* del derecho fundamental a la salud, el cual supone que la prestación del servicio de salud debe comprender todos los elementos que el médico tratante disponga como necesarios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Por ende, al estar pendiente uno de ellos, en particular el de la evaluación por equipo interdisciplinario, la prestación del servicio a la salud se torna insuficiente, situando a la adolescente en una condición de extrema vulnerabilidad.

b. La adolescente LMLB es un sujeto de especial protección constitucional cuyo derecho fundamental a la salud demanda una protección constitucional reforzada

66. La Sala Cuarta de Revisión encuentra que el asunto *sub examine* involucra los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección, lo que demanda de esta Corporación una protección constitucional reforzada. Además de que la titular de los derechos fundamentales considerados vulnerados es, *per se*, una adolescente, ella padece de una condición de salud mental compleja, lo que la convierte en un sujeto especialmente vulnerable ante el Sistema de Seguridad Social en Salud. Tal como lo ha subrayado la Corte en reiteradas oportunidades, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a gozar de una protección *prevalente y prioritaria* en materia de salud, obligación que se acentúa cuando aquellos sufren de alguna anomalía congénita que los sitúa en condición de discapacidad. Por ello, cuando se trata de la prestación de servicios de salud a niños en condición de discapacidad, los proveedores de salud deben garantizar una atención, un diagnóstico especializado, una rehabilitación, un cuidado, una orientación y un apoyo integral tanto a ellos como a sus familias y a las personas responsables de su cuidado.

67. En el traslado del material probatorio obtenido en sede de revisión, Compensar EPS solicitó conminar a los padres de la paciente para que asistan a las citas asignadas y así, se pueda dar a conocer la situación de salud mental actual de la adolescente a la junta interdisciplinaria. A su vez, sostuvo que se “*dilucida la desidia, la propia culpa y el no uso responsable de los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la actora,*” así como el incumplimiento al deber de corresponsabilidad y a sus obligaciones como familia. Al respecto, esta Sala le recuerda a la entidad accionada que si bien los pacientes tienen la responsabilidad primaria de acudir a sus citas médicas, no por ello el Sistema de Seguridad Social en Salud al que hace parte, deja de tener el deber de hacer prevalecer los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad y de prestar todo su apoyo encaminado a orientarlos, tanto a ellos como a sus familias, sobre los servicios de salud suministrados. Máxime, cuando el deber de corresponsabilidad se predica de toda la sociedad y no únicamente de las familias o de su círculo más cercano.

68. En este sentido, sin perjuicio de que la Corte haya evidenciado que la accionante en efecto no ha acudido a las citas agendadas recientemente con psiquiatría infantil, lo cierto es que Compensar EPS, como proveedor de servicios de salud, tiene un deber reforzado para con los niños, niñas y adolescentes como sujetos de especial protección constitucional. Esta obligación reforzada implica, para el caso concreto, que la EPS debe ser especialmente cuidadosa con la orientación médica dada a los padres o representantes de los niños, niñas o adolescentes. Como se vislumbrará en el acápite siguiente con mayor detalle, la entidad accionada incurrió en una falta de diligencia y oportunidad en la autorización de la orden médica que prescribía la realización de la junta médica interdisciplinaria, y además, no tenía la potestad para decidir *motu proprio* que para poder realizar la evaluación de la salud mental de la adolescente LMLB por parte de un equipo o junta interdisciplinaria, se debía acudir primero a una o varias citas con psiquiatría infantil, cuando no hay un concepto médico que así lo determine. A *contrario sensu*, en el registro del ingreso de la accionante al Hospital Universitario

San Ignacio el 14 de febrero de 2016, solo se dijo que la paciente no requería manejo intramural, sino que debía continuar con sus estudios y controles y que “*se beneficiaría*” de una junta de neurodesarrollo.

69. Por consiguiente, la Corte, en aras de hacer prevalecer el interés superior de los niños, niñas y adolescentes concluye que la EPS incumplió su deber de garantizar una protección constitucional reforzada a LMLB, sujeto de especial protección constitucional por su condición de adolescente en situación de discapacidad. Máxime, cuando quienes padecen de una discapacidad mental tienen derecho a recibir atención integral, clara y oportuna respecto a su diagnóstico y a obtener atención especializada e interdisciplinaria, derecho que pueden exigir vía amparo constitucional al ser parte integral de su derecho fundamental a la salud.

c. La EPS Compensar no fue diligente ni oportuna en la autorización del servicio médico de evaluación por junta interdisciplinaria, lo que impidió brindarle a la niña un diagnóstico efectivo desde sus inicios

70. Por último, la Sala observa que la actuación de Compensar EPS se convirtió en una barrera de tipo administrativa que vulneró el derecho fundamental a la salud de la niña LMLB. Esto es, porque al no autorizar diligente y oportunamente el servicio de salud consistente en la evaluación por junta interdisciplinaria, no ha sido posible brindarle un diagnóstico efectivo a la niña LMLB, pues es precisamente ese servicio médico en particular, el que podrá determinar cuál es la condición de salud mental real de la niña, así como el tratamiento a seguir para su efectiva y pronta rehabilitación. Además, del acervo probatorio se advierte claramente la relevancia de realizar tal evaluación; en particular, de la historia clínica que emite la IPS Hospital Universitario San Ignacio, de las respuestas de la entidad demandada en donde se refiere el procedimiento, así como de las declaraciones de la accionante.

71. Cabe recordar que las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), son entidades administradoras que no tienen la competencia para decir qué especialista es el encargado de ver al paciente y/o cuantas veces debe tratarlo para poder acceder a una junta interdisciplinaria, principalmente porque ésta es una potestad directa de los médicos tratantes. En consecuencia, esta Sala de Revisión no avala las afirmaciones de Compensar dirigidas a condicionar la autorización de la evaluación por equipo interdisciplinario a que la paciente acuda, junto con su madre, a las citas de psiquiatría infantil, ni las que buscan hacerle creer a esta Corporación que las citas con psiquiatría infantil buscan reemplazar o igualar el procedimiento de evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario.

72. Máxime, cuando el profesional de la salud que atendió a la niña ordenó la realización de dos procedimientos independientes – el de psiquiatría infantil y el de la evaluación por junta interdisciplinaria – y no condicionó a ningún orden determinado la realización de los servicios prescritos, hecho que certificó la IPS Hospital Universitario San Ignacio, por lo que no le corresponde a la EPS hacerlo. Sumado a que de acuerdo con la Clasificación Única 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

Procedimientos de Salud (CUPS), reglada e implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 2775 de 2022, la orden de evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario es un servicio de salud distinto al de psiquiatría infantil, ^[107] y lo único que corresponde a la EPS es revisar dentro de su red de prestadores las IPS que ofrecen este servicio y proceder a autorizarlo. ^[108]

73. Aunado a lo anterior, la actuación de la EPS contraría el principio de *integridad y continuidad* de la prestación del servicio de salud. Dentro de los criterios que deben seguir las EPS para garantizar la debida prestación del servicio de salud, se encuentra el de abstenerse de incurrir en actuaciones u omisiones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos médicos, así como la prohibición de rehusarse o demorar el dictamen de un diagnóstico. La Sala evidencia que al demorar u obstaculizar la autorización de la evaluación por junta interdisciplinaria, además de que constituye una barrera administrativa para el acceso a un diagnóstico efectivo, también vulneró ambos principios orientadores para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Principalmente, porque su falta de diligencia en el trámite que le correspondía conllevó a que la niña LMLB no pudiera continuar en su proceso de diagnóstico de su condición médica, lo que a todas luces también ha demorado que inicie el tratamiento correspondiente.

74. Por último, la actuación inoportuna de la EPS también fue en contravía de la garantía de la autonomía médica de la que se refiere la Ley Estatutaria de la salud. De acuerdo con su artículo 17, se prohíbe todo constreñimiento que atente contra la autonomía de la que gozan los profesionales de la salud, entendida como la autonomía para tomar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. Por lo que en definitiva, la determinación de la cantidad de consultas y el tipo de especialidades médicas que requiere un paciente, además de que no es una potestad administrativa de la EPS, es una decisión exclusiva del criterio médico que goza de la protección de autonomía médica de que trata la Ley Estatutaria de salud.

75. Así las cosas, la falta de diligencia y oportunidad de la entidad accionada para autorizar el procedimiento de evaluación por junta médica interdisciplinaria, conllevó a que la adolescente LMLB no contara con un diagnóstico claro y efectivo desde sus inicios, lo que entorpeció el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud, vulneración que permanece en el tiempo.

Conclusión

76. La Sala Cuarta de Revisión concluye que Compensar Entidad Promotora de Salud EPS vulneró el derecho fundamental a la salud de LMLB, sujeto de especial protección constitucional, pues no propendió por garantizarle un diagnóstico efectivo que le permitiera conocer, con certeza, cuál es su condición de salud mental. En consecuencia, procederá a revocar la sentencia del 26 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá que declaró improcedente la acción de tutela al

encontrar configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado y en su lugar, concederá el amparo del derecho fundamental a la salud de la hija de la accionante en su fase de diagnóstico. Además, le ordenará a Compensar para que; (i) en un término no mayor a tres (3) días, autorice, programe y realice – a través de su red de prestadores de servicios de salud – el procedimiento de salud denominado “*Evaluación de Salud Mental por equipo interdisciplinario*” correspondiente a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud (CUPS) 941400 a la niña LMLB y (ii) en cumplimiento a la garantía de libre elección como principio del derecho fundamental a la salud establecido en el literal *h*) del artículo 6 la Ley 1751 de 2015, ofrezca a la paciente la libertad de elegir la entidad de salud dentro de la oferta disponible en su red de prestadores, que prestará el servicio en mención. Por último, (iii) instará a la entidad accionada para que no siga imponiendo barreras administrativas o de otra índole que entorpezcan el acceso a los servicios de salud prescritos en favor de la niña o que impidan que obtenga un diagnóstico efectivo de su condición médica, tal como el requisito de asistencia a las citas con psiquiatría infantil que dio lugar al caso *sub examine*.

77. En lo que respecta al tratamiento integral requerido por la accionante, esta Sala observa que no hay pruebas suficientes obrantes en el expediente que permitan acceder a éste. Primero, sobre la evaluación de salud mental de LMLB por parte de un equipo interdisciplinario, esta cuenta con una orden debidamente prescrita por un médico tratante. Segundo, respecto a la resonancia de cerebro, esta fue prescrita por orden médica y realizada el pasado 17 de marzo de 2023 y no hay prueba de que este servicio se realizó sin tener en cuenta las indicaciones contenidas en la orden médica. Tercero, en cuanto a la monitorización o “*tele-video monitorización*” electroencefalográfica, no se encontró prescripción médica alguna. Por consiguiente, no concederá el tratamiento integral solicitado por la accionante.

78. Por último, esta Sala no se pronunciará sobre las denuncias realizadas por la accionante en torno a los presuntos hechos de abuso sexual a su hija. De una parte, porque estos ya están siendo investigados por parte del ICBF en el marco del proceso administrativo de restablecimiento de derechos, y además, porque no se cuenta con suficiente material probatorio que le permita a esta Sala confirmar o desvirtuar la veracidad de tales acusaciones. De la misma manera, esta Corporación tampoco se referirá a la solicitud efectuada por la accionante durante el trámite de primera instancia dirigida a garantizar el derecho fundamental a la educación porque no se le facilitó una ruta escolar para que LMLB acudiera a la institución educativa, pues si bien se le preguntó a la accionante sobre estos hechos mediante el Auto de pruebas, guardó silencio.

E. Síntesis de la decisión

79. En sede de revisión, correspondió a la Sala Cuarta conocer de la acción de tutela instaurada por la señora NSB, actuando en representación de LMLB en contra de Compensar Entidad Promotora de Salud EPS con el propósito de obtener la protección del derecho fundamental a la salud de su hija. En particular, solicitó que se le practique la evaluación de

salud mental por parte de un equipo interdisciplinario infantil, para así, poder contar con un diagnóstico efectivo sobre su condición de salud mental.

80. En el análisis de procedibilidad de la acción de tutela, la Sala encontró cumplidos los requisitos de *legitimación en la causa por activa y por pasiva, inmediatez y subsidiariedad*. Previo a proceder con el análisis de fondo, esta Sala se pronunció sobre la carencia actual de objeto por hecho superado y concluyó, a diferencia de lo decidido por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, que no operó tal fenómeno.

81. Para resolver el problema jurídico de fondo, la Sala Cuarta de Revisión: (i) reiteró la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes en su fase de diagnóstico; (ii) hizo mención del principio de continuidad en el servicio de salud; (iii) se refirió al derecho a la salud mental como componente del derecho fundamental a la salud y finalmente (iv) analizó y decidió sobre el caso concreto.

82. La Sala Cuarta de Revisión concluyó que Compensar Entidad Promotora de Salud EPS le vulneró los derechos fundamentales a la salud de LMLB, sujeto de especial protección constitucional, pues no le brindó un diagnóstico efectivo que le permitiera conocer, con certeza, su condición de salud mental. Concretamente, observó que: (i) un diagnóstico efectivo de la situación de salud mental de la accionante demanda que se surtan todos los servicios de salud prescritos por el médico tratante, incluyendo la evaluación por el equipo interdisciplinario, servicio médico que no se ha realizado; (ii) la hija de la accionante es un sujeto de especial protección constitucional cuyo derecho fundamental a la salud demanda una protección constitucional reforzada y (iii) Compensar no fue diligente ni oportuna en la autorización del servicio médico de evaluación por junta interdisciplinaria, lo que impidió brindarle a la niña un diagnóstico efectivo desde sus inicios.

83. En razón de lo anterior, procedió a: (i) revocar la sentencia del 26 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá que declaró improcedente la acción de tutela al encontrar configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado y en su lugar, concedió el amparo al derecho fundamental a la salud en su fase de diagnóstico, pero no accedió a su solicitud de tratamiento integral; (ii) ordenar a Compensar para que en un término no mayor a tres (3) días autorice, programe y realice – a través de su red de prestadores de servicios de salud - el procedimiento de salud denominado “*Evaluación de Salud Mental por equipo interdisciplinario*” correspondiente a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud (CUPS) 941400 en favor de la niña y le ofrezca a la paciente la libertad de elegir la entidad de salud dentro de la oferta disponible en su red de prestadores, que prestará el servicio en mención, en virtud de la garantía de libre elección contenida en el literal h) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015; y (iii) instar a la entidad accionada para que no siga imponiendo barreras administrativas o de otra índole que entorpezcan el acceso a los servicios de salud prescritos en favor de la niña o que impidan que obtenga un diagnóstico efectivo de su condición médica, como ocurrió

en este caso.

84. Finalmente, esta Sala no se pronunció sobre las denuncias realizadas por la accionante en torno a los presuntos hechos de abuso sexual a su hija LMLB, ni sobre la solicitud de protección del derecho fundamental a la educación mediante la provisión de transporte escolar, en atención a las consideraciones contenidas en la parte motiva de esta sentencia.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia del 26 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Quince Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá que declaró improcedente la acción de tutela instaurada por la señora NSB, actuando en representación de LMLB en contra de Compensar Entidad Promotora de Salud EPS al encontrar configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado y en su lugar, **CONCEDER** el amparo del derecho fundamental a la salud de LMLB en su fase de diagnóstico y **NEGAR** la solicitud de tratamiento integral.

SEGUNDO. - ORDENAR a Compensar Entidad Promotora de Salud EPS para que en un término no mayor a tres (3) días, autorice, programe y realice – a través de su red de prestadores de servicios de salud - el procedimiento de salud denominado “*Evaluación de Salud Mental por equipo interdisciplinario*” correspondiente a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud (CUPS) 941400 a la niña LMLB, hija de la accionante NSB.

TERCERO.- ORDENAR a Compensar Entidad Promotora de Salud EPS para que en cumplimiento a la garantía de libre elección como principio del derecho fundamental a la salud establecido en el literal *h*) del artículo 6 la Ley 1751 de 2015, ofrezca a la paciente la libertad de elegir la entidad de salud dentro de la oferta disponible en su red de prestadores, que prestará el servicio “*Evaluación de Salud Mental por equipo interdisciplinario*” correspondiente a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud (CUPS) 941400.

CUARTO. - INSTAR a la EPS COMPENSAR a no seguir imponiendo barreras administrativas o de otra índole que entorpezcan el acceso a los servicios de salud prescritos en favor de LMLB o que impidan que obtenga un diagnóstico efectivo de su condición médica. Tales como el requisito de obtener una nueva valoración por psiquiatría infantil como condicionamiento para poder acceder al procedimiento CUPS 941400 “*Evaluación de Salud Mental por equipo*

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

interdisciplinario.”

QUINTO. - Por Secretaría General de la Corte Constitucional,

LÍBRENSE las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los fines allí contemplados.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

2. NORMATIVA

2.1. DECRETOS

2.1.1. Decreto 489 de 2024

Por el cual se definen los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen contributivo y de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023 y,

CONSIDERANDO

Que, el artículo 48 de la Constitución Política, preceptúa que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además de ser un derecho irrenunciable, que debe ser garantizado a todos los habitantes del territorio nacional. Asimismo, advierte que los recursos que financian la seguridad social no pueden destinarse a fines diferentes a ella.

Que, de conformidad con el artículo 49 constitucional, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y, en virtud de ese carácter, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiéndole al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a todos los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que los numerales 6 y 7 del artículo 180 de la Ley 100 de 1993 advierten que para la autorización y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud es obligatorio acreditar el margen de solvencia que asegure la liquidez y tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad.

Que el artículo 2.5.2.2.1.7 del Decreto número 780 de 2016 establece que las entidades promotoras de salud y las cajas de compensación familiar que operan en los regímenes contributivo y subsidiado deberán acreditar en todo momento un patrimonio técnico adecuado calculado con los criterios señalados en el artículo Ibídem, con el objetivo de garantizar que estas cuentan con el respaldo financiero y presupuestal para acreditar la operación y prestación del servicio público de 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

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece que le corresponde a la Nación la dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional, así como la reglamentación, distribución, vigilancia y control del manejo y destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

Que el artículo 2° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, *“por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”* establece que la salud es un servicio público esencial obligatorio cuya prestación *“(…) se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”*.

Que el artículo 5° ibídem, señala que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, de acuerdo con lo señalado en el literal b): *“Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”*.

Que el literal k) del artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que el derecho fundamental a la salud comporta, entre otros, el principio de eficiencia, según el cual el Sistema de Salud debe procurar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud de toda la población.

Que adicionalmente, el artículo 25 de la misma norma, en relación con la destinación de los recursos que financian la salud, consagra que estos recursos *“(…) tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”*.

Que a través de la Ley 1608 de 2013 se adoptaron medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud y en su artículo 10 dispuso que las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, tiene a su cargo las funciones señaladas en los literales c) y d) del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, relativas a *“Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud”* y *“Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso*

optimice el flujo de recursos”.

Que el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, estableció que: *“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 la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)”.*

Que por su parte, el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, *“Colombia Potencia Mundial de la Vida”*, preceptúa que *“La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores. Así mismo, girará directamente los recursos de presupuestos máximos por los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC (...)”* y establece en su parágrafo 1° que no estarán sujetas a esta medida, las entidades adaptadas al sistema y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado.

Que adicionalmente, el citado artículo señala que los porcentajes y condiciones de giro directo, aplicables a las EPS que operen en los regímenes contributivo y subsidiado, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para lo cual se tendrá en cuenta, entre otras, la normativa en el cumplimiento del flujo de recursos.

Que en esta misma vía, el documento *“Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026: Colombia Potencia Mundial de la Vida”*, que hace parte integral de la Ley 2294 de 2023, en la Transformación número 2: *“Seguridad humana y justicia social”* dentro del catalizador B: *“Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar”* en el numeral 1: *“Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo”*, establece que se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado, lo cual implica fortalecer las medidas tendientes a que el flujo de recursos esté asociado con el amparo de las contingencias que genera el sistema de aseguramiento.

Que, en la Sentencia SU-480 de 1997, la Corte Constitucional señaló, entre otros aspectos que: *“(…) Lo importante para el sistema es que los recursos lleguen y que se destinen a la función propia de la seguridad social. Recursos que tienen el carácter de parafiscal”*. En términos de la precitada providencia y de las restantes que han mantenido esta línea jurisprudencial, los recursos del sistema no son patrimonio de ninguno de las agentes que participan en la prestación del servicio y específicamente de las EPS y no pueden confundirse con el patrimonio de estas.

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

Que la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, mediante el Auto 2882 de 2023 afirmó la necesidad de fortalecer y reajustar el mecanismo de giro directo para mejorar el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, en su sentir como está diseñado, no ha tenido avances significativos y no ha aportado en la solución de una de las ya identificadas fallas estructurales del sistema, que de persistir pone en riesgo el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que de la motivación expuesta por la Corte Constitucional se concluye que, entre otras acciones, es necesario dotar de mayor obligatoriedad el mecanismo de giro directo, así como realizar seguimiento permanente a la oportunidad del giro, con el fin de evitar la corrupción y malversación de los recursos del sistema de salud.

Que, por lo tanto, y con el fin de fortalecer el sistema de pago, garantizando el flujo de los recursos del sistema y el seguimiento permanente y oportuno del mismo, se definirán los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos referentes a presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, en cumplimiento del artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, para las EPS del régimen contributivo y subsidiado.

Que también se establecerán los porcentajes y condiciones para el giro directo de los valores que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), sin perjuicio de no modificar lo que ya se encuentra regulado en el régimen subsidiado, como quiera que en aquel régimen ya opera el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1º. Sustitúyase la Subsección 3 de la Sección 1 del Capítulo 3 del Título 4 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

Subsección 3

Giro directo en el régimen contributivo

Artículo 2.6.4.3.1.3.1. Objeto y campo de aplicación. La presente subsección tiene por objeto definir los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos que se reconocen a las

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

Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Aplica a las EPS del régimen contributivo, entidades obligadas a compensar, a las instituciones y entidades que presten servicios de salud y provean tecnologías en salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Así mismo, se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud EPS del régimen subsidiado frente a los recursos que perciban por los afiliados del régimen contributivo cuando proceda la medida.

Igualmente aplica a las EPS que voluntariamente se quieran acoger al mecanismo de giro directo.

Parágrafo. Las disposiciones contenidas en la presente subsección no aplican a las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado de conformidad con lo establecido en el parágrafo 1° del artículo 150 de la Ley 2294 de 2023.

Artículo 2.6.4.3.1.3.2. Procedencia de la medida de giro directo. La medida de giro directo de los recursos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), de que trata el artículo 2.6.4.3.1.3.1, que se determina y reconoce a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, procede en los siguientes eventos:

1. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar no cumplan con el indicador de patrimonio adecuado.
2. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013.
3. Cuando las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar quieran acogerse de manera voluntaria al mecanismo de giro directo.

Artículo 2.6.4.3.1.3.3. Requisitos previos para la aplicación de la medida de giro directo. Para la aplicación de la medida de giro directo de los recursos de que trata la presente Subsección, la Superintendencia Nacional de Salud publicará mensualmente en su página web la relación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar que incumplen con el patrimonio adecuado conforme a la normativa vigente.

En el caso de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar en medida de vigilancia especial, o en intervención para administrar o liquidar, la

Superintendencia Nacional de Salud informará a la ADRES aquellas entidades que se encuentren incursas en las citadas medidas. Esta información se actualizará inmediatamente se presente alguna novedad respecto de estas.

Parágrafo. La ADRES establecerá las validaciones previas al giro y las condiciones técnicas y operativas para la realización de este.

Artículo 2.6.4.3.1.3.4. Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud y entidades obligadas a compensar objeto de la medida de giro directo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a quienes aplica la presente Subsección, que sean objeto de la medida de giro directo, serán responsables de la exactitud, calidad y oportunidad de la información que reporten a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para la ordenación del giro a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías y, en consecuencia, serán responsables de los errores que se generen por las inconsistencias.

Los giros que realice la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en virtud de la medida de giro directo, no modifican las obligaciones contractuales que vinculan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y/o a los proveedores de tecnologías en salud con las Entidades Promotoras de Salud o las Entidades Obligadas a Compensar. El giro directo tampoco exonera a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a la red de prestadores y a los proveedores de tecnologías en salud por los montos no cubiertos mediante el giro directo realizado por la ADRES, ni exime a los prestadores de servicios de salud de sus obligaciones contractuales.

Parágrafo. No reportar la precitada información con exactitud, calidad, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia dará lugar a que la Superintendencia Nacional de Salud proceda de conformidad con lo establecido en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019 y a lo establecido en el Decreto número 1080 de 2021, teniendo en consideración que dicha Superintendencia tiene a su cargo el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 y artículos siguientes.

Artículo 2.6.4.3.1.3.5. Porcentajes de los valores reconocidos por concepto de las UPC objeto del giro directo. Del monto determinado y reconocido en los procesos de compensación por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los afiliados al Régimen Contributivo, la ADRES efectuará el giro directo, en nombre de las EPS y las Entidades Obligadas a Compensar, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los proveedores de tecnologías en salud, los valores que, de acuerdo con los porcentajes y las bases de cálculo, se señalan a continuación:

1. Cuando se incumpla la normativa vigente de patrimonio adecuado, el porcentaje será como mínimo el ochenta por ciento (80%) del valor de la UPC correspondientes al respectivo proceso de compensación.
2. Cuando la entidad se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención administrativa o en liquidación, el porcentaje será como mínimo el ochenta por ciento (80%) de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, previa deducción de los valores correspondientes a los descuentos que se deban aplicar en cada proceso, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013.
3. En caso de giro directo por manifestación voluntaria, el porcentaje será como mínimo el ochenta por ciento (80%) del valor de la UPC reconocida.

Parágrafo. La EPS que sea objeto de la medida de vigilancia especial o se encuentren en intervención para administrar o toma de posesión para liquidar, podrán autorizar el giro directo por un valor superior al porcentaje definido para el resultado del proceso de compensación.

Artículo 2.6.4.3.1.3.6. Aplicación del giro directo por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud(ADRES). En la aplicación del giro directo de los recursos de que trata la presente subsección, la ADRES deberá observar las siguientes reglas:

1. Con base en la información de la Superintendencia Nacional de Salud y reporte de las EPS y EOC, la ADRES procederá a aplicar la medida de giro directo a partir del proceso de compensación siguiente a la ocurrencia del evento o del suministro de la información.
2. Realizar el registro y control de los montos girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud, de tal forma que garantice su identificación y trazabilidad.

Artículo 2.6.4.3.1.3.7. Control y seguimiento para el giro directo. La ADRES determinará las condiciones técnicas y operativas para la implementación, aplicación, control y seguimiento del giro directo de los recursos que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES establecerán el instrumento para el seguimiento técnico, operativo y financiero del giro de los recursos, así como su oportunidad, programación, destinación y ejecución por parte de las EPS y EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud, en el marco de los sistemas de información existentes, de manera que se garantice la publicidad y el acceso a la información a la ciudadanía en general.

Artículo 2°. Adiciónense los siguientes artículos a la Subsección 1 de la Sección 5 del Capítulo 3 del Título 4 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social:

Artículo 2.6.4.3.5.1.8. Giro directo de los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el régimen contributivo y subsidiado. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con la postulación de giro que realicen las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado a la que les aplique la medida de giro directo de conformidad con lo establecido en el artículo 2.6.4.3.1.3.2 del presente decreto, pagará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud, los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Artículo 2.6.4.3.5.1.9. Condiciones y porcentaje del giro directo de los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el régimen contributivo y subsidiado. Una vez expedido por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el acto administrativo de asignación de los recursos provenientes de presupuestos máximos para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo y subsidiado, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), girará como mínimo el ochenta por ciento (80%) de los recursos de presupuestos máximos a las instituciones y entidades que presten dichos servicios, de conformidad con la postulación de giro que realicen dichas EPS.

Parágrafo. El giro podrá ser detenido por la ADRES cuando la Superintendencia Nacional de Salud le comunique la decisión de intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS, toda vez que en el proceso liquidatorio se deben calificar las acreencias que presenten los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

Artículo 2.6.4.3.5.1.10. Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud objeto de giro directo. Las EPS del régimen contributivo y subsidiado serán responsables de la exactitud, calidad y oportunidad de la información que reporten a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para la ordenación del giro a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías de salud. En consecuencia, serán responsables de los errores que se generen por las inconsistencias.

Los giros que realice la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en virtud de la medida de giro directo, no modifican las obligaciones contractuales que vinculan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y/o a los

proveedores de tecnologías en salud con las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado. El giro directo tampoco exonera a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a la red de prestadores y a los proveedores de tecnologías en salud por los montos no cubiertos mediante el giro directo realizado por la ADRES, ni exime a los prestadores de servicios de salud de sus obligaciones contractuales.

Parágrafo. No reportar la precitada información con exactitud, calidad, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia dará lugar a que la Superintendencia Nacional de Salud proceda de conformidad con lo establecido en el numeral 11 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019 y a lo establecido en el Decreto número 1080 de 2021, teniendo en consideración que dicha superintendencia tiene a su cargo el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 y artículos siguientes.

Artículo 2.6.4.3.5.1.11. Control y seguimiento para el giro directo. La ADRES determinará las condiciones técnicas y operativas para la implementación, aplicación, control y seguimiento del giro directo de los recursos que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por concepto de los recursos de los presupuestos máximos que financian tecnologías en salud no cubiertas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES establecerán el instrumento para el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por parte de las EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud.

Artículo 3°. Vigencia y derogatorias. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y sustituye la subsección 3, de la sección 1 y adiciona unos artículos a la Subsección 1, de la Sección 5, del Capítulo 3 del Título 4, Libro 2, Parte 6 del Decreto número 780 de 2016 y deroga las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

2.2. RESOLUCIONES

2.2.1. Resolución 558 de 2024

Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por los artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993 y 15 de la Ley 1966 de 2019 y,

CONSIDERANDO

Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2275 de 2023, única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud, integrando los campos de datos del sector salud adicionales a la generación de la factura electrónica de venta -FEV en salud, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS como soporte de la misma y el mecanismo único de validación del conjunto de información FEV en salud - RIPS.

Que, la referida Resolución 2275 de 2023 constituye el marco operativo a partir del cual el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el proceso de masificación de la facturación electrónica en el sector salud, integrando la extensión salud habilitada por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales —DIAN al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, información que deberá ser generada, en el estándar definido por esta Cartera Ministerial, por los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en el proceso de cobro de la prestación o provisión de servicios y tecnologías a las entidades responsables de pago y demás pagadores, en virtud de lo cual los participantes del sistema de salud deberán implementar las correspondientes adecuaciones en sus sistemas de información.

Que, la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales — DIAN expidió las Resoluciones 042 de 2020 y 0165 de 2023, mediante las cuales dispuso los anexos técnicos de la factura electrónica de venta -FEV 1.8 y 1.9 respectivamente, y expidió el Anexo Técnico 1.0 del documento equivalente electrónico, cuya entrada en operación se preveía para el 3 de febrero de 2024; además, expidió la Resolución 00008 de 2024 mediante la cual aplazó la entrada en operación del anexo técnico de la factura electrónica de venta 1.9 y el Anexo

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

Técnico 1.0 del documento equivalente electrónico para el 1 de mayo de 2024, en razón a la necesidad de permitir a los proveedores tecnológicos y soluciones propias de la FEV habilitadas por la DIAN adelantar la actualización de las soluciones de facturación electrónica

Que estas mismas soluciones tecnológicas y entidades son las que deben adaptar e integrar estas nuevas disposiciones al escenario de la FEV en salud, en lo que corresponda, para su disposición en la URL habilitada al sector salud por la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales — DIAN en el anexo técnico 1.9 de la Resolución 0165 de 2023: <http://url.minsalud.gov.co/facturacionelectronica>, en la que se incorporará la información propia del sector salud, la cual: "entrará a regir una vez que el Ministerio de Salud informe a todos los actores regulados por ellos", situación que ha sido manifestada por los facturadores electrónicos del sector salud y los proveedores tecnológicos habilitados por la DIAN para generar la FEV en salud, en el sentido de solicitar al Ministerio que se permita iniciar la operación del mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud después del 1 de mayo de 2024, una vez haya entrado en vigencia el anexo 1.9 y el Anexo Técnico 1.0 del documento equivalente electrónico dispuesto en la Resolución 0165 de 2023 expedida por la DIAN.

Que, en cumplimiento del plan de transición previsto en el artículo 21 de la Resolución 2275 de 2023, desde el 29 de enero de 2024 y hasta el 13 de marzo de 2024, este Ministerio adelantó 14 sesiones de capacitación y 8 sesiones de pruebas de transmisión de información a Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, en las que participaron alrededor de 32.000 personas de 4.300 entidades; así mismo, realizó 3 sesiones de capacitación a Entidades Responsables de Pago y demás pagadores con la participación de cerca de 3.500 personas y 120 entidades, en las que se evidenció la persistencia de limitaciones institucionales en los desarrollos de sistemas de información de los diferentes facturadores electrónicos del sector salud, que impiden la realización de los procesos de: i) instalación de la plataforma del mecanismo único de validación dispuesto por el Ministerio; ii) la autenticación y registro de las entidades frente al mismo, y iii) la creación de los archivos del RIPS (JSON) y de la FEV en salud (XML con la extensión salud), condiciones necesarias para cumplir con la generación y transmisión de información conforme con lo establecido en la Resolución 2275 de 2023.

Que, ante los resultados de las sesiones de capacitación y pruebas adelantadas, este Ministerio adelantó una encuesta para evaluar el avance en la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación de los facturadores electrónicos del sector salud, recibiendo respuesta de 1.215 entidades (602 IPS, 574 profesionales independientes, 24 Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS y 15 entidades de transporte asistencial de pacientes), que confirman la existencia de las limitaciones evidenciadas en las sesiones de pruebas, al punto que el 70% de entidades refirieron tener avances inferiores al 50% en los desarrollos de sus sistemas de información que soportarán la generación del RIPS(JSON) y la FEV en salud (XML), además de señalar dificultades en los

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

procesos de autenticación e instalación de la plataforma del mecanismo único de validación, concluyéndose que 1.053 entidades encuestadas, el 87%, refieren la imposibilidad de iniciar la operación de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud el 1 de abril de 2024 y solicitan modificar dicho plazo para dar cabida a un plan de transición hacia la masificación de la FEV en salud, en el que se profundice la asistencia técnica requerida y se continúe con la realización de pruebas y pilotos sobre la plataforma del Ministerio, para permitir que los diferentes participantes del sistema culminen las adecuaciones tecnológicas necesarias en sus sistemas de información.

Que, adicionalmente, en razón a la necesidad de abarcar las diferentes modalidades de pago existentes, se hace preciso habilitar las diferentes funcionalidades del mecanismo único de validación, particularmente la correspondiente a la recepción de las facturas generadas bajo la modalidad de pago por capitación, la cual aún no ha surtido la fase de pruebas y pilotos con los participantes del sistema, requiriéndose definir un plazo que permita realizar estas actividades e incorporar en los desarrollos de la plataforma las eventuales incidencias que se presenten en su funcionamiento.

En mérito de expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 21 de la Resolución 2275 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 21. Transición. Para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación, las entidades de que trata el artículo 2 de la presente resolución y este Ministerio seguirán las siguientes actividades y cronograma:

FASE /MODULO/PROCESO	ACTIVIDAD	PLAZO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Micrositio	Disposición y actualización del micrositio institucional de FEV en salud	1 al 16 de abril de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social
Mecanismo de autenticación para PSS y PTS	1. PSS y PTS: Inscripción (o actualización), ante la plataforma del mecanismo único de validación obteniendo su usuario y contraseña, en el enlace: https://www.miseguridadsocial.gov.co/. 2.1. PSS del tipo IPS, transporte especial de pacientes y entidades con objeto social diferente, y PTS: Autenticación mediante el registro en SISPRO en el sitio web: https://web.sispro.gov.co. 2.2. Profesionales Independientes: Autenticación al mecanismo único con la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.	Del 22 de abril al 3 de mayo de 2024	Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Instalación de la plataforma	Instalación de la plataforma del mecanismo único de validación desde https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx	Del 22 de abril al 3 de mayo de 2024	Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Asistencia técnica	Asistencia técnica en línea procesos de autenticación e instalación del mecanismo único de validación	Del 6 al 17 de mayo de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Fase I FE-RIPS Nota Crédito total Nota Crédito parcial	Realización de sesiones de prueba de transmisión de archivos de FEV en salud-RIPS al mecanismo único de validación	Del 20 al 31 de mayo de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Fase I FE-RIPS Nota Crédito total Nota Crédito parcial	Actualización de plataforma (incidencias)	4 al 7 de junio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social
Fase I FE-RIPS Nota Crédito total Nota Crédito parcial	Piloto del mecanismo único de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema	11 al 14 de junio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS, Entidades Responsables de Pago y demás pagadores
Fase II Nota Débito Nota Ajuste de RIPS	Realización de sesiones de prueba de transmisión de archivos de FEV en salud-RIPS al mecanismo único de validación	Del 17 al 28 junio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Fase II Nota Débito Nota Ajuste de RIPS	Actualización de plataforma (incidencias)	2 al 5 de julio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social

FASE /MODULO/PROCESO	ACTIVIDAD	PLAZO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Fase II Nota Débito Nota Ajuste de RIPS	Piloto del mecanismo único de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema	Del 8 al 12 de julio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS, Entidades Responsables de Pago y demás pagadores
Fase III Cápita (FEV/NC/ND/NA)	Realización de sesiones de prueba de transmisión de archivos de FEV en salud-RIPS al mecanismo único de validación	Del 8 al 19 de julio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Fase III Cápita (FEV/NC/ND/NA)	Actualización de plataforma (incidencias)	Del 22 al 26 de julio de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social
Fase III Cápita (FEV/NC/ND/NA)	Piloto del mecanismo único de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema	Del 29 de julio al 2 de agosto de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS, Entidades Responsables de Pago y demás pagadores
Fase III RIPS Sin Factura	Realización de sesiones de prueba de transmisión de archivos de FEV en salud-RIPS al mecanismo único de validación	Del 21 al 31 de agosto de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS
Fase III RIPS Sin Factura	Actualización de plataforma (incidencias)	2 al 6 de septiembre de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social
Fase III RIPS Sin Factura	Piloto del mecanismo único de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema	Del 9 al 13 de septiembre de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS, Entidades Responsables de Pago y demás pagadores
Estabilización	Estabilización de la plataforma del mecanismo unico de validación	16 al 30 de septiembre de 2024	Ministerio de Salud y Protección Social, Facturadores electrónicos del sector salud y entidades obligadas a reportar RIPS, Entidades Responsables de Pago y demás pagadores
	Entrada en operación del mecanismo único de validación del RIPS (JSON) como soporte de la FEV en salud (XML con los campos adicionales del sector salud). Se inicia la transmisión de estos archivos a la plataforma.	1 de octubre de 2024	

A partir del 1 de octubre de 2024, las entidades definidas en el artículo 2 de la presente resolución deben entregar el RIPS correspondiente a los servicios y tecnologías de salud prestados y facturados a partir de esta fecha, conforme con lo previsto en la presente resolución y sus anexos técnicos; mientras se cumple este plazo los s RIPS deberán ser entregados en las estructuras definidas en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas

Los prestadores de servicios de salud, las entidades responsables de pago y demás pagadores, dispondrán hasta el 31 de marzo de 2025 para enviar los RIPS de las atenciones prestadas hasta el 30 de septiembre de 2024 conforme con la periodicidad con la que se remiten durante la operación. La facturación de estos servicios se realizará en la estructura convencional de facturación electrónica establecida por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN

Para la implementación de las disposiciones previstas en el presente acto administrativo, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará el mecanismo de transferencia de información de que trata el artículo 10 de la presente resolución. La forma de disposición de los datos del RIPS a las entidades responsables de pago y demás pagadores se realizará de acuerdo con lo definido por las partes. Se podrá direccionar la verificación y consulta de estos datos hacia la plataforma definida por el Ministerio.

Parágrafo. *Las actividades a realizarse dentro del plan de transición de que trata el presente artículo serán obligatorias para los facturadores electrónicos del sector salud y las entidades obligadas a reportar RIPS, según corresponda. Este Ministerio les notificará las fechas en las cuales deberán asistir a las diferentes sesiones, en el caso de los Prestadores de Servicios de Salud -PSS a través del correo institucional disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y en el caso de los Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS a través de los correos institucionales que registren siguiendo el proceso de autenticación dispuesto en SISPRO."*

Artículo 2: Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.2. Resolución 560 de 2024

Por la cual se establecen los requisitos para obtener la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos y se adopta el instrumento para su verificación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en los artículos 429 de la Ley 9 de 1979, 173 numeral 2 de la Ley 100 de 1993, el artículo 2 numeral 9 y artículo 25 numerales 3 y 5 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 2.5.3.10.3. del Decreto 780 de 2016 "Por Medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", define la preparación magistral como el preparado o producto farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

Que los avances técnicos y científicos en el campo de la medicina han permitido desarrollos importantes en los medicamentos radiofármacos, que contienen radionúclidos que exhiben desintegraciones espontáneas del núcleo inestable con emisión de partículas nucleares y/o fotones, empleados con fines de diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

Que los medicamentos radiofármacos son preparaciones magistrales que presentan dos características diferenciales, estas son: primero, su carácter radiactivo y segundo, la exigencia, en la mayoría de los casos, de someterlos a un proceso de preparación inmediatamente antes de su uso, condicionando por lo tanto su periodo de vida útil.

Que en ejercicio de las facultades conferidas en el numeral 2 del artículo 4 del Decreto 2078 de 2012 "por el cual se establece la estructura de/Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA y se determinan las funciones de sus dependencias", corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA certificar en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER- y ejercer funciones de inspección, vigilancia y control a las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas objeto de la presente resolución.

Que, con el propósito de salvaguardar la salud pública, proteger la vida y la salud humana y garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos radiofármacos, es necesario

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

establecer los requisitos para su elaboración y análisis de control de calidad que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, debe tener en cuenta para la emisión del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER, con base en las facultades otorgadas por los artículos 2 y 25 del Decreto Ley 4107 de 2011.

Que en el año 2015 se expidió la Resolución 4245 "Por la cual se establecen los requisitos para obtener la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos y se adopta el instrumento para su verificación", modificada por las Resoluciones 2334 de 2017, 282 de 2019, 1324 de 2020, 091 de 2022 y 529 de 2023 en relación con la ampliación del plazo para el cumplimiento de los requisitos de obtención del certificado de Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER.

Que con ocasión de la expedición de la mencionada Resolución 4245 de 2015, desde principios del año 2019 hasta mediados del año 2021, se realizaron mesas de trabajo con la Asociación Colombiana de Medicina Nuclear ACMN, el Ministerio de Minas y Energía, el Servicio Geológico Colombiano SGC, la Comercializadora de Material Científico e Industrial COMCI Ltda., el Instituto Nacional de Cancerología INC, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y este Ministerio a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, principalmente, para analizar los puntos críticos a mejorar, con el fin de facilitar la implementación de esta normativa y poder dar así cumplimiento de los requisitos exigidos en la misma.

Que, de acuerdo a lo mencionado en varias oportunidades por la Asociación Colombiana de Medicina Nuclear ACMN, principalmente, mediante comunicaciones radicadas en este Ministerio con números de radicado 202042301057962, 202042301059032 y 202342300248162, la situación de pandemia no les permitió desarrollar las actividades normalmente, retrasando y suspendiendo el funcionamiento y la implementación de la normativa para el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER, sumado a la disminución en el abastecimiento de material radiactivo y de productos necesarios para la elaboración de medicamentos radiofármacos.

Que, en atención a lo considerado anteriormente, este Ministerio en conjunto con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, determinó la necesidad de derogar las Resoluciones 4245 de 2015 y 529 de 2023 y expedir el acto administrativo que establezca los requisitos que permitan dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

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 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos para obtener el certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER que expide el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA y adoptar el instrumento para la verificación de los mismos, contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral de este acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución se aplicarán en todo el territorio nacional a:

1. Las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas que realicen actividades con radiofármacos o radionúclidos, kits, generadores, radiomarcación de muestras autólogas, precursores, elaboración de radiofármacos con radioisótopos provenientes de reactor o acelerador (como ciclotrón, entre otros), síntesis de radiofármacos para Tomografía por Emisión de Positrones (PET), radiomarcación o síntesis de radiofármacos para terapia, para la elaboración de preparaciones magistrales de radiofármacos de uso humano con fines médicos para ser administrados a pacientes de un servicio de medicina nuclear habilitado, asegurando su calidad, seguridad y eficacia.
2. Las autoridades sanitarias que realizan actividades de inspección, vigilancia y control sobre la elaboración, almacenamiento y distribución de radiofármacos.

Parágrafo. Se exceptúa a las radiofarmacias industriales de la aplicación de la presente resolución, las cuales deberán cumplir con los requisitos que establezca este Ministerio, para la obtención del certificado en Buenas Prácticas de Manufactura de Radiofármacos.

Artículo 3. Definiciones. Para la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

Actividad. Magnitud A correspondiente a una cantidad de un radionucleido en un determinado estado de energía en un tiempo dado, definida como: $A(t) = dN / dt$, donde dN es el valor esperado del número de transformaciones nucleares espontáneas que se darán a partir de ese estado de energía, en el intervalo de tiempo dt.

Actividad específica. La radiactividad de un radionucleido por unidad de masa del compuesto implicado en el radionucleido. Las unidades de actividad específica están compuestas por unidades de actividad (p. ej., mCi, MBq, Ci, GBq) y unidades de masa (p. ej., pg, mmol); se expresa en actividad por masa (p. ej., mCi/ pg, MBq/pg, Ci/mmol, GBq/mmol).

Aislador aséptico. Una forma de aislador específicamente diseñado para la elaboración magistral de ingredientes o preparaciones farmacéuticas. Está diseñado para mantener un ambiente aséptico de preparación dentro del aislador, durante los procesos de preparación

magistral y transferencia de material. No debe ocurrir intercambio de aire entre el aislador y el medio que lo rodea, a menos que el aire haya pasado primero a través de un filtro de retención microbiana (HEPA, como mínimo).

Becquerel (Bq). Unidad de actividad del SI, igual a una (transformación) por segundo. Sustituye al curio (Ci), que no es una unidad del SI. $1 \text{ Bq} = 27 \text{ pCi}$ ($2,7 \times 10^{-11} \text{ Ci}$) aproximadamente. $1 \text{ Ci} = 3,7 \times 10^{10} \text{ Bq}$.

Calibración. Conjunto de operaciones por las que se determina, en condiciones especificadas, la relación entre los valores de una magnitud indicados por un instrumento o sistema de medición, o los valores representados por una medida materializada o por un material de referencia, y los valores correspondientes de esa magnitud obtenidos con patrones de medición.

Calibración radiactiva. Consiste en determinar el factor de calibración de los monitores de radiación, empleados en protección radiológica con la finalidad de tener mediciones más exactas en campos de radiación gamma y rayos X.

Calificación de equipos. Acción de probar y documentar que cualquier equipo analítico cumple con las especificaciones requeridas y funciona adecuadamente para su uso previsto.

Calificación de instalación (Installation Qualification - IQ). La ejecución de pruebas para asegurar que las instalaciones, los servicios públicos y el equipo de apoyo se han construido e instalado de acuerdo con sus especificaciones de diseño.

Calificación de desempeño (Performance Qualification — PQ). Verificación documentada de que un proceso específico producirá consistentemente un producto que cumpla con sus especificaciones predeterminadas y atributos de calidad.

Calificación del diseño (Design Qualification - DQ). Verificación documentada de que las instalaciones, los servicios públicos de apoyo, los equipos y los procesos han sido diseñados de acuerdo con los requisitos.

Calificación operativa (Operational Qualification - OQ). Verificación documentada de que las instalaciones, los servicios públicos y el equipo de apoyo funcionan de conformidad con sus especificaciones de diseño.

Celda caliente. Estaciones de trabajo blindadas y protegidas para la fabricación y manipulación de materiales radioactivos.

Ciclotrón. Acelerador de partículas que usa campos electromagnéticos para desplazar partículas a altas velocidades. El ciclotrón se emplea para producir radioisótopos, que a su vez

se usan para elaborar los radiofármacos.

Clasificación de áreas limpias. Las áreas de trabajo se clasifican teniendo en cuenta el máximo número de partículas suspendidas menores a un micrón, medidas en una unidad de volumen de aire (partículas por pie cúbico (part/ft³) o partículas por metro cúbico (part/m³)). A menor número en la clasificación, menor cantidad de partículas suspendidas en el ambiente.

La clasificación para cuartos limpios y áreas limpias se realiza de acuerdo con el protocolo de cuartos limpios de la Organización Internacional de Estandarización (ISO 14644), así:

Estándar Unión Europea* Grado	Eficiencia final del filtro	Número máximo de microorganismos viables por m ³	Estándar equivalente US**	Estándar equivalente ISO***
A	99,997%	Menor a 1	100	ISO 5
B	99,995%	5	100	ISO 5
C	99,99%	100	10000	ISO 7
D	95,00%	500	100000	ISO 8

*Operational Guidance on Hospital Radiopharmacy. IAEA. 2008

**US Federal Standard 209E

***ISO 14644

Concepto sanitario. Es el concepto emitido por la autoridad sanitaria una vez realizada la inspección, vigilancia y control al establecimiento de interés. Este concepto puede ser favorable o desfavorable, dependiendo de la situación encontrada.

Cuarentena. Estado de las materias primas o de envasado, o materiales intermedios o productos a granel o productos terminados, aislados por medios físicos o por medios eficaces, mientras se espera una decisión acerca de su aprobación, rechazo o reprocesamiento.

Curio (Ci). Unidad de actividad que equivale a $3,7 \times 10^{10}$ Bq. También son utilizadas las siguientes unidades de medida: milicurio (mCi) = 10^{-3} Ci, microcurio (pCi) = 10^{-6} Ci, nanocurio (nCi) = 10^{-9} Ci.

Desechos radiactivos. A efectos legales y reglamentarios, son desechos que contienen radionucleidos en concentraciones o con actividades mayores que los niveles de dispensa establecidos por la autoridad reguladora, o que están contaminados con ellos.

Dosis unitaria. Es aquella forma de dispensación de medicamentos que entrega un envase, el cual contiene una dosis única e individualizada de un medicamento elaborada o preparada para ser administrada al paciente.

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

Fraccionamiento de kit. Acto de dividir los contenidos de un vial de un kit y transferir las alícuotas a otros envases para su almacenamiento y posterior radiomarcación.

Fuente. Cualquier elemento que pueda causar exposición a la radiación - por ejemplo, por emisión de radiación ionizante o liberación de material radioactivo o sustancias radiactivas- y que pueda ser tratado como entidad unitaria a efectos de protección y seguridad.

Fuente abierta. Todo material radiactivo que durante su utilización puede salir del recipiente y entrar en contacto directo con el ambiente.

Fuente sellada. Fuente radiactiva que contiene material radiactivo encerrado de forma hermética y permanente en una cápsula, o firmemente agregado y en forma sólida (excluidos los elementos combustibles del reactor), que ya no se utiliza, ni se tiene la intención de utilizar, en la práctica para la cual se otorgó la autorización.

Generador de radionúclidos. Para efectos del presente acto administrativo se denomina como generador a cualquier sistema que incorpore un radionúclido padre fijo a partir del cual se produce un radionúclido hijo que se obtendrá por elución o por cualquier otro método y se utilizará en una preparación radiofarmacéutica.

Generador de radionúclidos de larga vida. Para efectos del presente acto administrativo se denomina como generador de larga vida al generador cuyo radionúclido padre tiene un tiempo de semidesintegración mayor que el tiempo de semidesintegración del radionúclido hijo.

Incidente. Todo suceso no intencionado, incluidos los errores de funcionamiento, los fallos de equipo, los sucesos iniciadores, los precursores de accidente, los cuasi accidentes y otros contratiempos, o acto no autorizado, doloso o no, cuyas consecuencias reales o potenciales no son despreciables desde el punto de vista de la protección y la seguridad.

Isótopo. Núclido con igual número atómico y diferente número de masa atómica.

Kit. Cualquier preparado que va a reconstituirse o combinarse con radionúclidos para la elaboración del radiofármaco, generalmente antes de su administración.

Kit radiomarcado. Preparación radiofarmacéutica resultante de la reconstitución y radiomarcación de un kit con un radionúclido en solución.

Manipulación a distancia o manipulación remota. Para efectos del presente acto administrativo hace referencia al manejo de material radiactivo a través de sistemas automatizados o semiautomatizados o mecanismos diseñados para reducir la exposición a este.

Materia prima. Toda sustancia radiactiva o no que se emplea en la producción de insumos

radiofarmacéuticos.

Material radiactivo. Material que, según lo establecido en la legislación nacional o por un órgano regulador, está sometido a control reglamentario debido a su radiactividad.

Medicina nuclear. Es la rama de la medicina que utiliza los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

Muestra autóloga. Muestras biológicas del propio paciente, tales como: glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, proteínas, entre otros, para ser usadas en el mismo paciente.

Núclido. Un átomo con un número específico de protones y neutrones en un estado de energía nuclear determinado.

Personal "cuenta con". Para efectos del presente acto administrativo hace referencia a la estancia continua del talento humano, en la radiofarmacia durante el tiempo en que se preste el servicio.

Personal de "disponibilidad". Para efectos del presente acto administrativo hace referencia a la permanente disposición y fácil localización del talento humano, para hacerse presente y atender con oportunidad requerida el evento en la radiofarmacia conforme a lo definido en los procedimientos del servicio, sin poner en riesgo la buena práctica de elaboración de radiofármacos.

PET: Positron Emission Tomography (por sus siglas en inglés) - Tomografía por Emisión de Positrones: es una técnica no invasiva de diagnóstico por imágenes, de la actividad metabólica de los órganos y tejidos del cuerpo humano.

Precursor químico. Sustancias no radiactivas obtenidas por síntesis química para combinación con un radionúclido.

Precursor radiofarmacéutico o Precursor radiactivo o Radionúclido precursor. Cualquier radionúclido producido para marcar radiativamente otra sustancia antes de su administración.

Preparación magistral. Es el preparado o producto farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

Producto farmacéutico. Cualquier producto destinado a uso humano o veterinario presentado en su forma de dosificación final o como material de partida para su uso en dicha forma de dosificación, que está sujeta a control por la legislación farmacéutica del estado exportador y/o

del estado importador.

Producto radiofarmacéutico. Cualquier producto farmacéutico que, cuando esté listo para su uso, contiene uno o más radionúclidos (isótopos radiactivos) con fines medicinales.

Pureza radionuclídica. Es la fracción porcentual de radiactividad del radionucleido declarado de una preparación radiofarmacéutica en relación a su radiactividad total.

Pureza radioquímica. El cociente, expresado como porcentaje, entre la radiactividad del ingrediente radiofarmacéutico activo esperado y la radiactividad total de todos los ingredientes e impurezas radiactivos presentes en la preparación radiofarmacéutica.

Radioactividad o radiactividad. La transformación espontánea de los núcleos caracterizada por la emisión de partículas o fotones. La radiactividad se describe típicamente como átomos que sufren desintegración espontánea al azar por unidad de tiempo (o desintegraciones por unidad de tiempo), normalmente acompañada de la emisión de radiación.

Radiofarmacia. Establecimiento ubicado dentro o fuera de las instalaciones de una Institución Prestadora de Servicios de Salud- IPS o de un profesional independiente, donde se realiza cualquier actividad o procedimiento relacionado con la obtención de material radioactivo, síntesis in situ, recepción, elaboración, transformación, adecuación, análisis de control de calidad, dispensación, elución, mezcla, ajuste de dosis, reenvase y/o reempaque, embalaje, almacenamiento, conservación, custodia, distribución, radiomarcación, disposición final, y/o cualquier otra actividad que incluya algún tipo de manipulación de radiofármacos y radionúclidos, kits, radiomarcación de muestras autólogas, generadores, precursores, elaboración de radiofármacos con radioisótopos provenientes de reactor o acelerador (como ciclotrón, entre otros), síntesis de radiofármacos para Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y radiomarcación o síntesis de radiofármacos para terapia, de uso humano con fines médicos, para ser administrados a pacientes de un servicio de medicina nuclear habilitado, asegurando su calidad, seguridad y eficacia.

Radiofármaco. Forma farmacéutica terminada que contiene una sustancia radioactiva en conjunto con uno o más ingredientes y que está destinada a diagnosticar, clasificar una enfermedad, monitorear un tratamiento o proveer terapia. Un radiofármaco incluye cualquier kit de reactivo no radioactivo o generador de radionucleidos que esté destinado al uso en la preparación de dicho tipo de sustancias. Los términos "radio fármaco" y "preparación radio farmacéutica" suelen utilizarse de manera intercambiable.

Radiofármaco teranóstico. Es un acrónimo de las palabras terapéutica y diagnóstico y se refiere a un sistema donde se combinan el modus operandi de los aspectos terapéuticos y diagnósticos. El término teranóstico se refiere a la administración de agentes terapéuticos y de imagen en una sola formulación.

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

Radiomarcación. Es el procedimiento que implica la adición de radioisótopos a moléculas específicas para rastrear y visualizar procesos biológicos o patológicos en el ser humano.

Radionúclido o Radionucleido. Átomo cuyo núcleo es inestable y que al tender al equilibrio decae emitiendo rayos gamma o partículas subatómicas.

Reempaque. Es el procedimiento técnico que tiene por objeto pasar de un empaque mayor a otro menor debidamente identificado en su etiqueta, que contiene la dosis unitaria de un medicamento prescrito por un facultativo, para ser administrado.

Reenvase. Acción de retirar un medicamento del envase original del fabricante y colocarlo en otro envase, por lo general uno de menor tamaño, sin alguna manipulación adicional del producto.

Sistema automatizado. Conjunto de componentes de software y hardware que facilitan la preparación, el control, la trazabilidad y la seguridad del proceso de preparación.

Técnica aséptica. Métodos utilizados durante el procesamiento de radiofármacos para mantener objetos y áreas libres de microorganismos y, por lo tanto, para minimizar el riesgo de infección del paciente. Se obtiene mediante prácticas que mantienen el recuento microbiano a un mínimo prácticamente irreducible.

Tiempo límite de uso para radiofármacos preparados a partir de kits. Es el periodo de tiempo tras la preparación durante el cual debería usarse o administrarse un radiofármaco, según lo recomendado o indicado en la información sobre prescripción del fabricante.

Unidosis. Cada dosis exacta de un medicamento prescrito, la cual se envasa individualmente en una forma lista para administrar.

Validación. Proceso por el que se determina si un producto o servicio es adecuado para desempeñar de forma satisfactoria su función prevista; o confirmación, por medio de exámenes y de pruebas objetivas, de que se han logrado los objetivos marcados y se han cumplido los requisitos establecidos para un fin y una utilización o aplicación determinados.

Validación de un sistema. Confirmación, por medio de exámenes y de pruebas, de que un sistema se ajusta plenamente a la especificación de los requisitos según lo previsto (p. ej., la validación de un sistema de instrumentación y control en cuanto a su funcionalidad, tiempo de respuesta, tolerancia a los fallos y robustez).

Verificación. Proceso por el que se determina si la calidad o el comportamiento de un producto o servicio son los que se declaran, se prevén o se requieren; o confirmación, por medio de

exámenes y de pruebas objetivas, de que se han logrado los objetivos marcados y se han cumplido los requisitos establecidos para obtener unos resultados determinados.

Verificación de desempeño. Procedimiento de prueba aplicado regularmente a un sistema para demostrar consistencia en la respuesta.

Verificación de un procedimiento analítico. Proceso por el cual un método farmacopéico o procedimiento analítico validado demuestra ser adecuado para el análisis a realizar. Verificación de un sistema informático. Proceso por el que se garantiza que una fase del ciclo de vida de un sistema informático cumple los requisitos impuestos por la fase anterior.

Artículo 4. Clasificación de las radiofarmacias. Las radiofarmacias se clasifican de la siguiente manera:

4.1 Radiofarmacia hospitalaria. Es el establecimiento dependiente del servicio de medicina nuclear habilitado, de una institución prestadora de servicios de salud —IPS o de un profesional independiente, el cual se encuentra dentro o fuera del mencionado servicio, en donde se realiza cualquier actividad o procedimiento relacionado con radiofármacos en dosis unitaria, radionúclidos, kits, radiomarcación de muestras autólogas, precursores y generadores para uso humano con fines médicos, como preparaciones magistrales.

4.2 Radiofarmacia centralizada. Es el establecimiento que funciona independiente de un servicio de medicina nuclear de una institución prestadora de servicios de salud - IPS o de un profesional independiente, en donde se realiza la obtención de material radioactivo, elaboración, preparación, adecuación, distribución y comercialización de radiofármacos en dosis unitaria, radionúclidos, kits, precursores y generadores, y/o realiza radiomarcación de muestras autólogas, para uso humano con fines médicos, como preparaciones magistrales, para uno o más servicios de medicina nuclear habilitados y radiofarmacias hospitalarias.

4.3 Radiofarmacia industrial. Es el establecimiento en el cual se producen de manera industrial radionucleidos, generadores de radionucleidos, moléculas marcadas, kits para marcar con radionucleidos, entre otros, para su distribución comercial, donde cada uno de estos productos, por no ser considerados como preparaciones magistrales, requieren registro sanitario expedido por parte de la autoridad competente, así como obtener el certificado en Buenas Prácticas de Manufactura para radiofarmacias industriales.

Artículo 5. Procesos realizados en las radiofarmacias. Las radiofarmacias podrán realizar uno o varios de los siguientes procesos, de acuerdo a las actividades que se describen en el presente artículo.

5.1. Procesos Generales. Hace referencia al siguiente proceso que puede realizar las

radiofarmacias y que será objeto de vigilancia y autorización por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

5.1.1 Recepción y entrega de dosis de radiofármacos listas para usar. Las dosis del radiofármaco listas para usar deberán encontrarse en la forma farmacéutica final (dosis unitaria) y deben provenir de una radiofarmacia que cuente con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER y/o los requisitos que se llegaren a solicitar por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA o la entidad que haga sus veces.

5.2. Procesos Especiales. Hace referencia a los siguientes procesos que pueden realizar las radiofarmacias y que serán objeto de certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

5.2.1 Radiomarcación de kits que cuentan con registro sanitario vigente. Para este proceso se realiza la radiomarcación de kits que cuentan con registro sanitario, empleando radionúclidos obtenidos de generadores con registro sanitario (por ejemplo, 99Mo/99mTc), aprobados para uso humano, siguiendo estrictamente las indicaciones del fabricante.

5.2.2 Dilución, dosificación y ajuste de concentración, en actividad y/o volumen de radiofármacos con registro sanitario o autorización del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, para administración parenteral. En este proceso se realiza la dilución, dosificación y ajuste de concentración, en actividad y/o volumen de radiofármacos con registro sanitario o autorización del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA, para administración parenteral (por ejemplo, 111In-DTPA-Octreotide, viales multidosis, 89Sr-Cloruro de estroncio, 131I-Metayodobencilguanidina-MIBG, 223Ra-Cloruro de Radio, 67Ga-Citrato de Galio, 201Tl-Cloruro de Talio, entre otros)

5.2.3 Dilución, dosificación y ajuste de radiofármacos con registro sanitario o autorización del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, para administración oral. En este proceso se realiza la dilución, dosificación y ajuste de radiofármacos con registro sanitario o autorización del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA para administración oral (como por ejemplo 131I-Ioduro de Sodio en solución).

5.2.4 Radiomarcación de kits con registro sanitario, con modificación de las indicaciones de preparación del fabricante. La radiomarcación de kits con registro sanitario podrá realizarse con radionúclidos obtenidos de generadores con registro sanitario (por ejemplo, 99Mo/99mTc) con modificación de las indicaciones de preparación del fabricante (modificación de kits), para lo cual se requiere garantizar la estabilidad de dichas preparaciones mediante los estudios de estabilidad correspondientes.

5.2.5 Radiomarcación, dilución, dosificación y ajuste de concentración de muestras autólogas para reinyección al paciente original. En este proceso se realiza la radiomarcación, dilución, dosificación y ajuste de concentración de muestras autólogas para reinyección al paciente original (por ejemplo, leucocitos marcados con ^{99m}Tc , glóbulos rojos marcados con ^{99m}Tc , glóbulos rojos marcados con ^{99m}Tc , desnaturalizados, leucocitos marcados con ^{111}In)

5.2.6 Radiomarcación de kits con registro sanitario empleando radionúclidos de uso terapéutico. En este proceso se realiza la marcación de kits con registro sanitario empleando radionúclidos de uso terapéutico (por ejemplo, ^{90}Y -Ibritumomab tiuxetan, ^{177}Lu -AntiCD20, ^{188}W / ^{188}Re)

5.2.7 Elaboración de radiofármacos a partir de materias primas y radionúclidos con o sin registro sanitario. En este proceso se elaboran radiofármacos a partir de materias primas y radionúclidos con o sin registro sanitario para diagnóstico y/o terapia. (Por ejemplo, ^{177}Lu -octreotate, ^{90}Y -Octreotate.)

5.2.8 Elaboración de radiofármacos que incluya operaciones de liofilización. Para este proceso se elaboran radiofármacos magistrales que requieren operaciones de liofilización, destinados para pacientes individuales, siempre y cuando cumplan con las características propias de dichas preparaciones magistrales.

5.2.9 Elaboración, reenvase y reempaquetado de radiofármacos de administración oral para terapia, preparados con radionúclidos y materias primas. Para este proceso se realiza la elaboración, reenvase y reempaquetado de radiofármacos de administración oral para terapia, preparados con radionúclidos y materias primas en dosis unitaria para atender una prescripción médica de un paciente individual (por ejemplo, ^{131}I -ioduro de Sodio de solución a cápsulas)

5.2.10 Síntesis en sitio, dilución, dosificación y ajuste de concentración en actividad de radiofármacos para Tomografía por Emisión de Positrones — PET. En este proceso se realiza la síntesis en sitio, dilución, dosificación y ajuste de concentración en actividad de radiofármacos a partir de radionúclidos provenientes de aceleradores (como ciclotrón, entre otros) o generadores (por ejemplo, ^{18}F -FluorDeoxi-glucosa FDG, ^{18}F , ^{11}C , ^{13}N y ^{123}I -ioduro de sodio, generador de $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$)

Parágrafo 1. Para efectos del cumplimiento de la presente resolución, se considera que las radiofarmacias centralizadas realizan procesos especiales.

Parágrafo 2. Los procesos que involucran la producción de radionúclidos precursores en reactor o en acelerador (como ciclotrón, entre otros) no harán parte de las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER y el producto obtenido en estos será considerado como

materia prima y la primera etapa para la elaboración de preparaciones magistrales de radiofármacos. Lo anterior, teniendo en cuenta las competencias definidas en la normatividad vigente con la gestión segura de los materiales radiactivos y nucleares en el territorio nacional.

Artículo 6. Obligatoriedad del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. Las radiofarmacias que elaboran preparaciones magistrales, entendidas estas en los términos del artículo 2.5.3.10.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya; las radiofarmacias que realizan la adecuación, ajuste, reenvase y/o reempaque de dosis de radiofármacos para cumplir con las dosis prescritas, y todas aquellas radiofarmacias que realicen los procesos especiales descritos en el artículo 5, numeral 5.2 de la presente resolución, requieren del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Parágrafo. No requieren obtener registro sanitario las preparaciones magistrales de radiofármacos elaboradas, adecuadas y/o ajustadas en las radiofarmacias que parten de insumos con o sin registro sanitario, las preparaciones magistrales de radiofármacos PET y las preparaciones magistrales que parten de materias primas por cuanto no se encuentran disponibles en el mercado con registro sanitario.

Artículo 7. Documentos para la obtención del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. Para obtener el certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, las radiofarmacias hospitalarias que realicen procesos especiales y las radiofarmacias centralizadas, deberán dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el artículo 3 del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 8. Procedimiento para la obtención del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. Para efectos del procedimiento, deberá darse cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 4 (Revisión de solicitud y cronograma de visitas para la certificación de cumplimiento de Buenas Prácticas), 5 (Visitas para la obtención de certificación de cumplimiento de Buenas Prácticas), 6 (Resultado de la visita de certificación), 9 (Acto administrativo de certificación de cumplimiento de Buenas Prácticas) y 13 (Forma de realización de visitas) del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 9. Vigencia del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. El certificado tendrá una vigencia de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de su expedición.

Artículo 10. Renovación del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de

Radiofármacos -BPER. El certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER se renovará conforme a lo establecido en el artículo 11 del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya y el artículo 8 de la presente resolución.

Artículo 11. Ampliaciones al certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. Para las solicitudes de ampliación del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER- deberá darse cumplimiento a lo establecido en el artículo 12 (Ampliaciones al certificado de Buenas Prácticas) del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 12. Cancelación del certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER. El certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER, podrá ser cancelado conforme a lo dispuesto en el artículo 14 (Cancelación del certificado de Buenas Prácticas) y 15 (Medidas sanitarias de seguridad y sanciones) del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 13. Suministro de radiofármacos. Las radiofarmacias certificadas en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER-, podrán mediante contratos o convenios suministrar radiofármacos en dosis unitaria a radiofarmacias que realicen procesos generales o radiofarmacias que cuenten con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER, siempre y cuando estén destinados a pacientes específicos.

Parágrafo. También se podrán suministrar viales multidosis de radiofármacos inyectables a las radiofarmacias que realizan procesos generales o radiofarmacias que cuenten con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER, siempre y cuando el servicio de medicina nuclear habilitado donde se realizará la administración del radiofármaco cuente con el dispositivo de dispensación autobloqueado diseñado exclusivamente para inyección de radiofármacos para uso humano, el cual debe permitir la inyección automatizada de radiofármacos calibrados, de forma directa al paciente. Este dispositivo debe contar con el registro sanitario o la autorización correspondiente emitida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Artículo 14. Requisitos sanitarios para el funcionamiento de radiofarmacias que realizan procesos generales. Las radiofarmacias que realizan procesos generales no requieren obtener certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER, sin embargo, deberán cumplir los requisitos sanitarios señalados en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, en lo relacionado con ellas (acápites de generalidades y/o procesos generales, según corresponda), para lo cual contarán con un plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de este acto administrativo.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, de acuerdo al enfoque de riesgo, procederá a realizar visitas de inspección, vigilancia y control para verificar

el cumplimiento de los requisitos sanitarios de esas radiofarmacias, aplicando lo establecido en la presente resolución. Como resultado de dichas visitas se emitirá el correspondiente concepto sanitario de cumplimiento de requisitos para realizar los procesos generales por ellos desarrollados.

Artículo 15. Verificación de requisitos de radiofarmacias que realizan procesos especiales. Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, verificar el cumplimiento de los requisitos sanitarios por parte de las radiofarmacias que realizan procesos especiales, aplicando lo establecido en la presente resolución.

Parágrafo 1. Los aspectos y requisitos relacionados con la protección, seguridad radiológica y el uso seguro de materiales radiactivos de las radiofarmacias, son de competencia del Servicio Geológico Colombiano o la entidad que haga sus veces. Por dicha razón, no deben ser verificados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, ni por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, sin embargo, ante la presencia de algún hecho que incida en la protección, seguridad radiológica y el uso seguro de materiales radiactivos de las radiofarmacias durante los procesos de elaboración, dichas Entidades informarán la situación al Servicio Geológico Colombiano o a la entidad que haga sus veces.

Parágrafo 2. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, al momento de verificar un servicio de medicina nuclear en el marco del Sistema Único de Habilitación, se abstendrán de visitar las radiofarmacias (cuando se encuentran dentro o fuera de dicho servicio de medicina nuclear), por ser competencia del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución, sin embargo, ante la presencia de algún hecho que incida en la seguridad de los pacientes o de los trabajadores durante el funcionamiento de estos establecimientos, dichas Entidades informarán al Ente correspondiente sobre los mismos.

Durante esta visita, se deberá solicitar el certificado de Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER-, teniendo en cuenta, la transitoriedad de esta norma.

Parágrafo 3. Por ser competencia de las 'Entidades Departamentales y Distritales de Salud, la habilitación de los servicios de medicina nuclear, no deben ser verificados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, sin embargo, ante la presencia de algún hecho que incida en la seguridad de los pacientes o de los trabajadores durante la prestación de este servicio, dicho Instituto informará a la Entidad correspondiente sobre los mismos.

Artículo 16. Transitoriedad. Se establecen las siguientes disposiciones transitorias, así:

16.1. A partir del 1 de abril de 2025, las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas que se encuentren funcionando, deberán contar con la certificación en Buenas Prácticas de

Elaboración de Radiofármacos -BPER-, cumpliendo con los requisitos señalados en la presente resolución.

- 16.2 Mientras se cumple con el plazo señalado en el numeral anterior, las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas serán objeto de verificación de avance por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos —INVIMA, en lo relacionado con los requisitos del Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución de conformidad con el procedimiento que para el efecto defina dicho Instituto, con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento de la normatividad que permita a las radiofarmacias obtener la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER y verificar el cumplimiento de estos requisitos para las radiofarmacias que realicen proceso generales.

Parágrafo 1. Las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas que al 1 de abril de 2025 no cuenten con la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER, no podrán realizar alguna actividad relacionada con radiofarmacia y se aplicarán las medidas sanitarias de seguridad a que haya lugar.

Parágrafo 2. Las radiofarmacias hospitalarias y centralizadas podrán obtener el certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER-, bajo el cumplimiento del Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución antes de los términos aquí señalados, previa manifestación por escrito al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, adelantando el trámite de solicitud ante ese Instituto.

Artículo 17. Visitas de Inspección, Vigilancia y Control. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, realizará visitas de inspección, vigilancia y control durante el tiempo de vigencia de la certificación, con el fin de verificar el cumplimiento en las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER-.

Asimismo, deberá realizar visitas de inspección, vigilancia y control a las radiofarmacias que realizan procesos generales que cuenten con concepto sanitario.

Artículo 18. Formas de realización de visitas. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, podrá adelantar de manera presencial, virtual o mixta las visitas de certificación de cumplimiento, renovaciones y ampliaciones de las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos -BPER-, así como las visitas de inspección, vigilancia y control.

Artículo 19. Medidas sanitarias y sanciones. Las medidas sanitarias y sanciones serán aplicadas conforme a lo dispuesto en el artículo 15 (Medidas sanitarias de seguridad y sanciones) del Decreto 335 de 2022 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 20. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 4245 de 2015 y 529 de 2023. PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico en:

Chrome - extension: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20560%20de%202024.pdf

2.2.3. Resolución 591 de 2024

"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA MINISTRA DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas por el numeral 23 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, los artículos 112 y 114 de la Ley 1438 de 2011 y en desarrollo de lo previsto en el artículo 19 de Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que los entonces, Ministerio de Salud y Ministerio del Medio Ambiente, en cumplimiento del artículo 21 del Decreto 2676 de 2000 a través de la Resolución 1164 de 2002 adoptaron el "*Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares*".

Que por medio del Decreto 351 de 2014 compilado en el Decreto 780 de 2016 Único del Sector Salud y Protección Social, se derogó el Decreto 2676 de 2000 y sus decretos modificatorios, y se reglamentó la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

Que el Decreto 780 de 2016, establece en el artículo 2.8.10.17 un régimen de transición, consistente en determinar la vigencia de la Resolución 1164 de 2002 mientras se expide el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.

Que los residuos generados en la atención en salud y otras actividades deben ser gestionados integralmente con el fin de prevenir y disminuir los riesgos a la salud pública y los impactos al ambiente.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, consideran necesario actualizar el "Manual para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares" dispuesto en la Resolución 1164 de 2002, con el fin de incluir los criterios técnicos actuales y las experiencias relacionadas con la gestión ante las necesidades y problemáticas identificadas en el país frente al manejo de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

Que en virtud de lo anterior los Ministerios de Salud y Protección Social y de Ambiente y Desarrollo Sostenible, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.8.10.17 del Decreto 780 de 2016 deben adoptar el Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el "Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades", el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. El presente manual aplica a las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que generen, identifiquen, separen, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, aprovechen, traten o dispongan finalmente los residuos generados en desarrollo de las actividades relacionadas en el artículo 2.8.10.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 3. Disposiciones transitorias. Para la aplicación del presente acto administrativo se tendrá en cuenta lo siguiente:

- 3.1. Las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que generen, identifiquen, separen, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, aprovechen, traten o dispongan finalmente los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, que a la fecha de publicación de la presente resolución se encuentren en funcionamiento, tendrán un término de dieciocho (18) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de este acto administrativo, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Manual aquí adoptado. Durante este plazo deberán cumplir con lo establecido en la Resolución 1164 de 2002 expedida por los Ministerios de Salud y Medio Ambiente, hoy Ministerios de Salud y Protección Social y Ambiente y Desarrollo Sostenible,
- 3.2. Las plantas de beneficio animal tendrán un plazo de dieciocho (18) meses contados a partir de la expedición de los lineamientos que en esa materia establezca el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — Invima para cumplir lo relacionado con la gestión interna establecida en el Manual que hace parte integral de este acto. Durante este plazo se aplicará lo establecido en la Resolución 1164 de 2002 expedida por los Ministerios de Salud y Medio Ambiente, hoy Ministerios de Salud y Protección Social y Ambiente y Desarrollo Sostenible.

Artículo 4. Vigencia y derogatorias. La presente resolución empezará a regir a partir de 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

fecha de su expedición y deroga la Resolución 1164 de 2002, conforme a los plazos establecidos de manera transitoria en el artículo 3 del presente acto administrativo.

Publíquese y cúmplase.

Ver anexo técnico en:

Chrome - extension: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20591%20de%202024.pdf

2.2.4. Resolución 592 de 2024

"Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2023, y se dictan otras disposiciones"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

"Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 986 de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2023, y se dictan otras disposiciones"

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 986 del 21 de junio de 2023, en virtud de la cual se establecieron los lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19, la cual a su vez fue modificada mediante la Resolución 1862 del 15 de noviembre de 2023, expedida por esta cartera ministerial.

Que, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA profirió Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia — ASUE para SPIKEVAX XBB.1.5. ASUE 2024-000012 a MODERNA SWITZERLAND GMBH, mediante la Resolución 2024005405 de 9 de febrero de 2024 corregida por la Resolución 2024007604 de 23 de febrero de 2024, vacuna autorizada mediante Resolución No. 2023029356 de 30 de junio de 2023.

Que, el INVIMA otorgó autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUEPRODUCTO: COMIRNATY ómicron XBB.1.5 al laboratorio PFIZER INC, mediante la Resolución No. 2024005378 de 9 de febrero de 2024.

Que, adicionalmente la entidad, otorgó autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE- mediante Resolución 2023001242 de 12 de enero de 2024, vacuna Sinovac Life Scienses Co Ltd denominada CoronaVac contra la COVID-19, la cual modificó la Resolución 2022034617 de 16 de septiembre de 2022.

Que, desde junio 2023 las agencias regulatorias internacionales EMA (agencia europea de medicamentos) y FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) con base en la evidencia, recomiendan a los fabricantes en las plataformas para las vacunas de ARNm (ARN mensajero), que actualicen sus vacunas contra el COVID-19 con una composición monovalente XBB 1.5 de modo que las vacunas modificadas pudieran utilizarse a partir del otoño de 2023. Por la situación y antecedentes, las aprobaciones basadas en la fabricación/calidad, inmunogenicidad y perfil de seguridad, con datos clínicos según a diferentes variantes de preocupación.

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

Que, en noviembre 2 del 2023 el comité estratégico del grupo de expertos de la OMS actualizó las recomendaciones, las buenas prácticas y la evidencia disponible de las vacunas COVID-19 que contenían variantes adaptadas, y se aclaró el uso de estas vacunas actualizadas XBB 1.5, tanto para serie primaria como para dosis adicionales o dosis de refuerzo (6). Asimismo, para el 10 de noviembre 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltó la priorización del uso de vacunas COVID-19 como una necesidad en salud pública, la cual debe estar adaptada a las nuevas variantes de interés que han emergido durante el año, a la epidemiología y al nivel de la inmunidad de la población.

Que, el 13 de diciembre del 2023 en la Declaración de la OMS sobre la composición antigénica de las vacunas contra la COVID-19 en la cual se considera qué: "el virus SARSCoV-2 sigue en circulación y no para de evolucionar". Estos cambios genéticos y antigénicos provocan alteraciones importantes en la proteína S del virus. "Las vacunas monovalentes XBB.1.5 dan lugar a la producción de anticuerpos neutralizantes que presentan una amplia reactividad cruzada contra variantes en circulación del virus". Recomiendan que, "teniendo en cuenta la evolución actual del SARS-CoV-2 y la amplitud de la respuesta inmunitaria contra las variantes circulantes que se obtiene con las vacunas monovalentes XBB.1.5, se mantenga la composición antigénica actual de las vacunas anti-COVID-19, es decir, que se siga usando una vacuna monovalente XBB.1.5".

Que enfatiza en priorización de grupos de riesgo por la vulnerabilidad para enfermedad severa, hospitalización y riesgo de muerte por este virus, los adultos mayores, personas con comorbilidades, las gestantes, entre otros.

Que, en personas inmunocompetentes y susceptibles, durante un período de múltiples linajes circulantes de Ómicron del SARS-CoV-2, el recibir una dosis actualizada de la vacuna COVID-19 proporciona mayor protección para evitar consultas, hospitalizaciones y atención de urgencias asociada a la COVID-19, en comparación con no recibir una dosis de vacuna actualizada.

Que, es posible la coadministración de los biológicos contra la COVID-19 con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunización — PAI de manera simultánea o con cualquier intervalo de tiempo, de acuerdo con lo señalado por el referido Comité Asesor en su Sesión No.77, el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización — CNPI, en decisión del pasado 31 de julio de 2023, así como las revisiones y recomendaciones de expertos, sociedades científicas y académicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría -SCP, Asociación Colombiana de Infectología ACIN, entre otras.

Que, de acuerdo con la Organización Mundial de la salud para el 11 de febrero de 2024, el total acumulados de casos reportados de COVID-19 en el mundo es de 774,631,444; siendo Europa, Asia-Pacífico y las Américas los sitios del mundo con mayor reporte en este momento de casos

nuevos y el número de defunciones acumuladas a la fecha en el mundo equivale a 7,031,216, donde en América y Europa se han reportado el mayor número de casos de fallecimiento.

Que, según datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) con fecha de corte al 17 de febrero de 2024, Colombia ha registrado un total de 6.400.173 casos confirmados de COVID-19 desde el inicio de la pandemia, lo que equivale a una tasa de contagio de 12.620,62 casos por cada 100.000 habitantes.

Que en Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS) en su programa de caracterización genómica de SARSCoV-2, mantiene el seguimiento detallado de la circulación de variantes de preocupación y sus sublinajes, destacándose el predominio absoluto de variante ómicron con el 100% todo el 2023, siendo predominante desde febrero el sublinajes XBB.1.5, y otros sublinajes de XBB (EG.5, XBB.1.16, HV.1)

Que, a la luz de lo anterior, se hace indispensable modificar el artículo 1° de la Resolución 986 de 2023, modificada por la Resolución 1862 de 2023, modificar parcialmente su Anexo 1 y suprimir sus Anexos 3, 4 y 5; teniendo en cuenta que los biológicos tienen Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia actualizadas, de acuerdo a las actualizaciones de los laboratorios, en consideración a las cepas circulantes del virus.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 1° de la Resolución 986 del 21 de junio de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los lineamientos para la vacunación contra la COVID-19 contenidos en los siguientes anexos técnicos, los cuales hacen parte integral de la presente resolución:

Anexo 1: Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra la COVID-19.

Anexo 2: Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARSCoV-2/ COVID-19.

Artículo 2. Modificar el numeral 3 del Anexo 1 de la Resolución 986 del 21 de junio de 2023, modificado por la Resolución 1862 de 2023, denominado **"LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19"**, el cual quedará así:

"3 VACUNAS CONTRA LA COVID-19

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

Las vacunas contra la COVID-19 de diferentes plataformas que actualmente tienen Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE- emitida por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, en el país son:

Vacuna	Fabricante	Plataforma
COMIRNATY Ómicron XBB.1.5	BNT1062B2 Pfizer Inc y BioNTech	ARN mensajero
Sinovac	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac	Virus inactivado
Moderna Bivalente: "Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.4-5"	MODERNA SWITZERLAND GMBH	ARN mensajero
SPIKEVAX XBB.1.5		

Estas vacunas cuentan con especificaciones técnicas e indicaciones particulares, las cuales deben ser revisadas en las ASUE que para el efecto ha expedido el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos— INVIMA, como en las que llegare a expedir con posterioridad.

Artículo 3. Modificar los numerales 4.1, 4.2 y 4.3 del Anexo 1 denominado "LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19" de la Resolución 986 de 2023, los cuales quedarán así:

"4.1 Esquema de vacunación primario"

El esquema primario de vacunación estará de acuerdo con la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE de cada biológico para la población en general así:

MODERNA SPIKEVAX XBB.1.5

POSOLOGÍA DE SPIKEVAX XBB.1.5

Edad (es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños de 6 meses a 4 años, sin vacunación previa y sin antecedentes conocidos de infección por SARS-CoV-2	Dos dosis de 0.25 ml cada una, administrada vía intramuscular*	Se debe aplicar la segunda dosis 28 días después de la primera dosis. Si un niño ha recibido una dosis anterior de cualquier vacuna Spikevax, debe aplicarse una dosis de Spikevax XBB.1.5, para completar la serie de dos dosis
Niños de 6 meses a 4 años, con vacunación previa o antecedentes conocidos de infección por SARS-CoV-2	Una dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular*	Spikevax XBB.1.5 se debe aplicar al menos 6 meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la COVID-19.
Niños de 5 años a 11 años, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular*	
Personas a partir de los 12 años, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular*	
Personas a partir de los 65 años	Una dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular*	Se debe aplicar una dosis adicional al menos 6 meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la COVID-19.
* No utilice el vial monodosis ni la jeringa precargada para administrar un volumen parcial de 0.25 ml		

La vacunación previa, corresponde al antecedente vacunal, el cual pudo haberse realizado con cualquier vacuna contra la covid-19.

POSOLOGÍA DE SPIKEVAX XBB.1.5 PARA PERSONAS INMUNODEPRIMIDAS

Edad (es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños inmunodeprimidos de 6 meses a 4 años, sin vacunación previa	Dos dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular*	Se puede aplicar una tercera dosis en personas gravemente inmunodeprimidas al menos 28 días después de la segunda dosis.
Niños inmunodeprimidos de 6 meses a 4 años, con vacunación previa	Una dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular*	Se pueden aplicar dosis adicionales apropiadas para la edad en personas gravemente inmunodeprimidas al menos 2

Niños inmunodeprimidos de 5 años a 11 años, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0.25 ml, administrada vía intramuscular*	meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la COVID-19 a criterio del profesional de la salud, considerando las circunstancias clínicas de la persona.
Personas inmunodeprimidas a partir de los 12 años edad, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0.5 ml, administrada vía intramuscular*	

* No utilice el vial monodosis ni la jeringa precargada para administrar un volumen parcial de 0.25 ml

SINOVAC

Edad de aplicación	Primera dosis	Segunda dosis	Plataforma
3 años en adelante	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac	Homóloga

El esquema homólogo de Sinovac para mayores de 3 años de acuerdo con la ASUE deber ser de dos dosis de Sinovac; sin embargo, es importante informar que en niños de 3 a 4 años que hayan recibido Sinovac primera dosis pueden completare! esquema

con segunda dosis con ARNm SPIKEVAX XBB.1.5.

MODERNA BIVALENTE

Para dosis adicional a mayores de 18 años en grupos de riesgo priorizados, adultos mayores de 60 años, talento humano en salud, mayores de 18 con comorbilidades, mínimo 6 meses de la última dosis de covid-19.

4.2 Aplicación de dosis adicional en mayores de 5 años.

La dosis adicional con vacuna ARNm para mayores de 5 años, se administrará posterioridad a los seis meses de haber recibido la última dosis de vacuna contra COVID-19; de acuerdo con la disponibilidad de biológicos en el país y a indicaciones de/fabricante.

4.3 Grupos priorizados para dosis adicional

Teniendo en cuenta que la pandemia por la COVID-19 continua y según recomendación de la OMS es necesario para la aplicación de esquema o adicional priorizar los siguientes grupos de riesgo, así:

Gestantes: *La dosis adicional se debe administrar cuando hayan pasado 6 meses la última dosis contra la covid-19. Se debe garantizar una dosis por cada embarazo.*

Mayores de 60 años: *La dosis adicional se debe administrar después que hayan pasado al menos 6 meses de la última dosis contra la covid-19.*

Población con comorbilidades: *La población con comorbilidades que generan susceptibilidad a complicaciones por la Covid-19, debe recibir una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis contra la covid-19.*

Talento Humano de Salud: *La dosis adicional se debe administrar después que hayan pasado al menos 6 meses de la última dosis contra la covid-19.*

Para las gestantes la dosis adicional debe ser de ARNm Pfizer. *Para los otros 3 grupos priorizados la dosis adicional debe ser de la plataforma ARNm; de acuerdo con la disponibilidad de vacuna en el país y a las indicaciones del fabricante.*

Nota 1: *Se pueden coadministrar todos los biológicos contra la COVID - 19 con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunización de manera simultánea o con cualquier intervalo de tiempo.*

Nota 2: La vacuna moderna bivalente, Spikevax bivalentK) Original/ómicron AA. 4-5 está indicada para la inmunización activa para prevenir la COVID-19, causada por el virus SARS-00V-2, **en grupos poblaciones con alto riesgo de complicaciones de 18 años y mayores** que han recibido previamente al menos la primo vacunación frente a la CO VID- 19.

Nota 3: La vacunación con biológico ARNm disponible en el país, debe centrar su aplicación en los grupos de riesgo priorizados o por prescripción médica; sin embargo, para optimizar el uso de este biológico, una vez abierto el vial, teniendo en cuenta su vida útil, las dosis restantes se pueden utilizar en población general que demande su uso.

Nota 4: Las personas que han presentado la enfermedad de covid-19 o covid prolongado, una vez se recuperen se pueden vacunar con el biológico disponible en el país., ninguna dosis debe ser retrasada. Adicionalmente, tener en cuenta que su aplicación se debe realizar una vez recuperada la persona. Tener síntomas prolongados de CO VID-19 no es una contraindicación para recibir la vacuna CO VID19.

Nota 5: Recordar el diligenciamiento del consentimiento informado como parte fundamental del proceso de vacunación contra la covid-19, el personal de salud que realiza la vacunación deberá suministrar la información suficiente frente a la aplicación de la vacuna para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica, teniendo en cuenta el ASUE de cada biológico.

Artículo 4. Para la aplicación de la vacuna BNT162b2 PFIZER-BIONTECH, SINOVAC LIFE SCIENCES CO LTD denominada CORONAVAC y MODERNA ARNM, se deberán seguir los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las ASUE que para el efecto ha expedido el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, y los que se llegaren a expedir con posterioridad.

Artículo 5. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.5. Resolución 603 de 2024

Por medio de la cual se crea el Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial la que le confiere conferida por el numeral 20 del artículo 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a través de las Resoluciones 60 de 2015 y 3 y 51 de 2017 ordenó medidas cautelares contra el Estado Colombiano, con el objeto de preservar la vida y la integridad de niñas, niños y adolescentes, personas mayores, así como las mujeres Wayúu en estado de gestación y lactantes de las comunidades de Uribía, Manaure, Riohacha y Maicao ubicadas en el departamento de La Guajira, a fin de materializar el acceso a la atención médica con un enfoque integral y culturalmente adecuado.

Que la Corte Suprema de Justicia en Sentencia STC 10243 de 2016 ordenó diseñar, coordinar y ejecutar un plan eficiente y eficaz de las principales áreas de cobertura: desnutrición, salud y falta de acceso al agua potable y salubre de los niños y niñas Wayúu.

Que la Corte Constitucional, a través de la sentencia T-302 de 2017, declaró el Estado de Cosas Inconstitucional en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales a la alimentación, salud, agua potable y participación del pueblo Wayúu y con el objetivo de superarlo estableció ocho (8) Objetivos constitucionales mínimos para alcanzar un estado de cosas acorde al orden constitucional.

Que la Corte Constitucional, en el Auto 696 de 2022, consideró que a pesar que se han adoptado medidas, las mismas no corresponden adecuadamente a lo ordenado, y, por lo tanto, no resultan suficientes para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental, *pues "(..) no responden concretamente a la problemática particular que 'se evidenció en la Sentencia T-302 de 2017, debido a que constituyen más bien iniciativas propias de la política pública de atención en salud prevista a nivel nacional. La Corte no encuentra que hagan parte de una política que considera las particularidades de La Guajira y de la comunidad Wayúu (cosmovisión, dispersión geográfica, situación económica, etc.) por lo que, si bien pueden tener efectos positivos en la situación de esta comunidad indígena, no responden con idoneidad y suficiencia a las particularidades del estado de cosas inconstitucional evidenciado".*

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

Que, la Corte Constitucional a través del auto 480 de 2023, expresó que *"En la Sentencia T-302 de 2017 se tomaron dos determinaciones de tipo declarativo: la protección de los derechos fundamentales a la salud, al agua potable, la alimentación y la seguridad alimentaria de las y los niños del pueblo Wayuu y la declaratoria de un ECI en relación con el goce efectivo de los derechos previamente señalados junto a la participación. Por otro lado, las órdenes 3' a 7ay la 10ason estructurales y complejas y, en consecuencia, "implican la formulación y ejecución de políticas públicas"; y, por su naturaleza, suponen: (i) la realización de un conjunto de acciones; (ii) por parte de varias autoridades; (iii) ejecutadas en un "periodo relativamente extenso para su cabal cumplimiento". Y, por último, la orden 9' es simple y expresa un mandato de hacer algo que se encuentra dentro de la órbita de control exclusivo de la persona destinataria de la orden y se puede adoptar y ejecutar en corto tiempo, usualmente mediante una sola decisión o acto".*

Que, la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, a través del auto 1290 de 2023, valoró de manera integral el Plan Provisional de Acción, advirtiendo que, de las ochenta y tres (83) acciones propuestas, únicamente cuarenta y cuatro (44) fueron asociadas de manera explícita a un objetivo y solo las propuestas del DANE y MSPS contaron con cronograma, lo que generó el citado cumplimiento parcial respecto de los criterios del Auto 696 de 2022. (Considerando 51), situación en virtud de la cual se ordenó que en un plazo improrrogable se remitiera un Plan de Acción integral e integrado.

Que, con el propósito de articular, coordinar e implementar el seguimiento y cumplimiento de las órdenes judiciales relacionadas con el departamento de La Guajira, es necesario crear el Comité de seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-302 de 2017 y los Autos de la Corte Constitucional para el Departamento de La Guajira, y de esta manera, contar con una instancia articuladora que permita garantizar gestión en el cumplimiento de la pluricitada providencia.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Creación y objeto. Créese el Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira, con el fin de verificar la materialización de los planes, programas, actividades, instrumentos, mecanismos de cumplimiento diseñados y de las órdenes contenidas en autos proferidos por la Corte Constitucional en el marco de la citada providencia, así como para poner en marcha medidas correctivas, planes, programas, actividades y demás gestiones necesarias para el efectivo cumplimiento de la mentada sentencia y los autos respectivos.

Artículo 2. Conformación. El Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira, estará integrado por:

1. El(la) Viceministro (a) de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado, quien

- lo presidirá.
2. El(la) Viceministro (a) de Protección Social o su delegado.
 3. El(la) Director (a) de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o quien él designe.
 4. El(la) Director (a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social o quien él designe.
 5. El(la) Director (a) de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social o quien él designe.
 6. El(la) Director (a) de Desarrollo del Talento Humano en Salud o quien él designe.
 7. El(la) Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones o quien él designe.
 8. El(la) Director (a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud o quien él designe.
 9. El(la) Subdirector (a) de salud nutricional alimentos y bebidas.
 10. El(la) Jefe de la Oficina de Promoción Social o quien él designe.
 11. El(la) Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres o quien él designe.
 12. El(la) Jefe de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación o quien él designe.
 13. El(la) Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quien él designe.

Parágrafo Primero. Participará de manera permanente con derecho a voz el Director (a) Jurídico (a) o su delegado, así mismo, el Comité podrá invitar a los servidores públicos de este Ministerio que considere necesarios, en razón de los asuntos a tratar en la respectiva sesión.

Parágrafo Segundo. El Comité podrá convocar según se requiera a entidades del sector público y privado, de nivel nacional o territorial y/o a otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales podrán participar con voz, pero sin voto; para lo cual la secretaria técnica hará invitación formal.

Artículo 3. Funciones. El Comité de seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-302 de 2017 y a los Autos de la Corte Constitucional para el Departamento de La Guajira, ejercerá las siguientes funciones:

1. Articular el cumplimiento de las ordenes asignadas en el artículo 5 de la presente resolución para la generación de las respuestas o acciones que se requieran para dar cumplimiento a las solicitudes que formule la Sala Especial de Seguimiento y en general, los órganos judiciales, así como las entidades de inspección, vigilancia y control, relacionados con la Sentencia T-302/17.
2. Monitorear el nivel de cumplimiento de las órdenes impartidas en la Sentencia T-302 de

2017 y los Autos proferidos por la Corte Constitucional en materia de salud, en el marco de la citada providencia.

3. Elaborar un cronograma de actividades o plan de trabajo de corto, mediano y largo plazo, que identifique los responsables, fechas de entrega de productos o actividades para materializar el cumplimiento de las ordenes proferidas por la Corte Constitucional en el marco del cumplimiento de la sentencia T-302 de 2017 y demás autos proferidos por la autoridad judicial.
4. Respecto del Plan de Acción Integral e Integrado, verificar:
 - a. Que cada una de las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social responsables de las acciones elaboren planes de trabajo en los que se incluyan cronogramas, estrategias de seguimiento y evaluación que evidencien el impacto de las acciones.
 - b. Que cada una de las direcciones y dependencias del Ministerio de Salud y Protección social responsables de la acción, diligencien las fichas de cada indicador que integra la batería de indicadores de goce efectivo de derechos y del plan de acción integral e integrado.
 - c. Que las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales, garanticen la ruta de atención de la salud de los menores de edad, los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes Wayuu, sin que con ello se afecte el resto de la población o comunidades que residen en el departamento.
 - d. Que según los resultados del seguimiento y evaluación realizado se formulen acciones de mejora para avanzar con el cumplimiento de lo ordenado en aras de superar el estado de cosas inconstitucional.
 - e. Que se avance en la construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural para la implementación de las medidas concretas de atención en materia de salud de La Guajira y de la comunidad Wayúu a partir de su (cosmovisión, dispersión geográfica, situación económica, etc.)) garantizando un dialogo genuino.
 - f. Que se adopten las medidas relacionadas con la administración del Sistema Integral de Información en Salud y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública para que incluyan:
 - i. El número de familias atendidas.
 - ii. El número de brigadas realizadas.
 - iii. Los resultados en relación con eventos de desnutrición, de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. La cobertura geográfica y

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

la atención de las zonas más apartadas.

Estos datos deben ser consistentes con los que a nivel nacional se han adoptado en el marco de la Sentencia T-760 de 2008.

g. Que se incorporen acciones orientadas al seguimiento de la garantía del derecho a la salud de las gestantes y mujeres en puerperio con morbilidad materna y los niños y niñas con riesgo de desnutrición o desnutrición aguda. Así mismo, actividades de vigilancia epidemiológica sobre el comportamiento de la morbilidad y mortalidad por desnutrición aguda y condiciones maternas en el departamento.

h. Que se adopten medidas para prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción y a los municipios para identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

i. Que los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública estén articulados a la situación de los determinantes sociales que afectan la salud de las poblaciones del departamento de La Guajira, e igualmente se soporte en la información de la caracterización de los niños, niñas y adolescentes.

j. Que las atenciones de salud de los equipos territoriales en los municipios objeto de la sentencia y en general en el Departamento de la Guajira, tengan un enfoque tanto rural como étnico-cultural respetuoso de las Autoridades indígenas.

k. Que se proyecten los equipos de salud territoriales para los próximos cuatro años, así como una mayor publicidad de la línea de atención para desnutrición o el establecimiento de otras formas de comunicación para quienes no tienen línea telefónica fija o móvil.

l. Que las medidas urgentes e inmediatas en salud se mantengan en el tiempo.

m. Que las inversiones, las medidas y las intervenciones estatales que se realicen, tengan proyecciones en el tiempo y sean sostenibles financieramente.

n. Que se pueda demostrar que, los recursos destinados para el cumplimiento de las órdenes, son efectivamente ejecutados dentro de las vigencias correspondientes y que su ejecución incide de manera positiva en el goce efectivo de derechos de las y los niños Wayuu.

o. Que la atención que reciben al interior de las comunidades sea permanente con acompañamiento en salud.

p. Coordinar la operatividad para la elaboración de los informes que solicite la Corte Constitucional, cumpliendo con los parámetros referidos en los Auto 480 de 2023 y 1290 de 2023 y los demás requerimientos que soliciten las entidades de control.

q. Orientar el análisis evaluativo en el tiempo de los indicadores que denote la trazabilidad de la información con el impacto de las acciones que demuestre progresividad y no regresividad.

r. Garantizar que la caracterización de la información permita identificar a los titulares del derecho, edad, ubicación geográfica relacionada con la garantía del derecho en el periodo reportado y las fuentes de información utilizadas.

Artículo 4. Asignación de órdenes y definición del Líder Técnico para el cumplimiento de las decisiones judiciales. Las dependencias a cuyo cargo se encuentra la responsabilidad de liderar el cumplimiento de las órdenes judiciales con el apoyo de las dependencias de gestión, en los términos del artículo anterior, son:

Organización del Sistema de Salud

Orden	Lider Técnico	Dependencias Funcionales de gestión
Aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno Nacional. (Tercer objetivo constitucional)	Director (a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud.	1. Director (a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud. 2. Director (a) de Promoción y Prevención. 3. Director (a) de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 4. Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. 5. Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. 6. Jefe Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales. 7. Jefe Oficina de Calidad.
Formular e implementar una política de salud para La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayúu. (Tercer objetivo constitucional)	Director (a) de Promoción y Prevención y Director (a) Prestación de Servicios y Atención Primaria.	1. Director (a) de Promoción y Prevención. 2. Director (a) Prestación de Servicios y Atención Primaria. 3. Director (a) de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 4. Director (a) de Epidemiología y Demografía. 5. Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. 6. Director (a) de Financiamiento Sectorial. 7. Director (a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 8. Jefe Oficina de Promoción Social. 9. Jefe Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales. 10. Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. 11. Jefe Oficina de Calidad.

Departamento de La Guajira		
Mejorar la información disponible para la toma de decisiones por todas las autoridades competentes para realizar acciones tendientes a la superación del estado de cosas inconstitucional. (Quinto Objetivo constitucional).	Director (a) de Epidemiología y Demografía y el Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.	1. Director (a) de Promoción y Prevención. 2. Director (a) Prestación de Servicios y Atención Primaria. 3. Director (a) de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 4. Director (a) de Epidemiología y Demografía. 5. Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. 6. Director (a) de Financiamiento Sectorial. 7. Director (a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 8. Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. 9. Jefe Oficina de Promoción Social. 10. Jefe Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales. 11. Jefe Oficina de Calidad.
Garantizar un diálogo genuino con las autoridades legítimas del pueblo Wayúu (Octavo objetivo constitucional).	Oficina de Promoción Social	1. Director (a) de Promoción y Prevención. 2. Director (a) de Prestación de Servicios y Atención Primaria. 3. Director (a) Desarrollo del Talento Humano en Salud. 4. Director (a) de Epidemiología y Demografía. 5. Director (a) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. 6. Director (a) de Financiamiento Sectorial. 7. Director (a) de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
Departamento de La Guajira		
		8. Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. 9. Jefe Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales. 10. Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. 11. Jefe Oficina de Calidad.

Parágrafo primero. Los líderes técnicos antes descritos, serán los responsables de coordinar, gestionar, consolidar y remitir las respuestas según sus competencias, a la Secretaria Técnica antes del vencimiento del término conferido, previo visto bueno del Viceministro (a) de Salud Pública y Prestación de Servicios y del Viceministro (a) de Protección Social cuando corresponda.

Parágrafo segundo. El Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira, para el apoyo técnico en la respuesta o en la materialización de acciones o actividades que se definan, así como para el cumplimiento de los autos de seguimiento y de las ordenes emitidas por la Corte Constitucional, deberá convocar a las dependencias que considere les corresponde concurrir según las competencias asignadas, indistintamente de la distribución de las ordenes realizada en el presente artículo.

Parágrafo tercero. En las ordenes que se requiera de la participación, apoyo o trabajo conjunto con otra entidad del sector salud, el Líder Técnico se encargará de coordinar con dicha entidad, su participación en las acciones o planes de trabajo que se requieran para el cumplimiento de la orden particular.

Artículo 5. Sesiones. El Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira sesionará de manera ordinaria dos (2) veces al mes en día y hora fijado por la Secretaría Técnica; de manera extraordinaria, las veces que se requiera, según la necesidad en situaciones que así lo ameriten.

Artículo 6. Secretaría técnica y funciones. La Secretaría técnica del Comité de Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017 proferida por la Corte Constitucional en el Departamento de La Guajira será ejercida por la Oficina de Promoción Social y realizará las siguientes funciones:

1. Realizar la convocatoria de las sesiones del comité, por cualquier medio físico o electrónico, adjuntando la documentación que se va a considerar, indicando el día, la hora, el lugar y el respectivo orden del día.
2. Extender invitación a los miembros que no tienen participación permanente y que tengan relación con los temas a tratar en la sesión o ante citaciones extraordinarias.
3. Coordinar y concertar con las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y de Protección Social, entidades e instituciones participantes, los temas a presentar en cada una de las sesiones.
4. Verificar la participación de los integrantes del comité antes de sesionar.
5. Definir y hacer seguimiento al orden del día propuesto por los integrantes del comité.
6. Elaborar y suscribir las respectivas actas e informes y demás documentos que se requieran en el marco de las acciones de seguimiento. Las actas serán suscritas por el secretario técnico y el presidente del comité, previa aprobación de cada uno de los miembros.
7. Custodiar y conservar los documentos expedidos por el Comité.
8. Hacer el seguimiento y verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los integrantes del comité.
9. Seguir los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en

materia de procesos y procedimientos relacionados con el sistema de gestión de calidad y gestión documental

10. Orientar la elaboración de informes de gestión del Comité que le sean requeridos.
11. Consolidar la información de gestión elaborada por los responsables y presentar los informes ante la Dirección Jurídica respetando los términos fijados por el despacho judicial.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.6. Resolución 625 de 2024

Por la cual se adopta para Colombia la iniciativa internacional "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial de las conferidas en los numerales 2 y 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, numerales 3 y 6 del artículo 2 del Decreto 4701 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que el Litera i) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 indica que las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, de naturaleza mixta, privada, comunitaria y solidaria, que se organizan para prestar servicios de salud a los ciudadanos afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Que la Ley 2294 de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022 — 2026 "*Colombia Potencia Mundial de la Vida*", en su plan plurianual de inversiones contempla la iniciativa "*Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres*" en todo el territorio nacional; este proyecto es parte del eje de transformaciones de "*Seguridad Humana y Justicia Social*", que busca la adaptación y mitigación del riesgo, integrando la protección de la vida con la seguridad jurídica e institucional, así como la seguridad económica y social; de esta manera, el Plan de Desarrollo se compromete a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y resilientes para todos los colombianos, contribuyendo a la construcción de una sociedad más justa socialmente.

Que el numeral 4 del artículo 3 del Plan Nacional de Desarrollo, establece que la "*Transformación productiva, internacionalización y acción climática*", apuntan a la diversificación de las actividades productivas que aprovechen el capital natural y profundicen en el uso de energías limpias, esta transformación busca ser intensiva en conocimiento e innovación, respetar y garantizar los derechos humanos, y contribuir a la construcción de la resiliencia ante los choques climáticos.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó a través de la Resolución 1035 de 2022 el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia para el periodo 2022-2031 y señala que es necesario en materia ambiental avanzar hacia el goce efectivo del derecho a un ambiente sano, para lo cual se deben realizar acciones interáctoriales que protejan los ecosistemas y la generación de territorios, entornos y comunidades saludables, resilientes y sostenibles; igualmente establece la importancia de la gestión y desarrollo del talento humano que aporte al

afianzamiento de un sistema de salud sólido y resiliente.

Que el artículo 14 del Decreto 4107 de 2011, establece las funciones que le fueron asignadas a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de este Ministerio, dentro de las cuales se encuentran las de formular y evaluar las políticas relacionadas con la gestión del riesgo y desastres en el sector salud, asesorar al Ministerio en la consolidación de un sistema de atención de emergencias médicas y además, diseñar, implementar y evaluar los programas de hospitales seguros; las anteriores funciones permiten avanzar en el conocimiento y gestión del riesgo en emergencias y desastres, por lo tanto se deben establecer lineamientos que permitan a la infraestructura del sector salud tener la capacidad de absorber, adaptarse y recuperarse del impacto de eventos catastróficos de manera oportuna y eficiente, preservando y restaurando sus estructuras y funciones a través de la gestión integral del riesgo.

Que la anterior normatividad y funciones se alinean con lo acordado y los desarrollos realizados del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015- 2030, adoptado en la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres, celebrada en Sendai - Japón en marzo de 2015; en el que establece un conjunto de objetivos y prioridades comunes para la reducción del riesgo de desastres, cuyo desarrollo en cada país implica la colaboración de múltiples actores, incluyendo gobiernos, organizaciones internacionales, ONGs, y el sector privado, con el objetivo de trabajar articuladamente en la implementación de estrategias para alcanzar las metas propuestas.

Que la Organización Panamericana de la Salud - OPS ha elaborado la iniciativa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", disponible en la página web: <https://evidenceaid.org/109330-2/>, que implementa lo establecido en el Marco de Sendai para los países de las Américas; iniciativa que fue estudiada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento técnico: "Adopción de la iniciativa internacional y bases para la elaboración del programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres" en Colombia", elaborado por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, refiriéndose a los lineamientos, objetivos, resultados esperados y disposiciones generales bajo las cuales resulta conveniente adoptar y desarrollar dicha iniciativa en Colombia.

Que mediante la Resolución 976 de 2009 del entonces Ministerio de la Protección Social, se acogió la iniciativa global de "Hospital Seguro frente a Desastres", programa que se ha ejecutado desde el año 2009 emprendiendo diversas acciones con el propósito de fomentar y consolidar la cultura de la prevención y la preparación en el sector salud ante la ocurrencia de emergencias y desastres, de las cuales se puede destacar la realización de evaluaciones de seguridad hospitalaria con la metodología de índice de Seguridad Hospitalaria (IHS) en Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud en todo el país; además, la formulación e implementación de planes de mejora y la capacitación de profesionales en todo el territorio nacional.

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

Que, como consecuencia de lo anteriormente señalado, el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de avanzar hacia la resiliencia de la infraestructura del sector ante la ocurrencia de emergencias y desastres, partiendo de la base sólida que significa el desarrollo que se ha dado del programa "Hospitales Seguros frente a Desastres", adopta la implementación de la iniciativa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres", la cual incorpora los hospitales inteligentes, verdes y accesibles.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar la iniciativa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres" para Colombia y establecer su objetivo, los lineamientos, el contenido del programa y el cronograma para su desarrollo, los cuales deben ser tenidos en cuenta por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres para su elaboración e implementación.

Artículo 2. Objetivo del programa. El programa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres" tiene como objetivo general fortalecer la preparación y capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de salud ante situaciones de emergencias y desastres, adoptando un enfoque integral que abarque la diversidad de fuentes de amenazas, con énfasis en la adaptabilidad y la rápida recuperación de los hospitales, con posterioridad a cualquier tipo de evento catastrófico.

Artículo 3. Lineamientos. El programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres", deberá cumplir los siguientes lineamientos:

- 3.1. Identificar los factores de riesgo y amenaza de las instituciones hospitalarias, su conocimiento, reducción y manejo, considerando la diversidad de amenazas y vulnerabilidades existentes en el país.
- 3.2. Establecer principios en materia de infraestructura y planificación: diseño universal, adaptable, seguro, flexible, tecnológico, eficiente, sostenible y participativo.
- 3.3. Implementar las soluciones que permitan optimizar el uso de recursos, mejorar la comunicación y coordinación entre los actores involucrados, facilitar el acceso a la información y el monitoreo, y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.
- 3.4. Ejecutar acciones de transformación sociocultural para los funcionarios, pacientes, visitantes y personal itinerante en las IPS, hacia la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud.

Artículo 4. Contenido del programa. La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, formulará el documento técnico para la implementación eficiente y oportuna del programa, el cual desarrollará como mínimo los siguientes contenidos:

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

- 4.1. Identificar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deben aplicar el Programa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias y Desastres".
- 4.2. Recopilar la normatividad aplicable al Programa "Hospitales Resilientes frente a Emergencias y Desastres", discriminando las normas que deben ser objeto de modificación o derogación.
- 4.3. Detallar las estrategias, cronograma, evaluación, metas, proyectos, financiamiento y demás elementos que posibiliten la efectiva ejecución del programa.
- 4.4. Ejecutar los programas STAR-H (Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud), INGRID-H (Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales), RAP (Encuesta de evaluación de servicios de salud frente a violencia). Conforme a los desarrollos realizados por la Organización Panamericana de la Salud — OPS.
- 4.5. Definir el programa de formación y certificación para evaluadores de "Hospitales Resilientes frente a Emergencias y Desastres", fomentando la excelencia y la constante actualización.
- 4.6. Estructurar los componentes de un sistema de información, el cual deberá articularse con los sistemas de la red hospitalaria existentes.
- 4.7. Mapear la exposición de instituciones prestadoras de salud ante los diferentes eventos, identificar riesgos mitigables y no mitigables, establecer niveles de riesgos, priorización y cobertura para la asistencia y/o cofinanciación.

Parágrafo. Con base al documento técnico del que trata el presente artículo, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres elaborará el proyecto normativo que adopte, regule e implemente, el programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres".

Artículo 5. Cronograma para la adopción de la iniciativa. La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación y colaboración de las demás áreas de este Ministerio y de las entidades con competencia en la materia, elaborará para su adopción el programa que desarrolle la iniciativa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres", en un plazo de nueve (09) meses, conforme al siguiente cronograma:

N°	Actividad	2024									
		Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
1	Construcción del programa										
1.1	Elaboración documento técnico										
1.2	Proyecto de acto administrativo										
	Publicación del programa para comentarios										
2											
3	Respuesta a observaciones										
4	Adopción del programa										

Artículo 6. Régimen de transición. El programa "Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres" integrará el programa "Hospital Seguro Frente a Desastres" por lo que para su adopción observará las siguientes reglas:

- 6.1. La implementación del programa "Hospital Seguro Frente a Desastres", a través de la herramienta ISH (Índice de Seguridad Hospitalaria), se mantendrá como la base fundamental para garantizar la seguridad en las instalaciones hospitalarias.
- 6.2. El enfoque integral de esta iniciativa, abarcará la transición gradual hacia la implementación de los otros pilares como hospitales inteligentes, verdes y accesibles, posibilitando que a futuro se permita un progreso constante y sostenible, logrando así que la infraestructura del sector salud en el tiempo sea resiliente.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.7. Resolución 627 de 2024

Por la cual se modifica la Resolución 2284 de 2023 respecto de su transitoriedad

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículos 2.5.3.4.4.1 y 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016,
y

CONSIDERANDO

Que mediante el Decreto 441 de 2022, se sustituyó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 estableciendo las disposiciones aplicables a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Que el citado acto administrativo fue reglamentado mediante las resoluciones 2284 de 2023 y 2335 de 2023, a través de las cuales se establecen, entre otros, los procedimientos y los aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades, así como, los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, respectivamente, previendo un periodo de transición para la implementación de las disposiciones en ellas contenidas.

Que en las resoluciones 2284 y 2275 de 2023 se establecen disposiciones que se integran a la operación de los procesos de radicación y auditoría de cuentas médicas, principalmente en lo referente a los soportes de cobro de la Factura de Venta en Salud — FEV y al Registro Individual de Prestación de Servicios de salud — RIPS, así como su interrelación con las causales de devolución y de glosas, entre otros aspectos.

Que, este Ministerio mediante la Resolución 2275 de 2023, unificó y actualizó las disposiciones relativas al proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, permitiendo la integración de los campos de datos de este registro con los campos de datos adicionales del sector salud que se deberán contemplar en la generación de la factura electrónica de venta, los cuales serán validados por este Ministerio, estableciendo el conjunto de información administrativa, financiera y asistencial, las reglas de validación aplicables a su estructura, contenido y relación, y la transmisión de archivos ante el mecanismo único de validación, como condiciones para adelantar el reconocimiento y pago de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.

Que la citada Resolución 2275 de 2023, fue modificada por la Resolución 558 de 2024 en

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

relación con la transición prevista para la implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, como soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación.

Que atendiendo a que la implementación de las disposiciones contenidas en las Resoluciones 2275, 2284 y 2335 de 2023 debe ser simultánea, y que estas involucran ajustes en los procesos administrativos y operativos, cambios sustanciales y desarrollos tecnológicos por parte de las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, se hace necesario modificar la entrada en vigencia de la Resolución 2284 de 2023, sin que en ningún caso esta medida pueda constituirse en una barrera para la continuidad de la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud, ni en el trámite de auditoría y pago de las cuentas del sector.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 12 de la Resolución 2284 de 2023, el cual quedará así:

"Artículo 12. Transitoriedad. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deberán implementar las disposiciones de la presente resolución para los servicios y tecnologías en salud prestados y facturados a partir de/1° de octubre de 2024.

Para los servicios y tecnologías en salud prestados hasta el 30 de septiembre de 2024, estas entidades dispondrán hasta el 31 de marzo de 2025 para radicar las cuentas y, hasta el 30 de junio de 2025 para adelantar los procesos de auditoría conforme con lo dispuesto en la Resolución 3047 de 2008, sus modificatorias y la Resolución 3253 de 2009."

Artículo 2. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 12 de la Resolución 2284 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.8. Resolución 633 de 2024

Por la cual se adopta en Colombia la Iniciativa Global de Equipos Médicos de Emergencia como Programa Nacional para la reducción del riesgo ante emergencias y desastres en el sector de la salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial de las conferidas en los numerales 42.1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2011, el artículo 14 del Decreto 4701 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece las competencias de la Nación en materia de salud, las cuales son asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de las cuales resulta importante resaltar el deber de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y su rol de coordinador de la ejecución, seguimiento y evaluación y, expedir la regulación necesaria para el adecuado funcionamiento del sector salud.

Que la Ley 1523 de 2012 adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, respecto a la primera el objeto es conocer y gestionar el riesgo de desastres, como base de la sostenibilidad y seguridad de los territorios, el goce de los derechos e intereses colectivos y mejorar la calidad de vida de quienes viven en zonas de riesgo, por lo cual está asociada a la planificación del desarrollo seguro. Con relación al segundo señala que las entidades públicas desde sus competencias hacen parte del Sistema y tienen la responsabilidad de ejecutar los procesos de gestión del riesgo, entendiéndose por ellos su conocimiento, reducción y el manejo de situaciones de desastres, en este sentido, al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde liderar la gestión del riesgo en emergencias y desastres en materia de salud.

Que el artículo 14 del Decreto 4107 de 2011, asignó a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, la función de asesorar al despacho del Ministro en las siguientes materias: i) sistemas de atención de emergencias médicas para los diferentes niveles territoriales; ii) implementación y evaluación de programas de hospitales seguros frente a los desastres; iii) elaboración de componentes de salud del Plan Nacional de Prevención y Atención de situaciones de emergencias o desastres; y iv) acciones relacionadas con la provisión, dotación y suministros de medicamentos necesarios en situaciones de emergencia o desastres.

Que, las emergencias vividas a raíz de los terremotos de Haití de 2010, Nueva Zelanda en 2011

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 el Tsunami en Japón en 2011 y las dificultades para coordinar una respuesta adecuada a las mismas, son parte de las razones por la que la Organización Mundial de la Salud - OMS adoptó el Acuerdo de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, que insta a los Estados miembros a realizar acciones específicas a nivel local, regional y nacional, para abordar cuatro prioridades claves: i) comprensión del riesgo de desastres; ii) fortalecimiento de la gobernanza del riesgo de desastres para su gestión; iii) inversión en la reducción del riesgo de desastres para mejorar la resiliencia; y iv) mejora de la preparación para casos de desastre para una respuesta eficaz y una reconstrucción sólida en las áreas de recuperación, rehabilitación y reconstrucción.

Que la OMS en desarrollo del Acuerdo de Sendai, elaboró la iniciativa global de Equipos Médicos de Emergencia (EME por sus siglas en español o EMT por sus siglas en inglés), la cual reposa en el manual de clasificación y estándares mínimos para los Equipos Médicos de Emergencia, disponible en <https://extranet.who.int/emt/quidelines-andpublications>. Esta iniciativa es desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud - OPS para los países de las Américas con un programa del mismo nombre, el cual se plantea desarrollar a partir de los lineamientos establecidos por la OMS y las experiencias acumuladas en la atención de emergencias y desastres en los países de la región.

Que en Colombia han ocurrido eventos catastróficos como el terremoto de Popayán en 1983, la erupción del Volcán Nevado del Ruiz en 1985, la avalancha sobre la cuenca del río Páez en 1994, el terremoto de Armenia en 1995, la avalancha de los ríos Mocoa, Mulato y Sangoyaco en el municipio de Mocoa en 2017; además de las permanentes emergencias ocurridas por el clima extremo, fenómenos del niño y de la niña, o de las producidas por el hombre como las migraciones masivas, en Norte de Santander y en la región del Darién; situaciones catastróficas que por su impacto desproporcionado desbordan el sistema de salud, lo que obliga al Estado colombiano en el marco de la gestión del riesgo a tomar y desarrollar medidas útiles y necesarias que permitan responder de forma adecuada, en el marco del manejo del riesgo.

Que si bien es cierto, tras cada una de las anteriores situaciones el Estado colombiano ha implementado medidas para mejorar el conocimiento, gestión y manejo del riesgo, al mismo tiempo, se ha identificado la carencia de un enfoque integrado en la planificación y coordinación de los equipos médicos que acuden a la atención inmediata en escenarios de crisis tras la ocurrencia de emergencias y desastres, dicha carencia se puede superar a través de la implementación de una red oficial de registro, documentación y coordinación de equipos médicos que atienda la emergencia desde el sector salud.

Que el programa Equipos Médicos de Emergencia desarrollado por la OPS, en implementación de la iniciativa global de la OMS del mismo nombre, contiene una metodología con directrices claras y procedimientos operativos estandarizados, la cual permite desarrollar un sistema de registro, documentación, coordinación, y evaluación continua de los equipos de profesionales de la salud y personal de apoyo, con capacidad clínica, financiera y logística que se desplacen

a zonas donde se presenten situaciones o escenarios de emergencias y desastres de forma inmediata ante la ocurrencia de estos para la atención de las personas afectadas.

Que por lo anteriormente señalado, especialmente por las competencias que le corresponden al Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo en la atención de emergencias y desastres desde el sector salud, es vital adoptar la iniciativa global Equipos Médicos de Emergencia de la OMS, y establecer el marco por el cual se implementará en el país a partir de los lineamientos del programa desarrollado por la OPS para los países de las Américas, con el objetivo de fortalecer el despliegue, coordinación y estandarización de la atención prestada por los equipos que, en situaciones de crisis, se desplacen a zonas donde se viven emergencias y desastres en el territorio nacional.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar en el país la Iniciativa Global "Equipos Médicos de Emergencia", como un programa Nacional para la reducción del riesgo y el robustecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud en el ámbito extramural, en particular durante situaciones de emergencias, crisis y en zonas de difícil acceso.

Artículo 2. Equipos Médicos de Emergencia (EME). Entiéndase por Equipos Médicos de Emergencia — EMT un grupo de profesionales de la salud y personal de apoyo, con capacidad clínica, financiera y logística para desplazarse a territorios dispersos a atender pacientes afectados por emergencias y desastres, que dan respuesta inmediata en salud en el marco de emergencias y desastres, conforme a lo establecido por la OMS.

Artículo 3. Elementos del programa Equipos Médicos de Emergencia. La Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a cargo la elaboración del documento base para la implementación a nivel nacional del programa Equipos Médicos de Emergencia, el cual desarrollará al menos los siguientes elementos:

- 3.1 Registro de los equipos y documentación.
- 3.2 Certificación de los equipos médicos.
- 3.3 Capacitación y entrenamiento.
- 3.4 Infraestructura y logística.
- 3.5 Coordinación y planificación operativa.
- 3.6 Comunicaciones y tecnología.

Artículo 4. Monitoreo y evaluación de los Equipos Médicos de Emergencia (EME). La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá en el documento técnico para la implementación a nivel nacional del programa Equipos Médicos de Emergencia, un mecanismo que facilite el monitoreo y evaluación

continúo de los Equipos y de su desempeño en situaciones de crisis y emergencias, con el fin de asegurar que las acciones y procedimientos implementados se ajusten a los protocolos de atención definidos.

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.9. Resolución 636 de 2024

Por la cual se modifica la Resolución 2335 de 2023 en cuanto a su transitoriedad

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el inciso segundo del artículo 120 del Decreto - Ley 019 de 2012, el parágrafo 2 del artículo 2.53.11, los artículos 2.5.3.1.3, 2.5.3.1.4, 2.5.3.2.6, 2.5.3.2.7, 2.5.3.4.3.1, 2.5.3.4.7.1 y 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución 2335 de 2023, se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades, reglamentación de lo dispuesto en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único reglamentario del sector Salud y Protección Social, previendo un periodo de transitoriedad con el propósito de que las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud adapten los procesos necesarios para su implementación.

Que, adicionalmente, en la citada Resolución 2335 de 2023 se determinó que continuaban produciendo efectos las disposiciones contenidas en las resoluciones 3047 de 2008, sus modificatorias y la 3253 de 2009, dado que en esos actos administrativos se habían establecido los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, en los que se alude a los intercambios de información, sobre actualización de datos del afiliado, informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorización y también se definen los campos que deben contener cada uno de esos trámites, por lo que se hace necesario que se estandaricen y resulten consistentes con las estructuras de datos definidos en el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud — RIPS, soporte obligatorio en el trámite de la factura de venta del sector salud.

Que, este Ministerio expidió la Resolución 2275 de 2023, única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud, a través de la cual, entre otros aspectos, unificó y actualizó las disposiciones relativas al proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, permitiendo la integración de los campos de datos de dicho registro con los campos de datos

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

adicionales del sector salud que se deberán contemplar en la generación de la factura electrónica de venta, los cuales deben ser validados por este Ministerio.

Que, atendiendo a que lo previsto por la Resolución 2335 de 2023 se relaciona con las disposiciones de las resoluciones 2275 y 2284 de 2023 se hace necesario determinar su implementación simultánea, con el fin de evitar impactos negativos en las entidades del sector salud, responsables de su cumplimiento, así como reprocesos administrativos, inconsistencias, cumplimientos parciales y costos adicionales para estos.

Que la implementación de las Resoluciones 2275, 2284 y 2335 de 2023, requiere ajustes paralelos en los procesos administrativos y operativos, cambios sustanciales y desarrollos tecnológicos por parte de las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, los que en ningún caso pueden constituirse en una barrera para la continuidad de la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud en el país.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 19 de la Resolución 2335 de 2023, el cual quedará así:

***"Artículo 19. Transitoriedad.** A partir del 1° de octubre de 2024, las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deberán implementar las disposiciones establecidas en la presente resolución."*

Artículo 2. Modifíquese el artículo 20 de la Resolución 2335 de 2023, el cual quedará así:

***"Artículo 20. Derogatorias.** El presente acto administrativo deroga la Resolución 3047 de 2008, sus modificatorias y la Resolución 3253 de 2009, a partir del 1° de julio de 2025."*

Artículo 3. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 19 y 20 de la Resolución 2335 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.10. Resolución 641 de 2024

Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y el numeral 2 del artículo 2 del Decreto- Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1751 de 2015, elevó la salud a rango de derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, fijando en su artículo 15, los criterios de exclusión que deben aplicarse a los servicios y tecnologías que no podrán financiarse con recursos públicos asignados al sector salud, previo agotamiento de un procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente, que este Ministerio determine, el que deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión.

Que, mediante la Resolución 244 de 2019 se adoptó un nuevo listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, incorporando, catorce (14) servicios y tecnologías, a los cuarenta y tres (43) previamente excluidos.

Que, con la Resolución 2273 de 2021 se adoptó el nuevo listado de los servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, adicionando cuarenta (40) servicios y tecnologías a los cincuenta y siete (57) ya excluidos'.

Que, para la presente actualización del listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud sometió un total de 29 servicios y tecnologías que previamente habían agotado la fase de nominación y priorización establecida en la Resolución 330 de 2017 así: 2017 (1), 2019(8), 2021 (2) y 2022 (18), las cuales fueron publicadas en su respectiva vigencia, en el sitio web <https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadanaafirmologica/frmdefault>

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

t.aspx de este Ministerio, con el ánimo de que los interesados presentaran sus objeciones, observaciones o aportes.

Que, los servicios y tecnologías de las vigencias 2017, 2019, 2021 corresponden a aquellos que no habían agotado la totalidad del PTC por insuficiencia en el quorum requerido para su análisis o que demandaron nuevos estudios, para continuar con las demás fases del procedimiento.

Que, a través de la Resolución 318 de 2023 se actualizó el procedimiento técnico-científico, derogando la Resolución 330 de 2017 y sus modificatorias, con el propósito de optimizar la etapa de validación dentro de la primera fase del procedimiento, identificar las nominaciones de servicios y tecnologías indicados para enfermedades huérfanas o raras y aquellos clasificados como cosméticos y no aprobados por autoridad competente, previendo una transición en su artículo 33, a fin de salvaguardar las acciones que los actores habían adelantado bajo el amparo de lo previsto en el PTC vigente a la fecha de expedición de la referida Resolución 318 de 2023.

Que, en tal sentido, respecto de los 29 servicios y tecnologías nominados en las vigencias 2017, 2019, 2021 y 2022, se había surtido la Fase de nominación y priorización en los términos de la Resolución 330 de 2017 y sus modificatorias, para la expedición del presente acto administrativo, se aplicaron las fases restantes, esto es: i) Análisis Técnico Científico; ii) Consulta a Pacientes Potencialmente Afectados y Ciudadanía en General, y iii) Adopción y Publicación de Decisiones, en los términos dispuestos por la Resolución 318 de 2023.

Que, durante la Fase de análisis técnico-científico, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud remitió al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, las nominaciones priorizadas acompañadas de las objeciones, observaciones y aportes, así como la información soporte; entidad que efectuó la evaluación con fines de exclusión de veintinueve (29) tecnologías y servicios, de las cuales dos (2) tuvieron doble recomendación, generando en total treinta y un (31) recomendaciones, que fueron presentadas en quince (15) sesiones del Grupo de Análisis Técnico-Científico.

Que el Grupo de Análisis Técnico-Científico contó con la participación de cincuenta y nueve (59) delegados de treinta y cuatro (34) sociedades y agremiaciones científicas y doce (12) delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud — INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, con el objetivo de que emitieran sus conceptos y recomendaciones frente a la exclusión de los servicios y tecnologías nominados, sesiones que fueron acompañadas por la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República.

Que como resultado de la labor adelantada por el Grupo de Análisis Técnico-Científico, se obtuvieron veinticuatro (24) recomendaciones de exclusión, cinco (5) recomendaciones de No exclusión y dos (2) con recomendación para mayor análisis, tal como reposa en las actas de las sesiones y los estudios de evaluación realizados por el IETS, que aparecen publicados en el

sitioweb<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/firm/procesosfirmHo meProcesoAnalisis.aspx?cod=1&v:=158>

Que, en desarrollo de la Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía, se adelantaron eventos presenciales en veintiún (21) departamentos del territorio colombiano, en las ciudades de: Bogotá D.C., Leticia, Ibagué, Medellín, Cali, Inirida, Mitú, San Jose del Guaviare, Puerto Carreño, Quibdó, Riohacha, Yopal, Florencia, Villavicencio, Arauca, Valledupar, Neiva, Pasto, Mocoa, Santa Marta, y Sincelejo, en los cuales se contó con la participación de seiscientos noventa y cinco (695) personas, que representaron a quince millones trescientos un mil trescientos ochenta y una (15.301.381) miembros de organizaciones de pacientes y ciudadanía, quienes manifestaron sus opiniones frente a la exclusión de los veinticuatro (24) servicios y tecnologías con recomendación de exclusión por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y del Grupo de Análisis Técnico-Científico, y como resultado de la votación de esta consulta se obtuvo la recomendación de exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud de diecisiete (17) servicios y tecnologías, y siete (7) para no exclusión.

Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud durante la Fase de adopción y publicación de las decisiones tuvo en consideración los resultados de las fases precedentes, determinando la pertinencia de excluir de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, diecisiete (17) servicios y tecnologías.

Que, el detalle de la implementación del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones que sustenta el presente acto administrativo, se encuentra publicado en el sitio web Mi Voxpópuli, vigencia 2023 en el siguiente enlace:

<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadanafirm/procesosfirmHo meProcesoConsultas.aspx?cod=1&v=15&r=1>

Que durante el PTC adelantado se evidenció la necesidad de aclarar que la tecnología GLUCOSAMINA excluida en todas las enfermedades o condiciones de salud asociadas, no incluye el principio activo GLUCOSAMINA SULFATO.

Que, se hace necesario adoptar el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones, adicionando a los noventa y siete (97) servicios y tecnologías ya excluidos, los diecisiete (17) que agotaron el PTC.

En mérito de lo expuesto,

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

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene como objeto adoptar el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, contenidos en el anexo técnico: *"LISTADO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EXCLUIDOS DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS ASIGNADOS A LA SALUD"*, que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación Las disposiciones contenidas en este acto administrativo aplican a todos los agentes, usuarios y demás personas naturales y jurídicas que intervienen de manera directa o indirecta en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 3. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 2273 de 2021.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

3. CONCEPTOS.

3.1. ASUNTO: Concepto sobre el periodo del revisor fiscal en una Empresa Social del Estado
Radicado 202442300500062

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, en la cual comenta que actúa como representante legal suplente de la empresa xxxxx y solicita *“se proceda a conceptuar sobre el periodo del revisor fiscal de la E.S.E. HOSPITAL xxxxx, y Si el Gerente de la E.S.E. puede emitir una resolución de Junta Directiva, señalando periodos del revisor fiscal, contrarios a la Ley y sin que la Junta Directiva realmente se haya reunido para emitir dicha resolución.”*

Fundamentos Jurídicos

En primer lugar, es importante resaltar que, las Empresas Sociales del Estado – ESE de acuerdo con el artículo 194¹ de la Ley 100 de 1993² son *“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”*.

Ahora bien, es procedente mencionar que el artículo 2.5.3.8.4.4.3 del Decreto 780 de 2016³ frente al revisor fiscal en las Empresas Sociales del Estado establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.5.3.8.4.4.3 Revisor Fiscal. De conformidad con lo establecido en las normas vigentes toda Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos mensuales, deberá contar con un Revisor Fiscal independiente, designado por la Junta Directiva a la cual reporta.

La función del Revisor Fiscal se cumplirá sin menos cabo de las funciones de Control Fiscal por parte de los Organismos competentes, señaladas en la ley y los reglamentos.”

Adicionalmente, el artículo 2.5.3.8.4.1.2 del decreto *ibidem*, plantea que el objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

1 ARTÍCULO 194. NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará 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.

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

3 “por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector 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

Anudado a lo anterior, es procedente mencionar que, frente a la revisoría fiscal, la Ley 100 de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, dispone lo siguiente:

“ARTICULO 228. Revisoría Fiscal. *Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.”*

En este orden de ideas, dentro de las obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se encuentran entre otras las relacionadas en el artículo 232 de la Ley *ibidem*, en el cual reza:

“ARTICULO 232. *Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las instituciones prestadoras del servicio de salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.*” (Subraya fuera de texto)

Ahora bien, de lo previsto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre las cuales se encuentran las Empresas Sociales del Estado, debe decirse que en cuanto al revisor fiscal, el artículo 228 de la Ley 100 de 1993, hace una remisión expresa a la norma general sobre el tema, que para el caso en comento es el Código de Comercio⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Código de Comercio en sus artículos 198 y 199, en cuanto al periodo, elección y remoción de los miembros de las Juntas Directivas y revisores fiscales por parte de las asambleas de socios, manifiestan lo siguiente:

“Artículo 198. Determinación de periodos y elección de administradores.

(...)

Las elecciones se harán para los periodos determinados en los estatutos, sin perjuicio de que los nombramientos sean revocados libremente en cualquier tiempo.

Se tendrán por no escritas las cláusulas del contrato que tiendan a establecer la inamovilidad de los administradores elegidos por la asamblea general, junta de socios o por juntas directivas, o que exijan para la remoción mayorías especiales distintas de las comunes.”

“Artículo 199. Período y remoción de otros funcionarios elegidos por asamblea. Lo previsto

⁴ Decreto 410 de 1991 - Por el cual se expide el Código de Comercio.

en los incisos segundo y tercero del artículo 198 se aplicará respecto de los miembros de las juntas directivas, revisores fiscales y demás funcionarios elegidos por la asamblea, o por la junta de socios". (Negrita y subrayas fuera de texto)

En ese mismo orden ideas, el artículo 206⁵ del Código de Comercio refiriéndose al período del Revisor Fiscal, señala que en aquellas sociedades en las que funcione Junta Directiva, el período del Revisor Fiscal será igual al de aquella, pudiendo este ser removido en cualquier tiempo, con el voto de la mitad más una de las acciones presentes en la respectiva reunión.

Al respecto, vale la pena resaltar que para el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro de las cuales se encuentran las Empresas Sociales del Estado – ESE, por no contar con asamblea o junta de socios, se entiende que el máximo órgano de administración de dichas entidades es la Junta Directiva.

Es así, como frente al periodo del revisor fiscal, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C – 621 de 2003⁶, al analizar la constitucionalidad de los artículos 164⁷ y 442⁸ del Código de Comercio, expresó lo siguiente:

“(…) La elección y remoción del representante legal y el revisor fiscal está regulada por los artículos 198 y 199 del Código de Comercio, que al efecto disponen que los órganos competentes para ello, por regla general, son la asamblea o la junta de socios y que dichos nombramientos se harán para los períodos determinados en los estatutos, sin perjuicio de que sean revocados libremente en cualquier tiempo (…).” (Negrita Fuera de texto).

Respuesta a la consulta planteada

Expuesto lo anterior y teniendo en cuenta que la normativa que regula la conformación de las Empresas Sociales del Estado, no hace alusión expresa al periodo que tendría el revisor fiscal, se entiende entonces que dicho periodo, guardando correspondencia con lo señalado en los artículos 198 y 199 del Código de Comercio, será el que para el efecto se determine en los estatutos de la Empresa Social del Estado, los cuales deben ser expedidos para el caso en comento por sus juntas directivas, en el marco de lo previsto en el numeral 1 del artículo 2.5.3.8.4.2.7⁹ del Decreto 780 de 2016.

5 **Artículo 206.** En las sociedades donde funcione junta directiva el período del revisor fiscal será igual al de aquella, pero en todo caso podrá ser removido en cualquier tiempo, con el voto de la mitad más una de las acciones presentes en la reunión.

6 Corte Constitucional M.P Marco Gerardo Monroy Cabra C- 621 de 2003.

7“Artículo 164. Cancelación de la inscripción-casos que no requieren nueva inscripción. Las personas inscritas en la cámara de comercio del domicilio social como representantes de una sociedad, así como sus revisores fiscales, conservarán tal carácter para todos los efectos legales, mientras no se cancele dicha inscripción mediante el registro de un nuevo nombramiento o elección. La simple confirmación o reelección de las personas ya inscritas no requerirá nueva inscripción”.

8 Artículo 442. Cancelación de registro anterior de representante legal con nuevo nombramiento. Las personas cuyos nombres figuren inscritos en el correspondiente registro mercantil como gerentes principales y suplentes serán los representantes de la sociedad para todos los efectos legales, mientras no se cancele su inscripción mediante el registro de un nuevo nombramiento.

Igualmente, de lo expuesto en el artículo 206 del Código de Comercio, frente a las inquietudes planteadas se desprende que si bien, la regla general determina que es discrecional de los asociados establecer libremente en los estatutos, el periodo de los órganos de administración, de dirección y de fiscalización según la estructura de organización que corresponda, para el caso específico de las sociedades donde funcione simultáneamente junta directiva y revisoría fiscal, la norma de manera imperativa ordena que el periodo de ambos necesariamente debe ser igual.

Después de esbozado lo anterior y en cuanto al segundo interrogante la designación del revisor fiscal de la ESE corresponde a la Junta Directiva, la elección deberá realizarse conforme los términos establecidos en los estatutos de la entidad en concordancia con lo previsto en los artículos 198 y 199 del Código de Comercio.

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 2015¹⁰ 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,

9 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, ésta tendrá las siguientes:

1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.

(...)

10 “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.”

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

3.2. ASUNTO: Concepto acerca de la facultad de cobro coactivo de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial.

Radicado 202442400389532

Respetada señora:

Hemos recibido la comunicación del asunto, suscrita por usted mediante la cual está requiriendo:

“(...)

Sírvase informar si la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial es competente para adelantar procesos de cobro coactivo, cobro persuasivo, librar mandamiento de pago Y/o decretar medidas cautelares con el fin de exigir el reembolso a favor de la rama judicial de sumas de dinero pagadas por el reconocimiento de incapacidades y licencias otorgadas a sus empleados afiliados a una determinada EPS. Es decir, si el director seccional es competente para declarar estas obligaciones a cargo de las EPS por concepto de incapacidades y licencias no pagadas. En caso positivo, por favor suministrar el sustento jurídico y/o normativo que otorga tal facultad.

(...)”.

Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar, es preciso indicar frente a su solicitud que en el marco de lo previsto en el artículo 7 del Decreto Ley 4107 de 2011¹¹, esta Dirección tiene como finalidad emitir conceptos generales con observancia de las normas regulatorias del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, razón por la que vía concepto, no podemos determinar si las entidades públicas tiene facultad de cobro coactivo, cobro persuasivo, librar mandamiento de pago y/o decretar medidas cautelares para el recobro de las incapacidades y licencias ante las Entidades Promotoras de Salud – EPS o las Entidades Adaptadas.

Así mismo, este Ministerio se permite indicar, que dentro de la normativa aplicable al SGSSS, no existe ninguna disposición que regule de manera específica el tema de la facultad de cobro coactivo para las entidades públicas y la rama judicial respecto a las incapacidades.

Sobre el particular, vale la pena traer en cita el procedimiento para el pago de las prestaciones económicas (recobro) como lo son: La incapacidad y licencias de maternidad o paternidad a los aportantes o empleadores, el cual se encuentra previsto en el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud, sustituido por el Decreto 2126 de 2023 que reza:

¹¹ 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.

“Artículo 2.2.3.4.3 Pago de prestaciones económicas. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante, o del interesado en los eventos de licencia de maternidad por extensión.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada efectuará el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica. La entidad promotora de salud o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4° del Decreto Ley 1281 de 2002.

La entidad promotora de salud o la entidad adaptada enviará comunicación por el medio autorizado por el usuario, informando el monto reconocido y pagado de la respectiva prestación, y podrá verificar por cualquier medio que el beneficiario de la prestación económica la haya recibido.

De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

Parágrafo 1°. Los aportantes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a las de incapacidades por enfermedad general o de las licencias de que trata este Título, y deberán realizar el registro de tales novedades dentro del proceso de liquidación y pago de aportes.

Parágrafo 2°. Una vez entre en operación el Sistema de Información de Prestaciones Económicas (SIPE), la ADRES podrá adelantar la liquidación y el pago de la licencia de maternidad paternidad y sus diferentes modalidades, así como de las otras licencias derivadas del proceso gestacional y la licencia para el cuidado de la niñez, directamente al aportante, previa verificación por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada del cumplimiento de los requisitos para su reconocimiento señalados en este Decreto y demás disposiciones concordantes, en la forma que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.”

Conforme a lo expuesto y frente a lo consultado, una vez el usuario presenta la solicitud de reconocimiento de la incapacidad con sus respectivos soportes, la EPS o la Entidad Adaptada, tienen quince (15) días hábiles para revisar estos, entrar a liquidar o autorizar dichas prestaciones económicas y una vez estas sean autorizadas tiene hasta cinco (05) días hábiles para pagarlas.

Ahora, para el reconocimiento y el pago de la prestación económica derivada de la incapacidad o de licencias, será el empleador quien adelantará de manera directa ante las EPS o 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

Adaptada a la cual se encuentra afiliado el paciente, los trámites conforme lo establecido por el Decreto Ley 019 de 2012 *“Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”*, en cuyo artículo 121 dispone:

“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.” (Negrillas fuera de texto)

De lo anterior se concluye que, corresponde al empleador adelantar todos los trámites ante las EPS o Entidades Adaptadas, por incapacidad de origen común, licencias de maternidad y paternidad, y sustraer al trabajador de tal obligación.

Se precisa, además, 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 – 2013¹², 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).

Ahora, comencemos a esbozar lo contemplado en la normatividad vigente aplicable para el pago de las prestaciones económicas por incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, 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

12 Expediente T- 3775923, con Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva, Bogotá, D.C., once (11) de junio de dos mil trece (2013)

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).

Ahora, el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 2126 de 2023, estableció parámetros sobre las generalidades de las prestaciones económicas y determinó respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 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.

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.”

Es claro que la incapacidad será reconocida por la EPS o 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.

En este orden de ideas y como respuesta a su consulta, reiteramos que este Ministerio, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, tiene competencia para pronunciarse respecto de la aplicación de las normas que lo regulan, entre las que se encuentran, por ejemplo, las que consagran el derecho al pago de las incapacidades por enfermedad general, las licencias de maternidad y paternidad y los requisitos para su reconocimiento. Eso, sin embargo, no implica que esta cartera esté autorizada para conceptuar sobre la posibilidad de que una entidad de la rama realice un proceso de cobro coactivo para el recobro de las incapacidades y licencias, aspecto que atañe al derecho laboral administrativo, el cual escapa de las competencias de esta entidad.

Por último, en caso de surgir una controversia entre usted, su empleador y la EPS, por el pago de la prestación económica derivada de la incapacidad o licencias, la misma tendría que ser resuelta por la jurisdicción ordinaria, en su especialidad de laboral y de seguridad social, en virtud de lo establecido en el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012¹³, que le asigna el conocimiento 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 de servicio de salud.

Lo anterior, además, teniendo en cuenta que, en la actualidad, por disposición de la Ley 1949 de 2019¹⁴, la Superintendencia Nacional de Salud no tiene competencia para conocer las controversias derivadas del reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.

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 2015¹⁵ 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 del cual se expide el Código General del Proceso

¹⁴ Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.

¹⁵ “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.”

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

3.3. ASUNTO: Solicitud de concepto que aclare cuál es el IBC para la liquidación de prestaciones económicas

Radicado 202342303225632

Respetada doctora:

En atención a su consulta trasladada por competencia a esta cartera por parte de la Superintendencia Nacional de Salud - SNS, en la cual requiere concepto que aclare cuál es el Ingreso Base de Cotización- IBC para la liquidación de prestaciones económicas así:

(...) Comedidamente solicitamos se emita un concepto que aclare cuál es el IBC para la liquidación de prestaciones económicas y sobre el cual las Entidades Promotoras de Salud – E.P.S, deben reconocer y pagar el subsidio por incapacidad según el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 1427 de 2022 que contempla:

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.

(...).”

Al respecto nos permitimos señalar:

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 – 2013¹⁶, 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).

Ahora, comencemos a esbozar lo contemplado en la normatividad vigente aplicable para el pago de las prestaciones económicas por incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, para

16 Expediente T- 3775923, con Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva, Bogotá, D.C., once (11) de junio de dos mil trece (2013)

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)

En este sentido el Decreto 2126 de 2023¹⁷ incorporado en el Decreto 780 de 2016 establece los parámetros sobre generalidades 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 - SGSSS, 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.

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

17 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.

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.”*

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 reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad.

También es importante mencionar que la normativa citada 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 2126 de 2023, es claro que para el pago de la incapacidad es necesario, entre otras cosas, haber cotizado como mínimo cuatro semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad.

Por consiguiente, se infiere que el acceso a incapacidades por enfermedad general requiere el cumplimiento de condiciones que aseguran la viabilidad financiera en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal es el caso de contar con el mínimo de semanas cotizadas para acceder al reconocimiento económico, a excepción de aquellas originadas en tratamientos estéticos o excluidas del plan de beneficios en salud y sus complicaciones. Así mismo, como establece la norma, en los casos que se prórroga la incapacidad, se seguirá teniendo en cuenta el IBC reportado al inicio de la incapacidad concibiendo por inicio, el reportado el día primero de la incapacidad inicial, no el de las incapacidades posteriores o las prórrogas

Además, se debe tener en cuenta que por prórroga de la incapacidad se entiende la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de código diferente de diagnóstico siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) días calendario.

Es necesario no perder de vista que el Ingreso Base de Cotización - IBC es el monto de los ingresos sobre el cual los asalariados e independientes toman como base para aplicar el porcentaje de la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual previamente ha sido determinada por la ley.

En el caso de los trabajadores dependientes el IBC es el salario que devengan, y en el caso de los trabajadores independientes que celebran contratos de prestación de servicios con ingresos iguales o superiores a un (1) salario será el 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir

el valor del IVA, como lo establece el artículo 89¹⁸ de la Ley 2277 de 2022¹⁹.

En todo caso, se debe señalar que ante una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre EPS y 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 2015²⁰ 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;

18 **ARTÍCULO 89. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC) DE LOS INDEPENDIENTES.** Los independientes por cuenta propia y los trabajadores independientes con contratos diferentes a prestación de servicios personales con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (smlmv) efectuarán su cotización mes vencido, sobre una base mínima de cotización del cuarenta por ciento (40%) del valor mensual de los ingresos causados para quienes están obligados a llevar contabilidad, o los efectivamente percibidos para los que no tienen dicha obligación, sin incluir el valor del Impuesto sobre las Ventas (IVA).
(...)”

19 Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria para la igualdad y la justicia social y se dictan otras disposiciones.

20 “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.”

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

3.4. ASUNTO: Consulta sobre el pago y reconocimiento de incapacidades

Radicado 202442300262872

Respetado señor Bedoya:

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

“(…) 7. “... ¿Si la empresa se niega a cancelar las incapacidades superiores a tres días al trabajador, la empresa podrá incurrir en alguna falta grave? (...) (Sic)”

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 recibirá el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13²¹, 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 780 de 2016 establece los parámetros sobre generalidades 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 - SGSSS, 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:

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

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

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.”*

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 reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad.

En concordancia con lo anterior, el artículo 2.2.3.4.2 del Decreto 780 de 2016 estableció que las EPS y/o entidades adaptadas, realizarán la validación de las condiciones para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas como son la incapacidad y las licencias de maternidad y paternidad, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 2.2.3.4.2 Validación de las condiciones para el reconocimiento y pago de la prestación económica. *La entidad promotora de salud o la entidad adaptada constatará el cumplimiento de las condiciones para el reconocimiento de la prestación económica y de los documentos que soportan la solicitud y realizará las validaciones a que haya lugar, a fin de garantizar la correcta liquidación de la prestación y su respectivo pago.”*

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)*

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

día y de conformidad con la normatividad vigente”.

Ahora bien, se debe tener en consideración lo dispuesto en el Decreto Ley 019 de 2012, el cual regula en su artículo 121, el trámite para el reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad o paternidad, así:

“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 fuera del texto original).

Así las cosas y para los efectos de la consulta, la norma transcrita 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.

Además, 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 LA 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

Ahora, según lo dispuesto en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el valor del auxilio que le corresponde a una persona incapacitada por una enfermedad no profesional, es:

“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).

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

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

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

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.

Ahora bien, indica el parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 que corresponde a los empleadores el pago de los dos (2) primeros días de incapacidad, 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).

Así las cosas, 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 o Entidades Adaptadas a partir del tercer (3) día.

A partir de esto se concluye, que los dos primeros días de incapacidad le corresponden al empleador en los términos del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, y este claramente dice que se pagará un auxilio económico equivalente a las dos terceras partes del salario que esté devengando el trabajador, que en porcentaje equivale al 66.66%. 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 2011²², modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012²³ y 1432 de 2016²⁴, 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 2011²⁵, que en su artículo 1, establece los objetivos del citado Ministerio:

“Artículo 1°. Objetivos. Son objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las

22. 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.

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

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

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

actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales. El Ministerio de Trabajo fomenta políticas y estrategias para la generación de empleo estable, la formalización laboral, la protección a los desempleados, la formación de los trabajadores, la movilidad laboral, las pensiones y otras prestaciones.”_(subraya fuera de texto).

Por último, se debe señalar que cuando un afiliado al SGSSS se encuentre inmerso en una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre una EPS y el aportante o empleador, esta podrá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria, en virtud de lo dispuesto en el artículo 622²⁶ de la Ley 1564 de 2012, 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.

Lo anterior, además, teniendo en cuenta que, en la actualidad, por disposición de la Ley 1949 de 2019²⁷, la Superintendencia Nacional de Salud no tiene competencia para conocer las controversias derivadas del reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.

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 2015²⁸ 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,

26. **ARTÍCULO 622.** Modifíquese el numeral 4 del artículo 2o del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, el cual quedará así: (...)“4. 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, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos”.

27 Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.

28 “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.”

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

3.5. ASUNTO: Solicitud de concepto técnico referente a los términos prescriptivos de las facturas, la pérdida de mérito ejecutivo de estas y las eventuales alternativas que existen para hacer efectiva la obligación de pago.

Radicados 202442400566392 y 202442400566422

Respetada Señora:

Hemos recibido la comunicación del asunto, mediante la cual plantea unos interrogantes relacionados con los términos prescriptivos de las facturas, la pérdida de mérito ejecutivo de las mismas, y las eventuales alternativas que existan para reclamar recursos cuando estos títulos han perdido tal característica. Al respecto nos permitimos dar respuesta en los siguientes términos:

I. ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

En los siguientes términos se plantea la solicitud:

“Se solicita concepto al Ministerio de Salud y Protección Social, respecto a los términos de prescripción y caducidad que operan en las reclamaciones y solicitudes que por concepto de recobros o reembolsos realizan las EPS a las Empresas Sociales del Estado (ESE), con las cuales han suscrito contratos de prestación de servicios bajo la modalidad de capitación, por servicios prestados por terceros cuando tanto el usuario como el servicios se encuentran capitados.

Según el artículo 789 del Código de Comercio, en el término de 3 años contados a partir del vencimiento de las facturas, prescriben las acciones jurídicas para acceder por vía ejecutiva al pago de los valores adeudados, no obstante, a que las facturas pierdan el mérito ejecutivo, teniendo en cuenta lo anterior, que en caso de caducidad o prescripción de las acciones ejecutivas, se requiere se indique que mecanismos de reclamación alternativos se pueden adelantar en aras de lograr la recuperación efectiva de los cursos reclamados por dichos conceptos.

Que infracción se materializa si se realizan tramites tendientes al reconocimiento y pago de los valores adeudados a sabiendas que no se puedan instaurar acciones jurídicas para acceder por vía ejecutiva, pero que por vía de hecho y de manera amigable e insistente se puede lograr un resultado positivo ya que la obligación persiste, aunque se pierda el mérito ejecutivo.”

II. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se ciñe a resolver las siguientes inquietudes:

1. Conocer los términos prescriptivos y de caducidad de las facturas relacionadas con servicios en salud cubiertos por la UPC, reclamados por las E.P.S ante las Empresas Sociales del Estado (E.S.E).
2. Ante la pérdida del mérito ejecutivo de las facturas y ante la presencia de caducidad o prescripción de las acciones ejecutivas para reclamar la obligación contenida en la factura, señalar los mecanismos de reclamación alternativos para recuperar los recursos.
3. Indicar, ¿Qué infracción se materializa si se realizan trámites tendientes al reconocimiento y pago de los valores adeudados, cuando no es posible instaurar acciones jurídicas para acceder por vía ejecutiva, pero que a discrecionalidad de las partes sea posible lograr un resultado positivo para la obtención del reconocimiento y pago de la obligación contenida en la factura, aunque esta no preste mérito ejecutivo?.

III. FUNDAMENTOS NORMATIVOS

Para efectos del presente concepto, se tendrán en cuenta las siguientes disposiciones normativas:

Artículos 1625, 2536 de la Ley 84 de 1873²⁹

Artículos 621, 673, 772, 774, 780 del Decreto 410 de 1971³⁰

Artículo 8º de la Ley 791 de 2002³¹

Artículo 1º de la Ley 1231 de 2008³²

Artículo 50 parágrafo 1 Ley 1438 de 2011³³

Artículo 422 de la Ley 1564 de 2012³⁴

Artículo 9º parágrafo 4 de la Ley 1797 de 2016³⁵

Artículo 240 de la Ley 1955 de 2019³⁶

Artículos 621, 673, 772, 774, 779 y 780 del Decreto 410 de 1971³⁷

29 Código Civil Colombiano.

30 Por el cual se expide el Código de Comercio.

31 Por medio de la cual se reducen los términos de prescripción en materia civil.

32 Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.

33 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

34 Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.

35 Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

36 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD.

37 Por el cual se expide el Código de Comercio

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 617 del Decreto 624 de 1989³⁸

Artículo 5° del Decreto 183 de 1997³⁹

Artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002⁴⁰

Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012⁴¹

Decreto 056 de 2015⁴²

Artículo 93 del Decreto 2106 de 2019⁴³

Artículos 2.5.3.4.4.3, 2.5.3.4.4.4, **2.5.3.4.5.1 y 2.5.3.4.5.2** del Decreto 441 de 2022⁴⁴, incorporado en el Decreto 780 de 2016⁴⁵

Sentencia Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Primera, radicación No. 25000232400020070021001, de fecha 30 de enero de 2014.⁴⁶

Sentencia

Sentencia 21971 de la Sección Tercera de Sala de lo Contencioso Administrativo, del Consejo de Estado⁴⁷

Sentencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil SC5515-2019, radicación No. 1100131030182013001001 de fecha 8 de diciembre de 2019.⁴⁸

Sentencia Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección C, radicación No. 25000-23-26-000-1998-02666- 01 (21971) de fecha 15 de noviembre de 2011.⁴⁹

Concepto con radicado 202411600234501 de fecha 8 de febrero de 2024 de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social.

IV. ANÁLISIS JURÍDICO

38 Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los Impuestos Administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales

39 Por el cual se modifican parcialmente los decretos 326 y 1818 de 1996.

40 Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

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

42 Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

43 Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.

44 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud

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

46 Consejera Ponente María Elizabeth García González.

47 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección C, radicación No. 25000-23-26-000-1998-02666- 01 (21971). Consejera Ponente Olga Mérida Valle de la Hoz.

48 Magistrada Ponente Margarita Cabello.

49 Consejera Ponente Olga Mérida Valle de la Hoz.

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 el fin de resolver las inquietudes planteadas dentro de la solicitud de concepto de la referencia, se hace necesario hacer las siguientes precisiones para dar claridad a la peticionaria.

Por un lado, la solicitante hace mención a los términos de “*recobro*” y “*reclamación*” al referirse a las acciones de reclamo sobre la factura, como título ejecutivo, con ocasión a la prestación de servicios en salud. Sea del caso indicar que, por un lado el recobro obedece a la facultad que la ley le otorgó a las E.P.S para obtener el pago de las tecnologías en salud que no están cubiertas por los planes de beneficios en salud y en consecuencia no están financiadas por la Unidad de Pago por Capitación – UPC, este procedimiento está definido en el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 que a su vez fue modificado por artículo 93 del Decreto 2106 de 2019.

Ahora bien, a partir del 1º de marzo de 2020, entró en funcionamiento el mecanismo denominado, Presupuestos Máximos de que trata el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 mediante el cual se asigna un presupuesto anual a las E.P.S del régimen contributivo y subsidiado para que estas entidades realicen la gestión y garanticen la prestación de los servicios y tecnologías en salud que no están incluidas en los planes de beneficios en salud y por consiguiente, no están financiadas con la UPC que se reconoce a sus afiliados.

De otra parte, frente a las reclamaciones en salud, es importante indicar que en principio obedecen al procedimiento administrativo, por el cual las Instituciones prestadoras de salud (IPS) solicitan el reconocimiento y pago por concepto de prestación de servicios en salud a las víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y ataques terroristas, regulado en el Decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016 principalmente.

Teniendo en cuenta lo expuesto y en virtud de la solicitud remitida a este Ministerio, se advierte que los acuerdos de voluntades que se celebran entre las Instituciones prestadoras de servicios en salud (I.P.S) y las Entidades Promotoras de salud (E.P.S) se rigen por la autonomía de la voluntad de las partes, de conformidad con lo establecido en el Decreto 441 de 2022.

Habiendo hecho la anterior aclaración, se procede a dar respuesta a sus cuestionamientos en el mismo orden en que se plantean.

1. En cuanto a los términos prescriptivos y de caducidad de las facturas relacionadas con la prestación de tecnologías en salud cubiertas con la UPC, se hace necesario dejar planteado en este caso que, cuando se está frente a situaciones que involucren la devolución de recursos económicos, deben ejecutarse a través de procesos de facturación, pues este título valor de contenido crediticio legitima el cobro que se pretende.

La factura como título valor está definida en el artículo 772 del Decreto 410 de 1971- Código de Comercio, establece lo siguiente:

“Artículo 772. *Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.”*

De igual forma, el artículo 774 del citado Código señala:

“Artículo 774. *La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:*

1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.

2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.

3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo no afectará la calidad de título valor de las facturas.”

En concordancia con esta normativa, el parágrafo 1 del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, indica:

“PARÁGRAFO 1o. *La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.”* (Subrayado y resaltado no originales)

Recientemente, y con la entrada en vigencia del Decreto 441 de 2022, expedido por este Ministerio, relacionado con la facturación derivada de la prestación de servicios de salud, se dispuso:

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 2.5.3.4.4.3 Aceptación de la factura de venta. La aceptación de la factura de venta por parte de la entidad responsable de pago es expresa cuando dicha entidad informa de ello al prestador o proveedor, o tácita, si vencidos los plazos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la entidad no formula y comunica al prestador o proveedor las glosas o no se pronuncia sobre el levantamiento total o parcial de estas.

Artículo 2.5.3.4.4.4 Factura de venta como título valor. A partir del momento en que la factura de venta sea aceptada expresa o tácitamente, se genera la obligación de pago contenida en ella y constituirá un título valor exigible por los valores aceptados, previo cumplimiento de los demás requisitos establecidos en el Código de Comercio, el Estatuto Tributario y la demás normativa aplicable.” (Subrayado y negrilla no originales).

En armonía con lo aquí señalado, se considera de importancia valorar lo expuesto por el H. Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Primera, radicación No 25000-23-24-000-2007-00210-01, de fecha 30 de enero de 2014, sentencia en la que se indicó:

“Al respecto, la Sala tiene en cuenta lo siguiente:

El artículo 5° del Decreto 183 de 1997 establece que la facturación que se presente como consecuencia de la compraventa de servicios médicos entre las Entidades Promotoras y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, entre sí, deberá sujetarse a una misma codificación que acuerden éstas a través de las principales entidades que las agrupen. De no ser adoptada, será establecida por el Ministerio de Salud y será de obligatorio cumplimiento para las EPS e IPS, públicas o privadas.

El artículo 772 del Código de Comercio define la Factura como “...un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito”.

De las normas transcritas, infiere la Sala que el prestador del servicio de salud deberá expedir verdaderos títulos quirografarios, denominados ‘Facturas’, a la EPS como consecuencia de la compraventa del servicio mencionado con el propósito de que las mismas sean pagadas en los términos y bajo el procedimiento establecido en la Ley.

Estos títulos valores (facturas), para su validez y eficacia deberán reunir los requisitos previstos en los artículos 621 y 774 del Código de Comercio, así como los consagrados en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

Así mismo, se encarga de reconocerlo la apelante cuando señala en su recurso de apelación que: “las facturas de venta allegadas, cumplían en su totalidad de los requisitos exigidos por el Estatuto Tributario y fueron radicadas en la EPS...”.

La Sala observa que entre las partes procesales en el presente caso, existió una verdadera relación comercial que llevó a la demandante a expedir facturas por la prestación del servicio de salud, que tenían el carácter de cambiarias de compraventa y se asimilaban en todos sus efectos a una letra de cambio.

*Por tal motivo, **la acción que surge en el presente evento no es la Ejecutiva, como lo señala la recurrente, sino la prevista en el artículo 780 del Estatuto Mercantil denominada Acción Cambiaria**, que goza de un término de prescripción de tres años y que surge en el momento en que el tenedor legítimo de un título valor no obtiene en forma voluntaria el pago de las obligaciones allí incorporadas. (...)*

*En consecuencia, considera la Sala que, habiéndose emitido las facturas en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2001, y presentado la reclamación para su pago en sede administrativa ante el Agente Liquidador el 21 de febrero del año 2005 (folio 231 del cuaderno núm. 1), **la Acción Cambiaria correspondiente se encontraba prescrita para la fecha del reclamo y no le era permitido al servidor público reconocer y pagar obligaciones prescritas, so pena de comprometer su responsabilidad fiscal y disciplinaria.**⁵⁰ (Subrayado y negrilla no originales).*

Aunado a lo anterior, la Dirección Jurídica de este Ministerio, mediante respuesta de radicado No. 202411600234501 de fecha 8 de febrero de 2024, refirió:

“(…)

La prescripción depende de un término previsto por la ley, para el caso de la acción cambiaria directa, es de tres (3) años, contados a partir del vencimiento de la obligación, y para la de regreso, es de un (1) año, contado desde la fecha de vencimiento. Es preciso indicar que, las obligaciones de las facturas que se emiten por prestación de servicios de salud prescriben en los términos establecidos para la acción cambiaria directa, es decir tres años o un año para la acción cambiaria de regreso.

*Por lo tanto, **la prescripción solo puede operar cuando la EPS, o cualquier otra entidad encargada del pago de las facturas, acrediten haber adelantado la gestión correspondiente para la conciliación o aclaración de cuentas con la respectiva IPS de conformidad con el parágrafo 4 del artículo 9 de la Ley 1797 de 2016. La prescripción se empieza a contabilizar desde la aceptación tácita o expresa de la factura.** (…)* (Subrayado y resaltado no originales).

De lo anterior se colige que son las Empresas Sociales del Estado – E.S.E, las que eventualmente ejercen acciones de cobro ante las E.P.S, a través de procesos de facturación en salud, en donde aplican los requisitos contemplados en el artículo 2.5.3.4.4.4 del Decreto 780 de 2016 y los que se indican en el Código de Comercio y el Estatuto Tributario, tal y como fue expuesto.

2. Respecto a la pérdida de mérito ejecutivo de las facturas y la presencia de caducidad o prescripción de las acciones ejecutivas, y las alternativas jurídicas para recuperar recursos adeudados, es preciso hacer las siguientes apreciaciones de la factura como título valor y como título ejecutivo.

50 Consejera Ponente María Elizabeth García González.
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

La factura como título ejecutivo podría evidenciarse en el artículo 422 de la Ley 1564 de 2012, que denota lo siguiente:

“Artículo 422. Título Ejecutivo. *Pueden demandarse ejecutivamente **las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante,** y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial, o de las providencias que en procesos de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, y los demás documentos que señale la ley. La confesión hecha en el curso de un proceso no constituye título ejecutivo, pero sí la que conste en el interrogatorio previsto en el artículo 184.”* (Subrayado y resaltado no originales).

Esta acepción del título ejecutivo deja identificar que, el mérito ejecutivo es una cualidad especial atribuida a los documentos en cuyo contenido establece una obligación u obligaciones claras, expresas y exigibles provenientes del deudor; componentes que permiten que la obligación impagada sea exigible a través de un proceso judicial.

Sobre la institución jurídica de la prescripción aquí interrogada, debe examinarse que tal y como lo establece el Código Civil, se traduce en una forma de extinción de las obligaciones, caracterización atribuida por el artículo 1625 de la Ley 84 de 1873, al establecer:

“Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

- 1o.) *Por la solución o pago efectivo.*
- 2o.) *Por la novación.*
- 3o.) *Por la transacción.*
- 4o.) *Por la remisión.*
- 5o.) *Por la compensación.*
- 6o.) *Por la confusión.*
- 7o.) *Por la pérdida de la cosa que se debe.*
- 8o.) *Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*
- 9o.) *Por el evento de la condición resolutoria.*
- 10.) *Por la **prescripción**. (...)*” (Subrayado y resaltado no originales)

En contexto con ello, y atendiendo el fenómeno prescriptivo comentado, debe acudir al artículo 2536 de la Ley 84 de 1873, normativa que señala:

“PRESCRIPCION DE LA ACCION EJECUTIVA Y ORDINARIA”. <Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 791 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> **La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años.** Y la ordinaria por diez (10).

La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5).

Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término.” (Subrayado y resaltado no originales)

Debe precisarse que, en sentencia proferida por la H. Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil SC5515-2019, radicado 1100131030182013001001 de fecha ocho (8) de diciembre de 2019, se manifestó:

“Así las cosas, la prescripción que extingue las acciones requiere cierto lapso de tiempo, cuando se trate de acciones ordinarias -son todas aquellas que no tienen señalado un plazo corto - que es de diez (10) años, el cual se computa desde que la obligación se ha hecho exigible, mientras que las acciones ejecutivas se extinguirán por prescripción en cinco (5) años.”⁵¹

Nótese como, la norma precedente no solo determina el término por el cual se entiende prescribe la acción ejecutiva, sino que, concomitantemente establece la alternativa jurídica frente a la extinción de tal actuación, elección que no es otra que poder reclamar lo adeudado a través del proceso ordinario; en otras palabras, no interpuesta la acción ejecutiva en los cinco (5) años con antelación referidos, se convierte en ordinaria, lo que significa que lo adeudado se reclama por este último mecanismo, siendo entonces la opción de reclamación cuando la acción ejecutiva ha prescrito.

3. En cuanto a la infracción que cita la peticionaria, en caso de acudir a las vías de hecho, cuando no sea posible acudir al trámite tendiente al reconocimiento y pago de los valores adeudados, por vía ejecutiva, pero que a discrecionalidad de las partes sea posible lograr un resultado positivo para la obtención del reconocimiento y pago de la obligación contenida en la factura, aunque esta no preste mérito ejecutivo.

Para dar respuesta a este cuestionamiento, se debe precisar que, sobre el concepto de “vía de hecho” y los elementos que la constituyen, el Consejo de Estado ha indicado lo siguiente:

« (...) tal institución ha sido aplicada principalmente en el campo de la actividad judicial, pero es aplicable también en el ámbito de los procesos y actuaciones administrativos. Al respecto, esta corporación ha manifestado:

“La vía de hecho, tal como la ha descrito la doctrina de la Corte, corresponde a una determinación arbitraria adoptada por el juez, o a una omisión del mismo carácter, en virtud de la cual se atropella el debido proceso, se desconocen garantías constitucionales o se lesionan derechos básicos de las personas, en razón de una flagrante desobediencia a lo prescrito por la Constitución y la ley.”

(...)

51 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil SC5515-2019, radicado 1100131030182013001001 Magistrada Ponente Margarita Cabello Blanco.

"Desde luego, también se ha destacado que únicamente se configura la vía de hecho cuando pueda establecerse sin género de dudas, una transgresión evidente y grave del ordenamiento jurídico, de tal entidad que rompa por completo el esquema de equilibrio procesal instaurado en las normas aplicables."

(...)

"Por supuesto, las garantías que integran el debido proceso (art. 29 C.P.) deben preservarse íntegramente, de lo cual se infiere que la falta de cualquiera de ellas repercute en la pérdida de validez de lo actuado, y puede constituir -depende de su gravedad- una vía de hecho susceptible de la acción de tutela."

Esta Corporación en su jurisprudencia ha establecido una doctrina en relación con las vías de hecho, al clasificar varios tipos de defectos en los que incurren las autoridades judiciales o, en casos como el concreto, autoridades administrativas que conllevan a que sus decisiones sean consideradas como tales. Así, las ha dividido en:

"(1) un grave defecto sustantivo, es decir, cuando se encuentre basada en una norma claramente inaplicable al caso concreto;

(2) un flagrante defecto fáctico, esto es, cuando resulta evidente que el apoyo probatorio en que se basó el juez para aplicar una determinada norma es absolutamente inadecuado;

(3) un defecto orgánico protuberante, el cual se produce cuando el fallador carece por completo de competencia para resolver el asunto de que se trate; y,

(4) un evidente defecto procedimental, es decir, cuando el juez se desvía por completo del procedimiento fijado por la ley para dar trámite a determinadas cuestiones."

Visto lo anterior, haciendo aplicación al caso de los pronunciamientos y decisiones tomadas por autoridades administrativas, se puede decir que una vía de hecho se produce cuando quien efectúa, sea una decisión judicial o administrativa, en forma arbitraria y con fundamento en su única voluntad, actúa en franca y absoluta desconexión con la voluntad del ordenamiento jurídico, vulnerando o amenazando derechos fundamentales. »

De lo anterior, es posible determinar que las vías de hecho son conductas que constituyen decisiones apartadas de la Constitución y la Ley, y por lo tanto no producen efecto jurídico alguno.

Ahora bien, respecto a la infracción que usted expresa se "materialice", debe manifestarse que ello depende del ámbito bajo el cual ocurra la vía de hecho, pudiendo en algunos casos esta actuación ser motivo para el inicio de acciones disciplinarias, penales, administrativas, policivas y las que determine de la ley, por lo que corresponde a las autoridades competentes evaluar la estructuración de la denominada infracción y la imposición si es del caso de la sanción que en derecho corresponda.

De otra parte, en lo relativo a los arreglos amigables a los que aduce, es pertinente precisar que no existe disposición en nuestro ordenamiento, que prohíba que las partes de manera libre, voluntaria y en consenso decidan zanjar sus diferencias, al margen de que no sea posible ejecutarse la acción por vía judicial, pues las partes, en ejercicio de la autonomía privada de la libertad, así lo han determinado y por lo mismo no se constituye un acto reprochable ni penalizado.

En consonancia con lo antes aludido, es a lugar señalar que, al momento de pactar los contratos de prestación de servicios de salud, tal acuerdo debe incluir el mecanismo que en principio se considera para la solución de eventuales conflictos que surjan entre los extremos, circunstancia así considerada por el Decreto 441 de 2022 al disponer:

“Artículo 2.5.3.4.2.2 Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Con independencia de la o las modalidades de pago, los contenidos y elementos esenciales de los acuerdos de voluntades, estos deberán contener como mínimo lo siguiente:

(...)

19. Los mecanismos para la solución de conflictos que sean acordados.”

V. RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Habiendo dado respuesta a los interrogantes planteados dentro de la solicitud de concepto, la solución a los diversos problemas jurídicos presentados es la siguiente:

En lo relativo a los términos prescriptivos y de caducidad de las facturas relacionadas con la prestación de tecnologías en salud cubiertas con la UPC, reclamadas por las Empresas Sociales del Estado (ESE) a las EPS, queda sustentado que tal reclamación de recursos deberá ejecutarse por intermedio de procesos de facturación, hecho que deriva en que, las facturas objeto de controversia, asuman todas y cada una de las implicaciones jurídicas de los títulos valores, incluidas dentro de ellas la prescripción, como fenómeno que emerge siempre y cuando se cuente con los soportes que reúnan los requisitos consagrados en el artículo 2.5.3.4.4 del Decreto 780 de 2016 y los que se indican en el Código de Comercio y el Estatuto Tributario, tal y como fue expuesto.

Es importante resaltar que, cuando se pretende hacer uso de la institución jurídica de la prescripción como consecuencia de la prestación de servicios de salud, esta solo podrá invocarse cuando se acredite que se ha podido llevar a cabo la gestión relativa a la conciliación o aclaración de cuentas, tal y como lo dispone el parágrafo 4 de la Ley 1797 de 2016.

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

Por otro lado, en cuanto a las facturas como título ejecutivos, puede concluirse que, habiéndose detallado el concepto de título ejecutivo, que es el que incorpora un **derecho literal y autónomo** que contiene obligaciones claras, expresas y exigibles, es posible hacerse exigible conforme al artículo 2536 del Código Civil, tal y como se expuso con anterioridad.

Por último, en lo relativo a los arreglos amigables que pueden acordar las partes para superar sus diferencias, es pertinente manifestar que el artículo 2.5.3.4.2.2 del precitado Decreto 441 de 2022, infiere que estos acuerdos constituyen verdaderos mecanismos para la solución de conflictos, por lo tanto, no existe disposición en nuestro ordenamiento, que prohíba que las partes de manera libre, voluntaria y en consenso resolver sus conflictos, al margen de que no sea posible acudir a la vía judicial, por lo tanto, no se incurre en una “*vía de hecho*”, toda vez que, los interesados no han ejecutado conductas que estén apartadas de la Constitución y la ley, tal como lo ha definido el Consejo de Estado en la providencia de radicación No. 25000-23-26-000-1998-02666- 01 (21971).

Ahora bien, respecto a la materialización de infracción alguna, en la que las partes puedan incurrir, es necesario reiterar que corresponde a las autoridades competentes evaluar la configuración de las acciones disciplinarias, penales, administrativas, policivas y las que determine de la ley, junto con la imposición de la sanción que en derecho corresponda, según sea el caso.

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 1º de la Ley 1755 de 2015 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,