

**BOLETÍN
JURÍDICO No. 12
DICIEMBRE
2016**

TABLA DE CONTENIDO

<u>Jurisprudencia</u>	3
<u>Sentencias de la Corte Constitucional</u>	4
<u>Sentencia T – 306 de 2016</u>	5
<u>Normativa</u>	41
<u>Decretos</u>	42
<u>Decreto 1190 de 2016</u>	43
<u>Decreto 2083 de 2016</u>	48
<u>Decreto 2117 de 2016</u>	52
<u>Decreto 2152 de 2016</u>	59
<u>Resoluciones</u>	62
<u>Resolución 5884 de 2016</u>	63
<u>Resolución 5885 de 2015</u>	67
<u>Resolución 5928 de 2016</u>	71
<u>Resolución 5929 de 2016</u>	75
<u>Resolución 5975 de 2016</u>	79
<u>Resolución 6055 de 2016</u>	81
<u>Resolución 6057 de 2016</u>	85
<u>Resolución 6066 de 2016</u>	88
<u>Resolución 6346 de 2016</u>	92
<u>Resolución 6347 de 2016</u>	98
<u>Resolución 6348 de 2016</u>	103
<u>Resolución 6349 de 2016</u>	110
<u>Resolución 6357 de 2016</u>	112
<u>Resolución 6408 de 2016</u>	116
<u>Resolución 6411 de 2016</u>	160
<u>Conceptos Jurídicos</u>	177
<u>Pago de incapacidades a Ediles</u>	178
<u>Período de representante de asociación de usuarios ante la Junta Directiva de una ESE</u>	183
<u>Pago de incapacidad superior a 180 días</u>	185
<u>Cobro de fotocopias por parte de los Tribunales Éticos de Enfermería</u>	189
<u>Cumplimiento de meta de resultado incluida en el Plan de Desarrollo Municipal</u>	193
<u>Inhabilidad miembro de Junta Directiva</u>	196
<u>Cobro de prestaciones Económicas</u>	201
<u>Aplicación de la Resolución 123 de 2015</u>	205
<u>Certificados ético – disciplinarios</u>	208
<u>Validez de la Resolución 0509 de 2014 de la Gobernación del Casanare</u>	211
<u>Obligación de reportar información a la Cuenta de Alto Costo</u>	214

JURISPRUDENCIA

I. SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

Sentencia T 306 de 2016

Referencia: expediente T-5165407

Acción de tutela instaurada por Liliana Andrea Garcés Piedrahita contra Coomeva EPS.

Magistrado Ponente:
GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Bogotá D. C., quince (15) de junio de dos mil dieciséis (2016)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política y en los artículos 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente.

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo de tutela proferido por el Juzgado Sexto Civil Municipal en Oralidad de Armenia en la acción de tutela instaurada por Liliana Andrea Garcés Piedrahita contra Coomeva EPS.

I. ANTECEDENTES

La señora Liliana Andrea Garcés Piedrahita, actuando en nombre propio, elevó acción de tutela contra la EPS COOMEVA solicitando que se garantice su derecho a la salud reproductiva, presuntamente vulnerado por la negativa de la entidad demandada en ordenar un procedimiento médico denominado *terapia de inmunización con leucocitos paternos*, que, según afirma en su demanda, le permitiría llevar a cabo un embarazo completo.

1. Hechos de la demanda

Indica la accionante que desde hace tres años se encuentra afiliada a Coomeva EPS en condición de beneficiaria. Tiene 34 años de edad, una unión marital de hecho con el señor Rosbel Rubén Fernández Naranjo y en 7 oportunidades ha presentado abortos espontáneos a los dos meses de gestación que le han ocasionado serios problemas de salud.

Cuenta que interpuso una primera tutela para que la remitieran a un médico ginecólogo especialista en fertilidad, obteniendo un primer fallo a su favor; con posterioridad presentó otra acción de tutela para que se le autorizaran los exámenes clínicos ordenados por el médico tratante, sentencia que igualmente accedió a las pretensiones solicitadas.

Una vez realizados los exámenes analíticos a la peticionaria y a su pareja (cariotipo con bandeo en sangre, bloqueadores aloinmune y espermograma) la Doctora Gloria Elena Ospina Montoya, médica ginecóloga para ese momento (2014) adscrita a Coomeva EPS, ordenó la terapia con linfocitos paternos, tras considerar que era el tratamiento a seguir luego de haber realizado las pruebas clínicas y diagnósticas previas.

Señala la accionante que desde julio del 2014 entregó la orden a la E.P.S COOMEVA y no han autorizado el procedimiento. Agrega que se ha visto *“en la necesidad de empezar un tratamiento psicológico dado “su anhelo de que la empresa de salud continúe con el tratamiento ya iniciado y puedan hacerle el tratamiento para tener un embarazo completo.”* Indica que son personas de bajos recursos, *actualmente no trabaja y su compañero es quien provee los gastos del hogar.”*

2. Fundamentos jurídicos de la solicitud de tutela

Afirma la accionante que han sido vulnerados sus derechos a la vida, a la dignidad humana y a la salud reproductiva. Solicita que se ordene a la EPS Coomeva que en la mayor brevedad posible ordene la práctica de la *inmunoterapia con leucocitos paternos*, lo que le permitirá, según pronóstico médico, llevar un embarazo normal y completo.

3. Respuesta de la entidad demandada

En la contestación a la acción de tutela,¹ Coomeva EPS respondió lo siguiente:

“Se informa al juzgado que dicho servicio no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud, y por lo tanto para su trámite y autorización requiere ser evaluado por Comité Técnico Científico en cumplimiento de la Resolución 5395 de 2013, sin embargo, en este caso la tratante Dra. Gloria Elena Ospina no diligencia ningún tipo de formato para la justificación del procedimiento por lo cual se remitió solicitud al tratante de aportar la correspondiente solicitud de servicio no POS y de esta manera evaluar el caso teniendo en cuenta que se trata de una paciente que se encuentra en un manejo franco de infertilidad lo cual está establecido como una exclusión taxativa”.

4. Sentencia de única instancia

El Juez Sexto Civil Municipal En Oralidad de Armenia, consideró que la situación planteada en la presente tutela, no encaja en las excepciones contempladas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional para conceder el amparo constitucional y, por ende, resuelve negar la protección solicitada.

Indicó la providencia, que no existe en este caso una enfermedad o patología que al ser tratada le permita a la señora Liliana Andrea Garcés Piedrahita, procrear; en el expediente solo se cuenta con la historia clínica y consulta médica y no se diligenció formato para la justificación del procedimiento ante el Comité Técnico Científico.

5. Pruebas que obran en el expediente²

¹ Folio 38 del cuaderno 1.

² Folios de 1 a 5 cuaderno número 1

- 1.- Copia de la historia Clínica de la accionante
- 2.- Copia de la orden médica
- 3.- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la señora Liliana Andrea Garcés.

6. Pruebas solicitadas por la Corte Constitucional

La Sala Cuarta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, mediante auto del 25 de enero de 2016 decretó las siguientes pruebas para mejor proveer en el asunto de la referencia y ordenó suspender los términos hasta la recepción de las pruebas y el estudio de las mismas. En el auto mencionado la Sala dispuso lo siguiente:

“Primero. Por Secretaría General, ofíciase a la doctora Gloria Elena Ospina Montoya, Ginecóloga General, en la ciudad de Armenia, (calle 2N número 13-10 piso 2 Armenia para que en el término máximo de diez (10) días, informe por escrito a esta Sala de Revisión lo siguiente:

1. *En qué consiste la técnica de fertilización denominada “inmunoterapia con linfocitos paternos” recomendada a la paciente Liliana Andrea Garcés afiliada a Coomeva y quien padece actualmente de pérdida habitual de embarazos.*

2. *Explique a la Corte, si se trata, en el caso específico de la paciente mencionada, del único tratamiento probable en el mantenimiento del embarazo ante la circunstancia personal de los abortos espontáneos recurrentes, o si existen otras alternativas terapéuticas de reproducción asistida compatibles con el estado de salud de la señora Liliana Andrea Garcés Piedrahita y que a su vez logren llevar el embarazo a término.*

Segundo. Por Secretaría General, ofíciase al doctor Juan Carlos Mendoza miembro de la Unidad de Reproducción Humana de la Universidad del Bosque (Edificio del Bosque, calle 134 número 7B- 83 piso 7 en Bogotá), para que preste su colaboración a la Corte Constitucional en un informe en el que explique a esta Sala (i) cuál es la etiología de los abortos espontáneos habituales y si esta circunstancia puede mejorar con la técnica de la “inmunoterapia con linfocitos paternos”; (ii) cuál es la evidencia científica existente frente a este tratamiento ; (iii) cuál es la validez y eficacia del mismo para casos de abortos recurrentes y (iv) cuáles son los potenciales o reales efectos adversos que puede tener la técnica de inmunización con linfocitos paternos.”

2. En respuesta a las pruebas solicitadas, se recibieron los siguientes informes:

2.1. Mediante Oficio OPT-A-086/2016 el Doctor Juan Carlos Mendoza respondió lo siguiente sobre la etiología de los abortos espontáneos habituales y si esta circunstancia puede mejorar con la técnica de inmunoterapia con linfocitos paternos:

“Lo primero que habría que advertir en este punto es que el término de aborto habitual aun hoy no se ha aclarado totalmente, pues mientras para algunos

autores y sociedades científicas se considera que el aborto habitual debe considerarse luego que la mujer ha tenido 2 pérdidas de embarazo para otros se debe considerar dicha terminología luego de que haya tenido 3 o más pérdidas de embarazo antes de la semana 20.

La etiología del aborto habitual es diversa pues dentro de las causas que se han relacionado con esta patología podemos mencionar las de tipo genético, anatómico, endocrinológico, metabólico, infeccioso, inmunológico, hematológico y psicológico entre otros, debiendo mencionar que en los últimos años existe información en la que también se han relacionado aspectos de la calidad seminal con este tipo de patología. Existen casos donde pueden estar presentes de forma concomitante más de una de las causas que se han relacionado con el aborto habitual pero lo más relevante en este tema es el hecho que dependiendo de las metodologías que han usado los diferentes autores para clasificar su universo de pacientes, lo cual se describe en las diversas publicaciones, se ha calculado que de un 30 a 50 % de los casos se consideran de causa desconocida.

De acuerdo a lo anterior, se entiende que existen múltiples causas y por lo tanto diferentes posibilidades terapéuticas, en caso de hacer un diagnóstico de problemas autoinmunes en la pareja, una de las que se ha descrito es la inmunoterapia con linfocitos paternos (en realidad leucocitos) la cual tendría cabida si el diagnóstico individual de cada caso en particular amerita tener en cuenta dicha posibilidad, caso en el cual pudiera mejorar la circunstancia expuesta.

Con relación a la evidencia científica existente frente a este tratamiento señaló:

“Este tratamiento fue descrito hace 35 años y la evidencia científica ha sido controversial hasta hoy, de acuerdo a las diferentes publicaciones y experiencia de los grupos que han trabajado con esta terapéutica, los resultados en términos de bebé en casa son tan diversos como que van desde el 10 % hasta al 90 % de tasas de éxito según diferentes autores.

Un estudio multicéntrico realizado bajo el auspicio de la Sociedad Americana de Inmunología de la Reproducción concluyó que los resultados controversia l es de las investigaciones realizadas para medir la eficacia de la linfoterapia tenía su origen en la heterogeneidad de los grupos a tratar. En la literatura existen datos que sustentan sus beneficios y otros meta-análisis en los que no se ha podido comprobar su eficacia. Estos últimos han sido criticados por diferentes razones que pudieran explicar por qué dichos estudios han dado los resultados descritos, dentro de dichos argumentos se menciona que los estudios incluyen pacientes de grupos heterogéneos, no todos tienen en cuenta el número de pérdidas pues el pronóstico de cualquier tratamiento para el aborto habitual será peor en la medida que se han tenido más número de pérdidas de embarazo y razones aún más técnicas de la terapia como haber usado diferentes vías de administración (subcutánea, endovenosa o

intradérmica), diferentes dosis (cantidad de células) así como también el hecho de trabajar con células congeladas, todo lo cual puede alterar los resultados.”

Sobre la validez y eficacia del mismo para casos de abortos recurrentes sostuvo:

“De acuerdo a lo expuesto anteriormente debo mencionar que no es una terapia generalizada en casos de aborto recurrente, que es necesario estudiar, descartar o tratar los factores relacionados en cada caso en particular y que solo en aquellos casos en los que se haga un diagnóstico que justifique su uso se puede tener en cuenta, pues debo aclarar que no es la única metodología descrita para realizar inmunomodulación en casos de aborto recurrente.

En cuanto a la eficacia, lo he mencionado en el punto dos, dependerá de un diagnóstico adecuado y la aplicación de una metodología terapéutica que haya demostrado resultados, considerando que el tratamiento utilizado de la manera adecuada en la paciente indicada tiene sin duda un efecto terapéutico.”

Los potenciales o reales efectos adversos que puede tener la técnica de inmunización con linfocitos paternos son los siguientes:

“Se han descrito potenciales efectos adversos de la técnica como enfermedades transmisibles, cicatriz o granuloma en el sitio de la Inyección reacciones anafilácticas, reacción injerto huésped, enfermedades autoinmunes, preeclampsia y retardo de crecimiento intrauterino. Estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que los riesgos reales están limitados a la respuesta esperada en una vacunación para enfermedades infecciosas, principalmente reacciones locales en el sitio de la inyección, endurecimiento, prurito o inflamación, síntomas que ceden espontáneamente a los pocos días, ocasionalmente puede haber reacciones sistémicas que llevan a producir un ligero estado febril, dolor de cabeza y malestar. No se ha reportado reacción injerto huésped y en cuanto al riesgo de enfermedades autoinmunes, preeclampsia o retardo de crecimiento intrauterino, estas se han relacionado con posible patología de base autoinmune concomitante en este grupo de pacientes.”³

³ El Doctor Juan Carlos Mendoza, recomienda igualmente la lectura del siguiente material científico sobre el tema analizado: *The American Society for Reproductive Medicine (2012) Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: A committee opinion Fértil Steril 2012; 98:1103-11; The American Society for Reproductive Medicine (2008) Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. Fértil Steril 90: S60; Wang WJ1, Hao CF, Yi-Lin, Yin GJ, Bao SH, et al. (2010) Increased prevalence of T helper 17 (Th17) cells in peripheral blood and decidua in unexplained recurrent spontaneous abortion patients. J Reprod Immunol 84:164-170; Wang WJ1, Hao CF, Lin QD (2011) Dysregulation of macrophage activation by decidual regulatory T cells in unexplained recurrent miscarriage patients. J Reprod Immunol 92: 97-102; Christiansen, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark Immunotherapy is inappropriate for treatment of recurrent pregnancy loss ,Fertility Clinic 4071; Sunder SI, Lenton EA (2000) Endocrinology of the peri-implantation period. Baillieres Best Pract*

2.2. Por su parte la Doctora Gloria Elena Ospina Montoya especialista en Ginecología y quien recomienda el tratamiento a la accionante, indicó a la Sala lo siguiente:

“- La inmunoterapia no es una técnica de reproducción asistida o fertilización sino una opción terapéutica previa a la nueva búsqueda de embarazo para pacientes con múltiples pérdidas o abortos a quienes se les ha realizado el estudio de baja respuesta inmune; el embarazo es similar a un trasplante al

Res Clin Obstet Gynaecol 14: 789-800; Taylor C, Faulk WP (1981) Prevention of recurrent abortion with leucocyte transfusions. Lancet 2: 68-70; Higuchi KI, Aoki K, Kimbara T, Hosoi N, Yamamoto T, et al. (1995) Suppression of natural killer cell activity by monocytes following immunotherapy for recurrent spontaneous aborters. Am J Reprod Immunol 33: 221-227; Qiu LI, Lin Q, Hong Y (2001) [Study on changes of serum T helper cell type 1 and 2 cytokines after active immunotherapy in women with unexplained habitual abortion]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 36: 408-410; Yokoo T, Takakuwa K, Ooki I, Kikuchi A, Tamura M, et al (2006) Alteration of TH1 and TH2 cells by intracellular cytokine detection in patients with unexplained recurrent abortion before and after immunotherapy with the husband's mononuclear cells. Fertil Steril 85:1452-1458; Yang H, Qiu L, Di W, Zhao A, Chen G, et al. (2009) Proportional change of CD4+CD25+ regulatory T cells after lymphocyte therapy in unexplained recurrent spontaneous abortion patients. Fertil Steril 92: 301-305; Khonina NA, Broitman EV, Shevela EY, Pashman NM, Chernykh ER (2013) Mixed lymphocyte reaction blocking factors (MLR-Bf) as potential biomarker for indication and efficacy of paternal lymphocyte immunization in recurrent spontaneous abortion. Arch Gynecol Obstet 288: 933-937; Gharezi-Fard BI, Zolghadri J, Haghbin H (2013) Soluble CD30 (sCD30) and effectiveness of leukocyte therapy in recurrent pregnancy loss patients. J Reprod Immunol 97: 240-244; Mowbray JF, Gibbings C, Liddell H, Reginald PW, Underwood JL, et al. (1985) Controlled trial of treatment of recurrent spontaneous abortion by immunisation with paternal cells. Lancet 1: 941-943; Recurrent Miscarriage Immunotherapy Trialists Group (1994) Worldwide collaborative observational study and meta-analysis on allogenic leukocyte immunotherapy for recurrent spontaneous abortion. Am J Reprod Immunol 32: 55-72; JCubillos, JC Mendoza Aborto Recurrente Controversias en Ginecología y Obstetricia.. Vol 16 no.92 Junio 2006; Daya S, Gunby J, Recurrent Miscarriage Immunotherapy Trialists Group (1994) The effectiveness of allogeneic leukocyte immunization in unexplained primary recurrent spontaneous abortion. Am J Reprod Immunol 32: 294-302; Cubillos JC, Mendoza JC, Ruiz H y cols. Aborto Recurrente Espontáneo: tratamiento inmunológico y resultado perinatal, 1999. Medicina Reproductiva, volumen 2 julio – octubre., Ober CI, Karrison T, Odem RR, Barnes RB, Branch DW, et al. (1999) Mononuclear-cell immunisation in prevention of recurrent miscarriages: a randomised trial. Lancet 354: 365-369; Ogasawara MI, Aoki K, Okada S, Suzumori K (2000) Embryonic karyotype of abortuses in relation to the number of previous miscarriages. Fertil Steril 73: 300-304; Regan LI, Braude PR, Trembath PL (1989) Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. BMJ 299: 541-545; Wegener S, Schnursteina K, Hanschb S, Brieseb V, Sudikc R, et al. (2006) Immunotherapy with Paternal Lymphocytes for Recurrent Miscarriages and Unsuccessful in vitro Fertilization Treatment. Transfus Med Hemother 33: 501-507; Coulam CB, Clark DA, Beer AE et al. Current clinical options for diagnosis and treatment of recurrent spontaneous abortion. Am J Reprod Immunol 1997; 38,57-74, entre otros.-

cual se debe tener una respuesta de reconocimiento, luego de este tratamiento se evidencia la elevación a valores normales de anticuerpos bloqueadores que dan mejores resultados para el futuro embarazo, en mi practica de 22 años tengo varias pacientes con éxito aun después de 7 abortos previos.

Las causas de abortos son múltiples y complejas, no tengo la información exacta de esta historia pero siempre se realiza estudio de otros factores como hormonal, infeccioso, genético, y estructurales normales para seguir adelante. El recurso de inmunoterapia con linfocitos paternos no tiene alternativas y los métodos de reproducción asistida no mejoran este problema.”

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

1. Competencia

Es competente esta Sala de la Corte Constitucional para revisar la decisión proferida dentro de la acción de tutela de la referencia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución Política y en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Presentación del caso y planteamiento del asunto objeto de revisión

Como se expuso, constituyen la base de la demanda los siguientes antecedentes de hecho:

La señora Liliana Garcés Piedrahita padece de infertilidad primaria en tanto ha tenido 7 abortos espontáneos recurrentes, que le han ocasionado serios problemas en su salud. La EPS Coomeva ha autorizado con anterioridad todos los exámenes diagnósticos (de sangre, cromosómico - cariotipo- y un espermograma al compañero de la accionante) prescritos por los médicos tratantes, a fin de determinar la terapéutica a seguir en el manejo de la infertilidad padecida por la accionante. Concluida la etapa diagnóstica, la médica tratante ordenó el tratamiento denominado *inmunoterapia con leucocitos paternos*, negado por la EPS accionada tras considerar que no está previsto en el POS. La accionante solicita amparo del derecho a la salud reproductiva, para que se ordene la realización del tratamiento prescrito. La sentencia objeto de revisión niega el amparo deprecado, luego de señalar que las circunstancias de la accionante no se ajustan a los estándares de excepción establecidos por la Corte Constitucional en los casos de amparo a los derechos reproductivos.

Corresponde por lo tanto a esta Sala de Revisión determinar la posible violación del derecho a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud de la demandante en su faceta reproductiva, aplicando para ello la jurisprudencia vigente de esta Corporación en torno al amparo de los derechos sexuales y reproductivos cuando se advierte la negativa a los tratamientos de fertilidad.

La Sala reiterará igualmente, los contornos del derecho a la salud y el deber de las EPS de respetar los principios de integralidad, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud. Finalmente, analizará el caso concreto a la luz de la jurisprudencia contenida en las sentencias T- 274 de 2015 y T-528 de 2014, de las pruebas allegadas por el grupo de médicos requeridos y por la médica tratante de la peticionaria.

3. La seguridad social y el derecho a la salud, fundamentalidad y cobertura

La seguridad social se encuentra consagrada expresamente en el artículo 48 de la Constitución Política, el cual le reconoce la doble condición de: **(i) “derecho irrenunciable”**, que se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional; y **(ii) “servicio público de carácter obligatorio”**, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, por entidades públicas o privadas, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Conforme con su configuración constitucional, la jurisprudencia de esta Corporación ha definido la seguridad social *“como el conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias, las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano”*⁴.

En ese contexto, la misma jurisprudencia ha puesto de presente que la seguridad social, para su materialización, requiere de un amplio contenido prestacional, razón por la cual exige del Estado el diseño de una estructura organizacional básica, esto es, el diseño de un sistema de seguridad social integral *“orientado a procurar el bienestar del individuo y la comunidad mediante la protección de las contingencias que los afecten, en especial, las que menoscaban la salud, la integridad física y la capacidad económica”*⁵. Conforme con ello, lo ha dicho la Corte, la implementación de un modelo de seguridad social por parte del Estado requiere que en él se defina: **(i)** el contenido de los servicios, **(ii)** las instituciones encargadas de su prestación, **(iii)** los procedimientos bajo los cuales éstos deben ocurrir y **(iv)** el sistema a tener en cuenta para asegurar la provisión de fondos que garanticen su buen funcionamiento.

Ahora bien, este Tribunal ha sostenido que la seguridad social, entendida como el conjunto de medidas institucionales orientadas a procurar el bienestar individual y colectivo, *“comporta diferentes dimensiones, dentro de las que se encuentra la atención en salud”*⁶. En ese sentido, un componente esencial de la seguridad social es precisamente la salud, la cual aparece consagrada en el artículo 49 del mismo ordenamiento superior, también, a partir de una doble configuración jurídica: **(i)** como servicio público cuya prestación, regulación y coordinación se encuentra a cargo del Estado conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; y **(ii)** como derecho que debe ser garantizado a todas las personas en los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma.

En relación con su faceta de derecho, no obstante su contenido prestacional, la jurisprudencia de esta Corporación, en recientes pronunciamientos, le ha reconociendo a la salud el carácter de

⁴ Sentencia T-1040 de 2008.

⁵ Sentencia T-176 de 2011.

⁶ Sentencia T-662 de 2006.

derecho fundamental autónomo, susceptible de protección por vía de acción de tutela, “cuando se involucra la existencia de una garantía subjetiva derivada del contenido normativo que definen el derecho a la salud y su alcance se encuentra determinado en la constitución y, en el conjunto de leyes y reglamentos que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud”.⁷

El carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, ha sido ratificado por la Ley Estatutaria de la Salud, la Ley 1751 de 2015, sometida a control previo y automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación, mediante la Sentencia C-313 de 2014. Precisamente, dicho ordenamiento, a través de los artículos 1º y 2º, al definir el objeto, naturaleza y contenido de la ley, se refiere a la salud como un “*derecho fundamental*”, “*autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo*”, el cual comprende, entre otros elementos, la prestación del servicio de manera “*oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*”.

En punto a la fundamentabilidad del derecho a la salud, y su posibilidad de protección por vía de tutela, la jurisprudencia constitucional⁸ ha precisado que el mismo comporta dos dimensiones: por un lado, **(i)** el derecho a obtener la prestación real, oportuna y efectiva del servicio incluido en el plan de atención y beneficios, a través de todos los medios técnicos y científicos autorizados; y, por el otro, **(ii)** el derecho a que la asunción total de los costos de dicho servicio corra a cargo de la entidad o entidades a quien corresponda su prestación. En ese sentido, tanto la prestación del servicio propiamente dicha, como el contenido económico del mismo, hacen parte de la dimensión *ius fundamental* del derecho a la salud, razón por la cual, en el evento de que alguno de estos dos componentes no resulte satisfecho, resulta válido recurrir a la acción de tutela para reclamar su protección.

4. El deber de las EPS de respetar los principios de integralidad, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud. Reiteración de jurisprudencia

El Sistema de Seguridad Social en Salud se rige por unos principios expresamente consagrados en la Constitución Política, en los tratados internacionales, y en la Ley misma, los cuales constituyen mandatos superiores que determinan la forma en que las EPS deben procurar la prestación de los servicios de salud.

Tales principios son desarrollo de lo dispuesto por el artículo 48 de la C.N. conforme al cual el servicio público obligatorio de la seguridad social, en el cual se comprende el servicio de salud, deberá ser prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en respeto de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Y del artículo 49 Superior el cual señala que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Igualmente, encuentran respaldo en lo dispuesto por el Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales – adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A

⁷ Sentencia T- 162 de 2015; En igual sentido se refiere la Sentencia T-760 de 2008.

⁸ Sobre el tema se pueden consultar, entre otras, las Sentencias T-662 de 2006, T-869 de 2006 y T-594 de 2007.

(XXI), de 16 de diciembre de 1966 – que en el párrafo 1° del artículo 12⁹ dispone que todas las personas tienen derecho “*al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*” En interpretación de la anterior disposición, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 14, entendió que tal derecho se traducía en “*la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.*”

Así mismo, cuentan con un fundamento legal en el numeral 3° del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que establece que “*El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.*”

Con fundamento en las anteriores disposiciones es que este Tribunal ha sostenido, en reiteradas oportunidades que las empresas encargadas de la prestación de los servicios de salud deben garantizar un acceso a los mismos integral, oportuno, y continuo¹⁰. Así, en virtud del principio de **integralidad**¹¹, los servicios de salud que se proporcionen a las personas deben contener todo suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico de una enfermedad y el seguimiento de una patología, así como todo otro procedimiento que el médico tratante valore como necesario “*para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones.*”¹²

Lo anterior no implica un suministro indeterminado e irrestricto de cualquier procedimiento o insumo médico que el interesado considere que necesita, pues es el médico tratante quien determina cuáles son los servicios necesarios e idóneos para el tratamiento de la patología de cada paciente.

⁹ Artículo 12 del PIDESC “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona **al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.**”

¹⁰ Ver la sentencia T-760 de 2008.

¹¹ Este principio de integralidad, fue consagrado por el legislador en el literal d) del artículo 2° de la Ley 100 de 1993, que al respecto señala: “**INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley”. Al mismo tiempo, en el numeral 3° del artículo 153 de la citada norma, se estableció la “integralidad” como “regla” del servicio público de salud, en el entendido de que “*El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.*”

¹² Ver la sentencia T-760 de 2008.

Por otro lado, la jurisprudencia ha señalado que cuando un servicio de salud no es prestado prontamente, en virtud del principio de **oportunidad**, a una persona que lo necesita y que ha acreditado tener derecho al mismo, deberá entenderse que se vulnera su derecho a la salud por cuanto *“se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, [lo que implica] una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”*¹³

Por ejemplo, en la sentencia T-826 de 2007, con ocasión de la demora en el suministro de un servicio de salud, la Corte reiteró su jurisprudencia al estudiar el caso de una joven de 21 años con una enfermedad renal severa a quien la EPS, si bien no le negaba el suministro de ningún servicio médico, le demoraba su entrega y la sometía al agotamiento previo de múltiples trámites. En esa oportunidad la Corte dijo que *“se vulneran los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante.”*

En este mismo sentido, la sentencia T-881 de 2003 ya había sostenido que el desconocimiento del criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, debe ser entendido como un quebrantamiento del principio de igualdad en la garantía del derecho a la salud y la vida. Lo anterior en razón a que *“el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado.”*

En esta misma oportunidad la Corte dejó claro que las instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud no están autorizadas para mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba la necesidad de un determinado tratamiento médico o intervención quirúrgica.

También en la sentencia T-557 de 2010 se determinó que para las personas con VIH¹⁴, o las que requieren un tratamiento con antibióticos, el suministro oportuno de los medicamentos prescritos es indispensable no solo para conservar el grado de salud, sino también para evitar su deterioro.

En la sentencia T-489 de 1998, con ocasión de un paciente que requería una cirugía de rodilla con carácter urgente en razón a los intensos dolores que padecía, la Corte expresó que este *“estado de sufrimiento superable con una cirugía se ha prolongado injusta e innecesariamente (...) por un causa ajena a la responsabilidad y posibilidad de acción del demandante”*.

Sobre la prolongación del sufrimiento debido a la demora de las EPS en suministrar un medicamento o insumo, o en practicar un tratamiento o cirugía, la sentencia T-024 de 2010 indicó que la extensión injustificada de una dolencia o una disfuncionalidad en la salud *“vulnera el derecho fundamental a la integridad personal, y por supuesto, el derecho a una vida digna, aunque no se esté ante la inminencia de muerte”*.

¹³ *Ibíd.*

¹⁴ Ver la sentencia T-557 de 2010.

Así mismo, la sentencia T-433 de 1994 sostuvo que si una paciente padece dolores que le causan sufrimiento y existe una cirugía que le permite su recuperación *“es necesario que la operación recomendada por el mismo centro sea practicada lo más pronto posible, dentro de un término científicamente admisible y humanamente soportable”* a fin de que la demora no conduzca a unos nuevos factores de malestar o de agravamiento de los anteriores.

En este orden de ideas se puede afirmar que si bien la dilación en la prestación efectiva de los servicios de salud puede tener origen en causas imputables al mismo paciente, este Tribunal ha concluido que en numerosas ocasiones son las negligencias administrativas y/o médicas de las EPS las que impiden el acceso oportuno a los servicios de salud. Bajo este supuesto, la sentencia T-705 de 1999 señaló:

“La negligencia de las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, bien sea que se presenten en el campo científico, ya en el administrativo, no pueden constituirse en argumento de ellas mismas para negar la protección efectiva a sus pacientes – afiliados o beneficiarios – (...)

Las irregularidades internas de tales instituciones no pueden trasladarse a los usuarios como aquí se ha pretendido, con el único propósito de abstenerse de prestar los servicios que les corresponden. Ello atenta no solamente contra los derechos fundamentales afectados, sino contra los principios previstos en el artículo 209 de la Constitución y contra la buena fe de las personas”.

Con todo, la sentencia T-227 de 2001 reiteró que los pacientes que requieran tratamientos o exámenes médicos no pueden ver prolongada indefinidamente su atención por la falta de eficiencia de los prestadores del servicio, pues *“quien presta un servicio de salud no debe efectuar acto u omisión alguna que pueda comprometer la continuidad y eficiencia del servicio y, en consecuencia, comprometa o pueda llegar a agravar la patología de los beneficiarios.”*

La jurisprudencia también ha sido clara en sostener que no es necesario que el tratamiento médico quirúrgico que se demanda en sede de tutela constituya un medio inaplazable para evitar el fallecimiento de una persona, pues resulta suficiente que el mismo esté destinado a recuperar la salud perdida. En otras palabras, *“el retraso de exámenes, cirugías o tratamientos médicos, constituye violación del derecho a la salud (...) no solamente cuando se demuestre que sin ellos el paciente puede morir sino cuando se extienden injustificadamente tratamientos que son necesarios para (...) el restablecimiento de la salud perdida”¹⁵.*

Así por ejemplo, en la sentencia T-260 de 1998, la Corte indicó que no podía afirmarse que *“como la visión del demandante no está en peligro de perderse, debe denegarse el amparo constitucional solicitado. Sería tanto como esperar a que un enfermo demuestre que está al borde de la muerte para que el juez de tutela tome cartas en el asunto, cuando lo natural y obvio dentro del campo de la medicina es evitar llegar a tan terrible estado.”*

¹⁵ Sentencia T-932 de 1999. En este mismo sentido ver la sentencia T-244 de 1999.

Lo anterior responde al concepto mismo de la vida y la salud como derechos constitucionales de carácter fundamental, los cuales no significan una mera posibilidad de existir, de alguna forma, sino, por el contrario, implican *“una existencia en condiciones dignas y cuya negación es, precisamente, la prolongación de dolencias físicas, la generación de nuevos malestares y el mantenimiento de un estado de enfermedad, cuando es perfectamente posible mejorarla en aras de obtener una óptima calidad de vida.”*¹⁶

En definitiva, acerca del deber de las EPS de garantizar un acceso oportuno a los servicios de salud, la Corte Constitucional ha sostenido, de forma reiterada¹⁷, que el simple retardo injustificado en el suministro de medicamentos o insumos médicos, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente.

Por otra parte, dentro de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra también el de **continuidad** en la atención médica, el cual hace referencia a la prestación eficiente del servicio de salud que ya se haya iniciado a un paciente, sin que el mismo sea interrumpido o suspendido de manera imprevista e injustificada por razones administrativas o presupuestales¹⁸.

Bajo este punto de vista, la Corte ha considerado que *“La garantía de continuidad en la prestación del servicio es parte, por consiguiente, de los elementos definitorios del derecho constitucional fundamental a la salud que no puede ser desconocido sin que con esta actitud se incurra en una grave vulneración del derecho a la salud y de otros derechos que se conectan directamente con él, como son el derecho a la vida en condiciones de dignidad y de calidad y a la integridad física y psíquica. Por consiguiente, no es admisible constitucionalmente abstenerse de prestar el servicio o interrumpir el tratamiento de salud que se requiera bien sea por razones presupuestales o administrativas, so pena de desconocer el principio de confianza legítima y de incurrir en la vulneración del [sic] derechos constitucionales fundamentales”*¹⁹

Cabe resaltar que este principio de continuidad responde a un principio superior, el de *confianza legítima* que ha sido entendido como esa garantía conforme a la cual *“los usuarios esperan que los servicios de salud que se les han comenzado a prestar no sean suspendidos de manera abrupta o repentina, sin justificación admisible desde el punto de vista jurídico”*²⁰. Por último, debe recordarse que el principio de continuidad está también relacionado con el principio de *eficiencia*, conforme al cual la prestación de los servicios de salud deberá ofrecerse de manera tal, que *“no ponga a las beneficiarias y a los beneficiarios del servicio ante trámites burocráticos innecesarios o superfluos encaminados a obstruir el acceso a la salud, sean estos trámites de orden normativo o administrativo.”*

¹⁶ Ver la sentencia T-260 de 1998.

¹⁷ Ver, entre otras, las sentencias T-030 de 1994, T-059 de 1997, T-088 de 1998 y T-428 de 1998.

¹⁸ Sentencia T-880 de 2009.

¹⁹ Sentencia T-586 de 2008.

²⁰ Ibíd.

5. Los tratamientos de fertilidad a la luz de la jurisprudencia vigente hasta 2014

La jurisprudencia relativa²¹, al derecho a la salud, específicamente en punto al amparo de los tratamientos de fertilidad, ha tenido dos vertientes de resolución de los casos:

-Una primera línea temprana sostenida por mucho tiempo hasta el año 2014, y otra construida a partir de esa fecha con las sentencias **T-528 de 2014 y T-274 de 2015**. En su jurisprudencia inicial, esta Corporación señaló que la acción de tutela no procedía en tales casos, principalmente debido a que este tipo de tratamientos estaban expresamente excluidos del POS. Además **(i)** su costo excesivo representaba una disminución en el cubrimiento de servicios de salud prioritarios; **(ii)** el derecho a la procreación no puede extenderse hasta el punto de constreñir a la administración a garantizar la maternidad biológica de una persona cuyo condicionamiento biológico *per se* no le permite su goce²² y **(iii)** en virtud de la libertad de configuración legislativa, era posible la exclusión del POS de los tratamientos de fertilidad, es decir, se trataba de un ejercicio legítimo del desarrollo de dicha facultad²³.

No obstante, como parte de esta línea, la Corte matizó algunos casos en los que se hacía procedente la garantía de los derechos a la salud en amparo a los tratamientos de fertilidad, a saber: (a) cuando el tratamiento de fertilidad ya ha sido iniciado por parte de la EPS y ésta lo interrumpe de manera inesperada, es decir, que no hay una razón científica que sustente dicho proceder; (b) cuando lo solicitado por el accionante es la práctica de exámenes con el fin de diagnosticar cuál es la causa de la infertilidad; y por último, (c) cuando la infertilidad es la consecuencia de otra enfermedad²⁴. La Corte estimó en dichos casos, que en virtud de los principios de confianza legítima y de la continuidad en la prestación del servicio de salud, no era permitido a las EPS suspender los tratamientos de fertilidad ya iniciados, a pesar de que no tuvieran la obligación de suministrarlos²⁵. Igualmente protegió en su momento el derecho al diagnóstico y a la falta de certeza sobre la enfermedad, ordenando la práctica de exámenes, con el fin de que la persona tuviera pleno conocimiento sobre su estado de salud, aclarando siempre que ello no suponía la realización del tratamiento de fertilidad²⁶.

6. La jurisprudencia en vigor sobre los derechos sexuales y reproductivos. Sentencias T-528 de 2014 y T-274 de 2015

La jurisprudencia vigente de la Corte Constitucional apoyada en distintos pronunciamientos de organismos internacionales, ha señalado actualmente, que el ejercicio de los derechos

²¹ Sentencia T- 226 de 2010, T-870 de 2008, T-946 de 2007, T-525 de 2011, entre otras.

²² Sentencia T-226 de 2010, entre otras.

²³ Sentencia T-752 de 2007: “(...) cuando se trata de tratamientos para la infertilidad, la Corte ha considerado la improcedencia de la acción de tutela por considerar que no existe violación de derechos fundamentales y además porque la exclusión que de dicho tratamiento se ha hecho de los servicios comprendidos dentro del Plan Obligatorio de Salud constituye el legítimo desarrollo de la facultad de configuración legal, que es totalmente coherente con la necesidad de implementar un Sistema de Seguridad Social en Salud que se atenga al principio de universalidad y a su garantía a todos los habitantes del territorio nacional”.

²⁴ Al respecto ver las sentencias T-226 de 2010, T -870 de 2008, T-572 de 2002, T-636 de 2007, T- 901 de 2004 y T-946 de 2007.

²⁵ Ver sentencias T- 901 de 2004, T-746 de 2002, T-572 de 2002 entre otras.

²⁶ Ver sentencia T-550 de 2010, T-946 de 2007 citan la sentencia T-471 de 2001.

reproductivos supone el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir responsablemente el número de hijos. Por ende, la injerencia injustificada sobre este tipo de decisiones, trae consigo la limitación en el ejercicio de otros derechos fundamentales como la libertad y la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad personal y familiar y el derecho a conformar una familia.

6.1. El primer pronunciamiento que avizora una nueva hermenéutica frente a la tutela para los tratamientos de fertilidad es el fallo **T-528 de 2014**, que si bien está direccionado a un tratamiento de fertilidad específico como es la FIV (fertilización *in vitro*, como técnica de reproducción asistida para controlar la infertilidad) sus consideraciones son válidas para todos los casos englobados en el género de **“tratamientos de fertilidad.”**

- La Sala Primera de Revisión²⁷ conoció el caso de un señor a quien su EPS le negó un tratamiento de fertilidad, en atención a una discapacidad física de tipo reproductivo; solicitaba en consecuencia, el mencionado tratamiento para él y su pareja. La Corte consideró que la EPS accionada no vulneró los derechos fundamentales invocados, dado que el tratamiento solicitado se encontraba excluido del Plan Obligatorio de Salud. No obstante, sí encontró demostrada la vulneración del derecho fundamental a la salud en su faceta de información, guía y acompañamiento, al no haber obtenido el actor por parte de esa entidad una orientación clara, concreta y eficiente acerca de su patología. Aunque la Corte negó la protección de los derechos invocada por el actor, incluyó importantes consideraciones sobre la insuficiencia de regulación de los tratamientos de fertilidad en Colombia y la opacidad de la jurisprudencia de esta Corporación sobre la materia.

Hizo referencia la sentencia a la relación entre el derecho a la reproducción humana y el derecho fundamental a la salud en su faceta reproductiva. Sobre este asunto, explicó que el derecho a la reproducción humana *“se deriva de los derechos a la libertad y a la autodeterminación²⁸, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad personal y familia y a la libertad para fundar una*

²⁷ T-528 de 2014. M. P. María Victoria Calle.

²⁸ El derecho a la libertad está contemplado en el artículo 13 de la Constitución Política en los siguientes términos: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. || El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. || El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. El derecho a la libertad también está consagrado en el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), y ha sido interpretado por la Corte IDH en forma amplia, de tal manera “que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Asimismo, la Corte ha resaltado el concepto de libertad y la posibilidad de todo ser humano de auto-determinarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones”. Ver Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación *in vitro*”) vs. Costa Rica. Sentencia del 28 de noviembre de 2012 (pág. 44, párr. 142). Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf (junio de 2014).

familia”, y según el Comité de Derechos Humanos “la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia”²⁹.

De igual forma, señaló que *“existe un vínculo estrecho entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y sicológica”³⁰, este último conectado, a su vez, con el derecho a la salud, debido a que “[s]iendo la preservación de las condiciones físicas, sicológicas y espirituales de la persona objeto de protección del derecho fundamental a la integridad personal existe una estrecha relación entre este derecho y el derecho a la salud[, pues este último] protege igualmente la preservación de la integridad de la persona humana, no sólo frente a agresiones humanas sino también frente a todo tipo de agentes naturales o sociales”³¹.*

Concordante con lo anterior, la Corte recordó que el derecho fundamental a la salud protege varios ámbitos de la vida humana, identificando distintas categorías como la salud física, la salud sicológica, la salud mental, la salud emocional y la salud social. Dentro de tales categorías se encuentra la salud sexual y reproductiva, entendida esta última como *“[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) [E]ntraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”³².*

De igual forma, se remitió a lo dispuesto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto a que la *“salud reproductiva implica además los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables”.*

Hizo igual referencia a lo establecido por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, en el sentido de que *“[d]eberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas”³³* para combatir la infertilidad, lo que guarda estrecha relación con el goce

²⁹ Cfr. Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 19. Comentarios generales adoptados por el Comité de Derechos Humanos, artículo 23 - La familia, 39º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7, 171 (1990), párr. 5 (“El derecho a fundar una familia implica, en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos”).

³⁰ El derecho a la integridad personal está consagrado en el artículo 12 de la Constitución Política, el cual preceptúa: “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. La Sala Plena de la Corte Constitucional en la sentencia SU-200 de 1997 delimitó el ámbito de protección del derecho a la integridad personal en los siguientes términos: “En cuanto a la integridad personal, valor cuya jerarquía es cercana al de la vida y cuyas violaciones casi siempre la ponen en peligro, se relaciona con la preservación del sujeto en sus componentes físicos, sicológicos y espirituales, los cuales se hallan integrados en un conjunto armónico que justamente constituye la esencia del ser humano. Tales elementos y el todo resultante de su articulación deben permanecer inalterados por agresiones, torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes, ataques y lesiones, por acción u omisión de autoridades o particulares”. En igual sentido pueden consultarse las sentencias T-409 de 2000 y T-489 de 2001.

³¹ Cfr. sentencia T-636 de 2001.

³² Cfr. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, párr. 7.2; ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995). Citado en Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (pág. 48, párr. 148).

³³ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (págs. 48-49, párr. 149).

de los beneficios del progreso científico. Sobre este punto precisó:

“Partiendo de este amplio reconocimiento, señaló la Corte IDH que ‘[d]el derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia[,] se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona’³⁴”.

Con fundamento en lo anterior, en la citada providencia se exhortó al Gobierno, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, para que revisara la situación de aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos para costear los tratamientos de fertilidad e iniciara una discusión pública y abierta que incluyera en la agenda la posibilidad de ampliar la cobertura del Plan Obligatorio de Salud. Lo anterior considerando que varios países de América Latina con una situación económica, social y política similar a la de Colombia han avanzado en la regulación de las técnicas y los tratamientos de reproducción humana asistida y/o en su inclusión en el sistema público de salud o en los seguros sociales³⁵. Además, concluyó que no era aceptable que para el año 2014, esto es, pasados más de veinte años desde la expedición de la Ley 100 de 1993 y más de cinco años de haberse proferido la sentencia T-760 de 2008, el Estado continúe dando la misma respuesta a las personas que padecen infertilidad, a sabiendas que el sistema de seguridad social en salud debe ser progresivo.

Constató la aludida sentencia, que aunque la conservación del equilibrio financiero constituía un argumento válido para la exclusión de los tratamientos de reproducción asistida del Plan Obligatorio de Salud, ello no significaba que no se pudiese avanzar en su inclusión. Además, porque resultaba constitucionalmente problemático mantener de manera general ese tipo de exclusiones; es decir, *“a pesar de ser razonable tal exclusión del plan de beneficios, hacerlo en todos los casos puede conducir a la vulneración de ciertos derechos fundamentales, según pasa a explicarse.”*³⁶

6.2 La sentencia T-274 de 2015, en la misma línea vislumbrada por la sentencia T-528 de 2014 sobre la interpretación de los derechos sexuales y reproductivos, anunció en sus considerandos la necesidad de presentar *“algunas consideraciones desde una perspectiva diferente no examinada ni valorada en la jurisprudencia constitucional hasta ese momento, referida a los derechos a la igualdad y no discriminación, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia, su relación con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y su protección a través del sistema de seguridad social en salud, en el marco de la Constitución Política de 1991 y de los instrumentos de derecho internacional que se integran a ella (bloque de constitucionalidad).”*

³⁴ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación *in vitro*”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (pág. 49, párr. 150).

³⁵ Tal es el caso de Brasil, Argentina, Uruguay, Chile y México. *Cfr.* Consideración jurídica núm. 4 de la Sentencia T-528 de 2014.

³⁶ Consideraciones vertidas igualmente en la sentencia T-274 de 2015.

Se estudió esa vez el caso de varias accionantes que habiendo solicitado a sus respectivas entidades prestadoras de salud el tratamiento de maternidad asistida denominado *Fecundación in vitro*, éste les fue negado tras estimar que se encontraba fuera del POS.

-Reiteró en primer lugar la sentencia, la línea uniforme que ha trazado la Corte Constitucional sobre el reconocimiento, titularidad, naturaleza y contenido de los derechos sexuales y reproductivos³⁷, entendiendo que tales derechos reconocen y protegen la facultad de las personas de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción, e implica la obligación del Estado de brindar los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación.

-Recordó la diferencia plasmada en la jurisprudencia respecto de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en tanto *“sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano, en tanto que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda”*³⁸, reconociendo no obstante que ambos derechos están indudablemente relacionados, dado que la autonomía en las decisiones reproductivas contribuye a llevar una vida sexual sin riesgo de embarazos no deseados, lo que quiere decir que cada una de estas categorías posee una definición y un contenido propio pero parten de una base común³⁹. Al respecto, se trajo la sentencia T-732 de 2009 en la que la Corte sostuvo:

“Esta primera aproximación nos indica que abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarlas y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional⁴⁰. En esta tarea, tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución), para lo cual deben tener en cuenta las interpretaciones que los órganos autorizados han hecho sobre el alcance de los derechos que reconocen estas normas⁴¹”.

-Teniendo en cuenta que en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos están implícitas otras garantías fundamentales, la Sala Sexta consideró pertinente realizar el estudio de esos otros derechos involucrados en los casos en los que se discute el amparo a los derechos reproductivos, en dos ámbitos diferentes pero confluyentes: el derecho interno y la jurisprudencia de la Corte Constitucional y el derecho emanado de la Corte Interamericana de Derechos

³⁷ Al respecto, la Sala reiterará la jurisprudencia reconstruida en la Sentencia T-627 de 2012. Cfr. Sentencias T-636 de 2007, T-732 de 2009, T-226 de 2010, T-585 de 2010 y T-841 de 2011, entre otras.

³⁸ Sentencia T-732 de 2009.

³⁹ Ídem.

⁴⁰ Ver Sentencias T-016 de 2007 sobre el derecho a la salud, T-090 de 2009 sobre el derecho a la seguridad social y T-585 de 2008 sobre el derecho a la vivienda digna, entre otras.

⁴¹ Al respecto ver las Sentencias C-616 de 2001, C-130 de 2002, C-791 de 2002 y SU-623 de 2001.

Humanos, especialmente en el caso **“Artavia Murillo y otros contra Costa Rica”**. A la luz de la Convención Interamericana de Derechos Humanos, se estudió por la Corte IDH el caso de varias parejas cuya única posibilidad de procrear biológicamente estaba sujeta a la realización de un procedimiento de fertilidad específico (fertilización *in vitro*), el cual fue prohibido por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, mediante sentencia del 15 de marzo de 2000, al anular el Decreto 24029-S de 1995, que autorizaba su práctica.

De la normativa constitucional colombiana y de su jurisprudencia, la Sentencia T- 274 de 2015 resalta lo siguiente:

- El artículo 16 de la Constitución Política señala que *“todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”*. El derecho al libre desarrollo de la personalidad está íntimamente relacionado con la dignidad humana como *“derecho fundante del Estado”*⁴², con la autodeterminación y la vocación pluralista de la Carta Política. Sobre el particular esta Corporación ha explicado que se trata de una garantía que protege las decisiones que las personas de manera responsable y autónoma, toman con respecto a su plan de vida. En este sentido, se considera violado cuando a un individuo se le impide *“alcanzar o perseguir aspiraciones legítimas de vida o valorar y escoger libremente las circunstancias que dan sentido a su existencia”*⁴³, de manera arbitraria, irrazonable e injustificada.”⁴⁴.

-De igual forma, la Constitución reconoce, en su artículo 42, el derecho a conformar de manera responsable una familia y de las parejas a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos. Este derecho es, a su vez, una de las expresiones de los derechos sexuales y reproductivos. Al respecto, la Corte ha sostenido: *“los derechos reproductivos protegen la autodeterminación reproductiva asociada con la progenitura responsable consagrada en el artículo 42 Superior, y que se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren o no tener hijos y en qué momento. Este derecho supone la prohibición de cualquier interferencia externa en la toma de este tipo de decisiones personales, por lo cual se considera vulnerado cuando la persona es sometida a cualquier tipo de violencia física, psicológica o a actos de discriminación, como embarazos, esterilizaciones o abortos forzados. Los derechos reproductivos también amparan el derecho de las personas a acceder a servicios de salud reproductivos lo cual incluye tratamientos médicos para enfermedades del aparato reproductor, embarazos libres de riesgos y acceso a información y métodos de anticoncepción”*⁴⁵.

-Señaló la sentencia, que los derechos sexuales reconocen la libertad sexual o bien el derecho que le -asiste a cada persona para decidir si quiere o no tener relaciones sexuales y con quién, sin que exista violencia, coacción o interferencias arbitrarias de terceros. Asimismo, protegen el acceso a servicios de salud sexual. Al respecto, la Corte ha destacado que *“la protección constitucional de la persona en su plenitud, bajo la forma del derecho a la personalidad y a su libre desarrollo (C.P., arts. 14 y 16), comprende en su núcleo esencial el proceso de autónoma asunción y decisión sobre la propia sexualidad. Carecería de sentido que la autodeterminación*

⁴² Sentencia C-131 de 2014. Cfr. Sentencias T-401 de 1992 y C-239 de 1997.

⁴³ Cfr. Sentencias T-532 de 1992, T-429 de 1994, T-124 de 1998, C-309 de 1997, entre muchas otras.

⁴⁴ Sentencia C-131 de 2014.

⁴⁵ Sentencia T-732 de 2009.

sexual quedara por fuera de los linderos de los derechos al reconocimiento de la personalidad y a su libre desarrollo, si la identidad y la conducta sexuales, ocupan en el desarrollo del ser y en el despliegue de su libertad y autonomía, un lugar tan destacado y decisivo^{46 47}.

-Refiriéndose a los derechos reproductivos, la sentencia recordó que este Tribunal ha señalado que con fundamento en la Constitución, los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia y la jurisprudencia constitucional, los mismos reconocen y protegen (i) la autodeterminación reproductiva y (ii) el acceso a servicios de salud productiva, de la siguiente manera: (i) en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo de 1994 se estableció que esta categoría de derechos *“abarca ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso”* (principio 4). Bajo ese entendido, los derechos reproductivos están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros.

-De igual forma, la Corte Constitucional ha sostenido que aunque su titularidad es compartida por hombres y mujeres, la vigencia de los derechos reproductivos es de particular importancia para estas últimas, dado que *“la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así”*⁴⁸, son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado⁴⁹.

-A la **autodeterminación reproductiva** le dio el siguiente alcance: implica reconocer, respetar y garantizar *“la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”*⁵⁰. Lo anterior encuentra anclaje superior en el artículo 42 de la Constitución, cuando prescribe que *“la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el*

⁴⁶ Sentencia C-098 de 1996.

⁴⁷ Sentencia C-131 de 2014.

⁴⁸ El artículo 5º de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer obliga a los Estados Partes a tomar todas las medidas apropiadas para: *“a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos”*.

Por su lado, el artículo 16 de la misma, obliga a los estado partes a adoptar *“todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: (...) d) Los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial* (subrayado fuera de texto).

⁴⁹ Sentencia T-627 de 2012.

⁵⁰ Ibíd.

número de sus hijos”; y en el artículo 16, ordinal e), de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW), que reconoce el derecho de la mujer y el hombre a decidir libremente sobre el número de sus hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos.

Sobre este particular, se hizo referencia a la jurisprudencia de este Tribunal que ha sostenido: *“la autodeterminación reproductiva reconoce a las personas, en especial a las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas, sea que se decida tener descendencia o no (artículos 13 y 42 de la Constitución⁵¹ y artículo 11.2 de la CEDAW⁵²). Por tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados⁵³ o cuando se solicitan pruebas de esterilización⁵⁴ o de embarazo⁵⁵ para acceder o permanecer en un empleo. Además, la autodeterminación reproductiva reconoce que este tipo de decisiones son personales, pues “[l]a decisión [de la mujer] de tener hijos (...) no debe (...) estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno”⁵⁶. Es por ello que este derecho es vulnerado, por ejemplo, ‘cuando se obliga al marido a dar su autorización para decidir sobre la esterilización de la mujer, o cuando se establecen requisitos generales para la esterilización de la mujer, como por ejemplo, tener cierto número de hijos o cierta edad, o cuando es obligatorio que los médicos y otros funcionarios de salud informen sobre los casos de mujeres que se someten a abortos’^{57,58}.*

-Refiriéndose al **acceso a los servicios de salud reproductiva**, se aludió también a la

⁵¹ “La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”.

⁵² “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular: (...) 2. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para: a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil (...)”.

⁵³ CIDH. “Capítulo VII Los Derechos de la Mujer” en *Segundo Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en el Perú*, junio, 2000, párr. 26. En el mismo sentido, Comité CEDAW. Recomendación General N° 19: La violencia contra la mujer, 1992, párr. 22; Comité CEDAW. Recomendación General N° 21 La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, 1994, párr. 22; Comité CEDAW. Recomendación General N° 24 La mujer y la salud, 1999, párr. 22; Comité De Derechos Humanos. “Observación General N° 19” en *Naciones Unidas, Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos*, HRI/GEN/1/Rev.7, 12 de mayo de 2004; e Informe de la Relatora Especial sobre discriminación contra la mujer, sus causas y consecuencias. *Políticas y prácticas que repercuten en la salud reproductiva de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen*, 1999, párr. 52.

⁵⁴ CIDH. *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Brasil*, 1997, párr. 14.

⁵⁵ Esta Corte ha rechazado sistemáticamente esta práctica. Ver, entre otras, las sentencias T-1002 de 1999, T-472 de 2002, T-873 de 2005 y T-071 de 2007, entre otras. Así mismo, Comité CEDAW. Recomendación General N° 24 La mujer y la salud, 1999, párr. 22

⁵⁶ Comité CEDAW. Recomendación General N° 21 La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, 1994, párr. 22.

⁵⁷ Comité de Derechos Humanos. *Observación General No. 28. igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, 29/3/2000, párr. 20.

⁵⁸ Sentencia T-627 de 2012.

jurisprudencia de la Corte Constitucional en las ocasiones en las que ha dicho que, de conformidad con la Recomendación General 24 de la CEDAW, *“la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”*⁵⁹. De igual forma, ha resaltado que una de las obligaciones estatales consiste en garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios de salud en la esfera de la salud sexual y genésica⁶⁰. En el mismo sentido, se refirió la Observación General 14 del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), sobre el derecho a la salud del, en la que se expuso que *“para suprimir la discriminación contra la mujer, es necesario asegurarle, de forma particular, acceso a servicios en materia reproductiva, por lo cual el Estado debe abstenerse de limitarlo”*⁶¹ y *suprimir las barreras que impiden el mismo*⁶², *incluso cuando provengan de terceros*⁶³.

-En armonía con lo anterior, la sentencia indicó que la Corte ha explicado en esa misma línea que el derecho fundamental a la salud protege varios ámbitos de la vida humana, identificando distintas categorías como la salud física, la salud sicológica, la salud mental, la salud emocional y la salud social. Dentro de ellas se encuentra la salud sexual y reproductiva, entendida esta última como *“[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) [E]ntraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”*⁶⁴.

-Frente a este tema, hizo referencia a lo señalado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto a que la *“salud reproductiva implica además los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables”*, y se remitió a lo establecido por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, en el sentido de que *“[d]eberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas”*⁶⁵ para combatir la infertilidad, lo que guarda estrecha relación con el goce de los beneficios del progreso científico. Sobre este punto precisó: *“Partiendo de este amplio reconocimiento, señaló la Corte IDH que ‘[d]el derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia[,] se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de*

⁵⁹ Ibíd.

⁶⁰ Ibíd.

⁶¹ Ibíd.

⁶² Ibíd.

⁶³ Ibíd.

⁶⁴ Cfr. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, párr. 7.2; ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995). Citado en Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (pág. 48, párr. 148).

⁶⁵ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (págs. 48-49, párr. 149).

restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona⁶⁶”.

-Por su parte, las reglas hermenéuticas tenidas en cuenta por la Corte Constitucional derivadas del fallo de la Corte IDH en el caso **Artavia contra Costa Rica** fueron las siguientes:

-En punto al alcance de los derechos a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida privada y familiar, sostuvo que (i) la Convención Americana sobre Derechos Humanos protege el derecho a la vida familiar, al reconocer el papel central de la familia, lo que conlleva, entre otras obligaciones, a favorecer de manera más amplia el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar; (ii) el derecho a la vida familiar se relaciona con la autonomía reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva; y (iii) los derechos a la vida privada y familiar y a la integridad personal se hallan directamente relacionados con la atención en salud, conclusión a la que llega ante las situaciones de angustia y ansiedad, así como los impactos graves por la falta de atención médica o accesibilidad a ciertos procedimientos de salud.

-Consideró que la decisión de tener hijos biológicos a través de los tratamientos de fertilidad y específicamente de las técnicas de reproducción asistida hace parte del ámbito de los derechos a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida privada y familiar.

- Para la Corte IDH la maternidad hace parte del derecho al libre desarrollo de la personalidad y en esa medida considera que la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada e incluye la decisión de ser madre o padre en el sentido genético o biológico⁶⁷. Al respecto señaló, que la vida privada se relaciona con la autonomía reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el acceso a la tecnología médica necesaria, el cual se entiende vulnerado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad⁶⁸. Resaltó que *“la protección a la vida privada incluye*

⁶⁶ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación *in vitro*”) vs. Costa Rica. Sentencia del veintiocho (28) de noviembre de dos mil doce (2012) (pág. 49, párr. 150).

⁶⁷ Cfr. Párrafo 143. En similar sentido, cfr. T.E.D.H., *Caso Evans Vs. Reino Unido*, (No. 6339/05), Sentencia de 10 de abril de 2007, párrs. 71 y 72, donde el T.E.D.H. señaló que “‘private life’ [...] incorporates the right to respect for both the decisions to become and not to become a parent”, y precisó respecto a la reglamentación de la práctica de FIV que “the right to respect for the decision to become a parent in the genetic sense, also falls within the scope of Article 8”. En el *Caso Dickson Vs. Reino Unido*, (No. 44362/04), Sentencia de 4 de diciembre de 2007, párr. 66, la Corte expresó respecto a la técnica de la reproducción asistida que “Article 8 is applicable to the applicants' complaints in that the refusal of artificial insemination facilities concerned their private and family lives which notions incorporate the right to respect for their decision to become genetic parents”. En el *Caso S.H. y otros Vs. Austria*, (No. 57813/00), Sentencia de 3 de noviembre de 2011, párr. 82, la Corte se refirió explícitamente al derecho de acceder a las técnicas de reproducción asistida, como la FIV, señalando que “the right of a couple to conceive a child and to make use of medically assisted procreation for that purpose is also protected by Article 8, as such a choice is an expression of private and family life”. Ver también T.E.D.H., *Caso P. y S. Vs. Polonia*, (No. 57375/08), Sentencia de 30 de octubre de 2012, párr. 96, donde el TEDH señaló que “While the Court has held that Article 8 cannot be interpreted as conferring a right to abortion, it has found that the prohibition of abortion when sought for reasons of health and/or well-being falls within the scope of the right to respect for one’s private life and accordingly of Article 8”.

⁶⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24 (La Mujer y la Salud), 02/02/99, párrs. 21 y 31 b). Cfr. Párrafo 146. Caso Artavia Murillo y otros contra Costa Rica. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

el respeto de las decisiones tanto de convertirse en padre o madre, incluyendo la decisión de la pareja de convertirse en padres genéticos”.

-Por otro lado, mencionó, que los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también *“directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”*⁶⁹. Sostuvo igualmente que el derecho a la vida privada y la libertad reproductiva guarda relación con el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho.

-Específicamente, la Corte IDH analizó la severidad del impacto desproporcionado de la medida impuesta por la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, en relación con las situaciones de: (i) discapacidad, (ii) género y (iii) situación económica.

-En primer lugar, sobre la discriminación indirecta en relación con la condición de discapacidad, sostuvo que, teniendo en cuenta la definición desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo, las personas con infertilidad debían considerarse protegidas por los derechos de las personas con discapacidad, condición que demanda una atención especial para que se desarrolle la autonomía reproductiva⁷⁰.

-En esa línea se refirió al artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que incluye el derecho de las personas con discapacidad de acceder a las técnicas necesarias para resolver problemas de salud reproductiva⁷¹. Lo hace igualmente con el Protocolo

⁶⁹ Cfr. Párrafo 147.

⁷⁰ Cfr. Párrafos 288 a 293. Sobre el particular refiere la Corte IDH: “288. La Corte toma nota que la Organización Mundial por la Salud (en adelante “OMS”) ha definido la infertilidad como ‘una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas’ (supra párr. 62). Según el perito Zegers-Hochschild, ‘la infertilidad es una enfermedad que tiene numerosos efectos en la salud física y psicológica de las personas, así como consecuencias sociales, que incluyen inestabilidad matrimonial, ansiedad, depresión, aislamiento social y pérdida de estatus social, pérdida de identidad de género, ostracismo y abuso [...]. [G]enera angustia, depresión aislamiento y debilita los lazos familiares’. La perita Garza testificó que ‘[e]s más exacto considerar la infertilidad como un síntoma de una enfermedad subyacente. Las enfermedades que causan infertilidad tienen un doble efecto...dificultando el funcionamiento de la infertilidad, pero también causando, tanto a corto como a largo plazo, problemas de salud para el hombre o la mujer’. En sentido similar, la Asociación Médica Mundial ha reconocido que las tecnologías reproductivas ‘difieren del tratamiento de enfermedades en que la incapacidad para ser padres sin ayuda médica no siempre se considera una enfermedad. Aun cuando pueda tener profundas consecuencias psicosociales, y por tanto médicas, no es en sí misma limitante de la vida. Sin embargo, sí constituye una causa significativa de enfermedades mentales graves y su tratamiento es claramente médico’”. The World Medical Association, Statement on Assisted Reproductive Technologies, adopted by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006, disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/r3.htm>, para 6. [Traducción de la Secretaría de la Corte]. Declaración citada en el informe de fondo de la Comisión Interamericana (expediente de fondo, tomo I, nota de pie 36) y en la contestación de la demanda (expediente de fondo, tomo III, folio 1086).

⁷¹ El Artículo 25.1 establece: “Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las

Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), que en su artículo 18 señala que “[t]oda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad”. Asimismo, se cita la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, que define el término “discapacidad” como *“una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”*.

-Sostuvo, en consecuencia, que es obligación de los Estados propender hacia la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad, con el fin de garantizar que las limitaciones anteriormente descritas sean desmanteladas. Por tanto, se decanta por la necesidad de que *“los Estados promuevan prácticas de inclusión social y adopten medidas de diferenciación positiva para remover dichas barreras”*⁷².

-Afirmó la sentencia de la Corte IDH, que según la OMS, *“si bien el papel y la condición de la mujer en la sociedad no deberían ser definidos únicamente por su capacidad reproductiva, la feminidad es definida muchas veces a través de la maternidad. En estas situaciones el sufrimiento personal de la mujer infecunda es exacerbado y puede conducir a la inestabilidad del matrimonio, a la violencia doméstica, la estigmatización e incluso el ostracismo”*⁷³. Señaló que aunque la infertilidad puede afectar tanto a hombres como a mujeres, la utilización de las tecnologías de reproducción asistida se relaciona especialmente con el cuerpo de las segundas y si bien la prohibición de la fertilización *in vitro* no está expresamente dirigida hacia las mujeres, y por lo tanto aparece neutral, tiene un impacto negativo desproporcional sobre ellas. No obstante, resaltó que estos estereotipos de género son incompatibles con el derecho internacional de los derechos humanos y por lo mismo se deben tomar medidas para erradicarlos.

medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

⁷² Cfr. Párrafos 288 a 293. Al respecto señaló la Corte IDH: “292. Toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. El Tribunal recuerda que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad. En este sentido, es obligación de los Estados propender por la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad, con el fin de garantizar que las limitaciones anteriormente descritas sean desmanteladas. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan prácticas de inclusión social y adopten medidas de diferenciación positiva para remover dichas barreras”. Cfr. Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina, párr. 134, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 5, párr. 13.

⁷³ Preámbulo, *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of the meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”*, Ginebra: OMS (2002) XV-XVII al XV. Citado en la Declaración del perito Paul Hunt rendida ante fedatario público (expediente de fondo, tomo VI, folio 2206).

Luego del análisis de las pautas hermenéuticas señaladas en la sentencia de la Corte IDH, concluyó la sentencia T- 274 de 2015 que tanto la jurisprudencia de esta Corporación⁷⁴ como la de la Corte Interamericana de Derechos Humanos⁷⁵ ha determinado que los derechos sexuales y reproductivos protegen la facultad de las personas de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y reproducción, y han sido reconocidos como derechos humanos cuya protección y garantía parten de la base de reconocer la igualdad y la equidad de género.

La aplicación de la doctrina descrita al caso concreto, se hará en el siguiente acápite.

7. Caso concreto

7.1 Asunto previo

Según el artículo 86 de la Carta Política, la acción de tutela solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. Esa previsión corresponde al requisito de subsidiariedad, que descarta la utilización de la tutela como vía preferente para el restablecimiento de los derechos.

La Sala precisa que si bien la parte accionante cuenta con la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, (Ley 1122 de 2007) a fin de que tal entidad conozca y desate la controversia suscitada, considera que este mecanismo de defensa no es apto y expedito en este caso para obtener la protección inmediata de los derechos fundamentales invocados. Conforme lo ha expuesto esta Corporación,⁷⁶ la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud frente a casos que ya se discuten en sede de tutela y que han surtido las instancias regulares de dicho proceso, depende del estudio que elabore el juez constitucional frente a las posibles garantías constitucionales que se advierten infringidas en cada proceso.

Así se señaló en la sentencia C-119 de 2008, al estudiar la exequibilidad del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, cuando la Corte sostuvo que la oportunidad e idoneidad del proceso jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, debe valorarse de acuerdo a cada caso en concreto, debiendo considerarse las condiciones de salud, sociales y económicas de los peticionarios que hagan necesario o urgente su amparo. Ha dicho igualmente la Corte, que existe un derecho en cabeza de quien acude al amparo constitucional de obtener una solución pronta y eficaz, y por ello, conforme al análisis de cada caso en concreto, debe operar el amparo en sede de tutela, máxime si cualquiera de los dos mecanismos buscan otorgarle al ciudadano una protección inmediata cuando sus derechos fundamentales están siendo desconocidos⁷⁷.

⁷⁴ Ver sentencias T-636 de 2007, T-732 de 2009, T-226 de 2010, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-248 de 2012, T-627 de 2012, entre otras.

⁷⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

⁷⁶ T-603 de 2015, T-081 y T- 083 de 2016 entre otras.

⁷⁷ T-862 de 2013.

Las particularidades de este caso, centradas específicamente en la interrupción de un tratamiento de fertilidad que venía llevándose a cabo y que urge mediante la acción de tutela de un procedimiento que defina la posible aptitud fértil de la accionante, hace que la jurisdicción especial creada por la Superintendencia Nacional de Salud no sea la adecuada debido: (i) al acopio probatorio que ha sido menester este caso, dada la especialidad de lo solicitado, y que claramente se facilita por el despliegue que puede hacer el juez constitucional; (ii) al tiempo que tomaría obtener decisiones en firme por otros medios y (iii) por la precariedad que se ha advertido frente a ese mecanismo, con relación al término para resolver el recurso de apelación en segunda instancia por los Tribunales Superiores, el cual no ha sido aún regulado por el legislador, razón por demás para que no se considere una vía legítima de acceso a la justicia por parte de quienes originalmente activaron el mecanismo tutelar.

Comparte la Sala la opinión del salvamento de voto consignada en la sentencia T-603 de 2015, al concluir que “de cara a una crisis tan profunda como la que aqueja al sistema de salud colombiano, sin desconocer con ello los esfuerzos por superar las dificultades estructurales, no puede supeditarse la acción de tutela a que se agoten **todos** los mecanismos judiciales ordinarios”. Así entonces, *“a pesar de que deban adelantarse previamente los mecanismos administrativos o judiciales dispuestos, ello no puede convertirse en un obstáculo insalvable, cuando estén en juego caros intereses de una sociedad, como es la salud y la vida de sus habitantes. Finalmente, el tiempo que implica agotar la instancia ante la Superintendencia de Salud más la segunda instancia ante las salas laborales de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial, en el evento de impugnarse, harían inoperante la respuesta que brinda la acción de tutela, además de desvirtuar la posibilidad de adoptar medidas provisionales para proteger los derechos (Art 7, Decreto 2591 de 1991)”*⁷⁸.

7.2 Hechos probados y solución del caso

La señora Liliana Andrea Garcés Piedrahita, padece de una patología que la califica como abortadora habitual en tanto en más de 7 oportunidades ha intentado que su embarazo llegue a término y no ha sido posible. Luego de varios exámenes diagnósticos, específicamente cariotipos y espermogramas, practicados por la EPS Coomeva, su médica tratante recomienda el tratamiento de inmunoterapia con linfocitos paternos a efecto de mejorar su pronóstico de fertilidad.

La Sala recuerda, que el punto de partida en el análisis de la alegada vulneración a los derechos de la accionante, ha de ser en este caso, el grado de afectación que supone para su salud la falta del tratamiento recomendado, visto desde la jurisprudencia vigente en torno a los derechos reproductivos, el derecho a la igualdad y el libre desarrollo de la personalidad. Para ello, detallará inicialmente, el resultado del material probatorio allegado al expediente junto al solicitado por la Corte a médicos especialistas⁷⁹ en la materia, el cual se condensa en el siguiente resultado:

-La EPS Coomeva señaló en la respuesta que dio al juez de instancia en el presente caso, que la accionante *“se encuentra en manejo de infertilidad”*, lo que significa que viene tratándose con

⁷⁸ Salvamento de voto Magistrado Jorge Iván Palacio.

⁷⁹ Cfr. Folios 20 y siguientes del expediente número 2.

anterioridad un problema de fertilidad, en este caso el relativo a la imposibilidad de que el embarazo concluya con un nacido vivo, dada la pérdida gestacional repetida.

- La reproducción de los seres humanos involucra a progenitores genéticamente diferentes de una misma especie, a dichas diferencias se las denomina aloinmunes, por ello el embarazo es similar a un trasplante al cual se debe una respuesta de reconocimiento. Esto determina que el embrión, sea blanco inmunológico natural para el sistema inmune materno, debido a aquellos productos de genes heredados del padre y antígenos específicos de tejido de diferenciación.⁸⁰

-El aborto espontáneo recurrente se define como la pérdida temprana y consecutiva de tres o más embarazos. Una teoría señala que para algunas mujeres esto podría estar causado por una respuesta del sistema inmunológico al embrión o feto. Se han probado tratamientos que intentan inmunizar a la mujer contra células "extrañas" de un futuro embarazo y las inmunoterapias, como las solicitadas en este caso, incluyen glóbulos blancos (leucocitos) de la pareja de la mujer. El tratamiento consiste en un plan de inmunización con leucocitos paternos, que permiten al sistema inmune materno el reconocimiento indispensable para que se establezcan los mecanismos protectores del embarazo.⁸¹

-La etiología del aborto habitual es incierta y diversa, (de un 30 a 50% de los casos la causa es desconocida) va desde problemas genéticos, endocrinológicos e inmunológicos hasta los que tienen que ver con la calidad seminal. Ante los múltiples orígenes de la patología, igualmente existe variedad de posibilidades terapéuticas. En caso de que se haya hecho un diagnóstico previo y correcto de problemas aloinmunes en la pareja, una de las terapias viables es la de linfocitos paternos.⁸²

-La *inmunoterapia con leucocitos paternos* no es una técnica de reproducción asistida, sino una opción terapéutica para tratar la infertilidad, es un tratamiento de fertilidad previo a la búsqueda de un embarazo para pacientes con múltiples pérdidas previas.⁸³

-La evidencia científica revela, que la inmunoterapia no reduce a futuro el riesgo de aborto por repetición en las mujeres que tienen abortos espontáneos recurrentes. Pese a que se trata de una técnica utilizada desde hace 35 años, las tasas de éxito van del 10 % al 90 %. Depende, afirman los juicios médicos consultados, de la precisión en el diagnóstico previo realizado a la mujer y a la pareja.⁸⁴

⁸⁰ Folio 20, cuaderno número 2. Concepto ante la Corte de la Doctora Gloria Elena Ospina, y folio 26, bibliografía citada por el Doctor Juan Carlos Mendoza en concepto enviado a la Corte Constitucional. J.Cubillos JC Mendoza Aborto Recurrente controversias en ginecología y Obstetricia, Volumen 16 número 92 junio 2006.

⁸¹ Folio 21 Concepto rendido ante la Corte Constitucional del Doctor Juan Carlos Mendoza A. miembro del equipo de fertilidad humana de la Universidad del Bosque y bibliografía sugerida.

⁸² Folios 20 y 21. Concepto rendido ante la Corte Constitucional del Doctor Juan Carlos Mendoza A. miembro del equipo de fertilidad humana de la Universidad del Bosque y bibliografía sugerida.

⁸³ Folio 20, cuaderno número 2. concepto de la Doctora Gloria Elena Ospina rendido ante la Corte en el caso concreto.

⁸⁴ Folios 20 y 21. Cuaderno número 2. Concepto rendido ante la Corte Constitucional por el Doctor Juan Carlos Mendoza A. miembro del equipo de fertilidad humana de la Universidad del Bosque y bibliografía sugerida. Cubillos JC, Mendoza JC, Ruiz H. y cols. Aborto Recurrente Espontáneo: tratamiento inmunológico y resultado perinatal, 1999, Medicina Reproductiva, Vol.2, julio- octubre.

7.3 A la vista de los hechos y pruebas allegadas, la Corte considera lo siguiente:

De acuerdo con lo estipulado en el numeral 4º del artículo 130 de la Resolución 5521 de 2013⁸⁵, los tratamientos para la fertilidad se encuentran expresamente excluidos del Plan Obligatorio de Salud⁸⁶. Con fundamento en esa normativa la EPS ha negado a la accionante la autorización del procedimiento denominado *inmunoterapia con leucocitos paternos*, recomendado por la médica tratante, luego de diagnosticarle una patología del sistema reproductor que limita la capacidad para concebir y que hace imperiosa su protección constitucional desde la perspectiva de los derechos reproductivos.

Si bien en principio el derecho fundamental a la salud en cualquiera de sus facetas es exigible por vía de tutela respecto a los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, la Corte Constitucional ha indicado, que existen circunstancias que necesariamente ameritan el suministro de insumos, medicamentos e intervenciones, que a pesar de no estar contemplados en el Plan necesitan ser prestados por las EPS, pues, de lo contrario, se vulneraría el derecho fundamental a la salud, para lo cual y de conformidad con los criterios establecidos para acceder a servicios médicos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, se requiere examinar el caso concreto, y, de acuerdo con lo que ello resulte, determinar si la negativa de la entidad pone o no en peligro el derecho fundamental a la salud o a la vida del interesado, o algún otro derecho fundamental, que tenga relación con la situación de que se trata.

Pese a ello, y siendo la anterior la pauta general, la sentencia T-274 de 2015 previó un alcance mayor en el análisis del reconocimiento de los tratamientos de fertilidad excluidos del POS, teniendo presente que (i) involucran facetas diferentes a la del derecho a la salud en su concepción de mera ausencia de dolencias o enfermedades y (ii) por ende, el *test de comprobación* debe partir de la premisa de la posible afectación de otros derechos como la libertad, la vida privada y familiar, la salud reproductiva, el libre desarrollo de la personalidad, la igualdad, entre otros, así como del impacto desproporcionado que puede generar la prohibición de tales tratamientos sobre las personas que no cuentan con los recursos económicos para asumir su costo y que desean procrear de manera biológica.

Así entonces, el estudio sobre la posibilidad de acceder al tratamiento recomendado como excluido del Plan Obligatorio de Salud, debe ser analizado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

(i) Que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la normativa legal o administrativa del Plan de Beneficios vulnere o ponga en inminente riesgo los derechos fundamentales a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia. Como se expuso previamente, tratándose de tratamientos de fertilidad debe ampliarse el ámbito de protección en la medida en que, si bien esta enfermedad no involucra gravemente la vida, la dignidad o a la integridad personal del paciente, sí podría llegar a interferir negativamente en otras dimensiones vitales desde el punto de vista del bienestar psicológico y social, el derecho a

⁸⁵ Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

⁸⁶ Cita la referida disposición: “ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC– y son las siguientes: (...) 4. Tratamientos para la infertilidad (...)”.

la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia, facetas que igualmente deben ser protegidas por el juez constitucional.

(ii) Que el médico tratante haya prescrito el tratamiento evaluando las condiciones específicas de la paciente, en factores como (i) la condición de salud; (ii) la edad; (iii) el número de intentos que deban realizarse y su frecuencia; (iv) la capacidad económica, previendo los posibles riesgos y efectos de su realización y justificando científicamente la viabilidad del procedimiento.

(iii) Que se trate de un medicamento, servicio, tratamiento, prueba clínica o examen diagnóstico que no tenga sustitutos en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan.

(iv) Que el paciente no tenga capacidad económica para sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud. Debe exigirse un mínimo de diligencia del afiliado en demostrar a la EPS a la que se encuentre afiliado o, de ser el caso, al juez de tutela que conozca el asunto, de su condición económica y la imposibilidad de asumir los costos del tratamiento solicitado.

La constatación de tales presupuestos en el caso concreto es la siguiente:

1. La falta del tratamiento ordenado por la médica tratante excluido del POS, denominado *terapia con leucocitos paternos* puede llegar a vulnerar los derechos fundamentales de la accionante a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia, en la medida en que su no realización puede desestimular su proyecto de ser madre y la reducción de sus opciones terapéuticas. Entiende la Sala que la ausencia de este tratamiento no pone en riesgo la vida de la accionante, pero sí implica una afectación en la faceta reproductiva de la salud de la peticionaria, constituyéndose la infertilidad en una patología que, según lo ha reconocido la propia *Organización Mundial de la Salud es una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”*.

La sentencia T-528 de 2014, en la misma línea, lo corroboró acotando, que si bien los problemas de fertilidad no involucran gravemente la vida o la integridad personal en un aspecto determinante de la condición general de la salud, sí puede interferir negativamente en otras dimensiones vitales cuando la paternidad/maternidad hace parte del proyecto de vida de la persona o la pareja; es una *“situación {que} pone en evidencia que hay una dimensión prestacional del derecho a la salud en la cual no se ha avanzado en lo absoluto, y que deja desprotegido a un sector de la población que demanda servicios médicos para el tratamiento de su infertilidad, como lo tiene para otra cualquier causa de salud.”*. A lo anterior se suma, que el fracaso de un embarazo o la pérdida recurrente, como en el *sub lite*, genera un trastorno emotivo muy importante para la paciente y su familia, sumado también a la incertidumbre por el desconocimiento de la causa y la cada vez más probable recurrencia del episodio abortivo. La sentencia citada (T-528 de 2014) en uno de sus apartes, refiriéndose a un concepto médico relevante en el fallo y que permite entender la dimensión emocional y psicológica de quienes padecen de infertilidad y deben someterse a tratamientos para mejora de su condición, sostuvo:

“En este sentido, explicó el doctor Fernando Zegers Hochschild, que la ‘Organización Mundial de la Salud (OMS) definió [la] infertilidad como una enfermedad reconociendo de esta manera que la salud de las personas afectadas, así como su entorno familiar, se ven seriamente dañadas” (negritas fuera de texto). Además, resaltó que “desafortunadamente, algunos países aun consideran la fertilidad como una cuestión de anhelos o deseos personales y por ello, no le otorgan suficiente prioridad en los programas de salud de la mujer”⁸⁷. En cuanto a las consecuencias de este padecimiento, precisó que la ‘infertilidad es una enfermedad que tiene numerosos efectos en la salud física y psicológica de las personas, así como consecuencias sociales, que incluyen inestabilidad matrimonial, ansiedad, depresión, aislamiento social y pérdida de estatus social, pérdida de identidad de género, ostracismo y abuso’⁸⁸.

En definitiva, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y distintos pronunciamientos de organismos internacionales han señalado que el ejercicio de los derechos reproductivos supone el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir responsablemente el número de hijos. La injerencia injustificada sobre este tipo de decisiones trae consigo la limitación en el ejercicio de otros derechos fundamentales como la libertad y la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad personal y familiar y el derecho a conformar una familia.

2. El tratamiento fue prescrito por una médica adscrita para ese momento a la EPS a la cual se encuentra afiliada la peticionaria. A folio 4 del expediente se advierte la siguiente prescripción de la doctora Gloria Elena Ospina Montoya : *“pérdida habitual de embarazo g7 a7 con factor aloimmune que requiere inmunoterapia con linfoterapia para mejorar la posibilidad de embarazo. Tiene ya todos los estudios adicionales”*. A folio 5 se encuentra otra orden médica que dice: *“G 7 A 7 Aloimmune. Requiere inmunoterapia con linfocitos paternos 2 veces y control de Ac bloqueadores luego de tratamiento.”*

-Tal información sería suficiente para confirmar el presupuesto referido al médico tratante, sin embargo, en los antecedentes de este caso se advirtió que tanto la entidad accionada como el juez de instancia, sostienen que la médica tratante no llevó la solicitud del procedimiento NO POS al respectivo Comité Técnico Científico y ello, a su parecer, justifica la negativa del tratamiento en el marco de las políticas de la EPS y en sede judicial, desde la interpretación que dio el juez de instancia.

⁸⁷ Ibíd.

⁸⁸ Ibíd. Según indican Jorge Luis Calero y Felipe Santana, (citado en la sentencia T-528 de 2014) la infertilidad *“para quienes la vivencian, sí constituye un padecimiento que tiene importantes implicaciones en la vida social y psicológica de las personas que la padecen, pues acarrea una serie de dificultades en el seno de la familia que está en construcción, toda vez que para una pareja, tener hijos significa haber llegado a la cúspide de sus expectativas”*. En Calero, Jorge Luis; Santana, Felipe (2006, abr.). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Revista Cubana Endocrinol [revista en la Internet], 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100002&lng=es (junio de 2014).

Cabe advertir, con el fin de no soslayar este tópico, que la exigencia del *filtro* de la negativa del POS por el Comité Técnico Científico, ha sido cuestionada por esta Corporación en los casos en los que constituye un óbice para la autorización de un procedimiento médico. La Corte, en efecto, tiene sentadas las siguientes *sub reglas* : (i) la necesidad de respetar y privilegiar el criterio médico sobre el concepto del Comité Técnico Científico en caso de disparidad de criterios⁸⁹ y (ii) la entidad del Comité Técnico Científico de las entidades prestadoras del servicio de salud, que no es propiamente un órgano de carácter técnico sino administrativo, debido a su estructura y a las funciones que desempeña, por lo tanto ha precisado la jurisprudencia, que estos comités no son una instancia más entre los usuarios y las EPS, no siendo su concepto un requisito indispensable para el otorgamiento de servicios de salud requeridos por un paciente.⁹⁰

Tales razones han avalado la expedición reciente de la Resolución 1328 de 2016, vigente a partir del primero de junio del presente año y dictada a la luz de lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Dicha normativa elimina la exigencia actual de que la fórmula del médico tratante deba ser autorizada por el CTC, por estimar que se trata de una barrera de acceso a los usuarios, amén de que interfiere la autonomía médica.

Claramente, en este caso, aplicando el aforismo latino *nemo auditur propiam turpitudinem allegans*, se trató de una negligencia de la propia entidad que indica que su médica no realizó el procedimiento expedito, no siendo posible entonces alegar su propia culpa dentro del proceso de tutela buscando razones para no acceder al tratamiento ordenado a la accionante. Ajenos a este tipo de contingencias, deben permanecer los usuarios y pacientes, como eslabón más frágil en la cadena de actores dentro del Sistema de Salud.⁹¹

Por lo demás, se recuerda que la accionante es paciente de Coomeva EPS, tiene 34 años de edad, 7 abortos espontáneos y según lo afirmó la propia entidad, *se encuentra en un manejo franco de infertilidad*. Es decir, lo que se solicita por vía de tutela hace parte de un tratamiento ya iniciado, que ha sido interrumpido y obstaculizado por la entidad accionada al negar su realización. Según lo expusieron los médicos través de sus dictámenes, el tratamiento ya se encuentra en la segunda fase terapéutica, considerando que el paso más importante en circunstancias análogas, es la precisión de los diagnósticos para poder determinar el factor causal de la infertilidad. En efecto, se observa en las pruebas recepcionadas, que la *terapia con leucocitos paternos* es una técnica a tener en cuenta para casos de abortos sistemáticos, solo cuando se ha hecho el correspondiente diagnóstico que justifica su realización y precisa la causa aloinmune, como aconteció en este caso. Es la información especializada que se deriva del informe médico cuando dice que la eficacia de la inmunoterapia ***“dependerá de un diagnóstico adecuado y la aplicación de una metodología terapéutica que haya demostrado resultados,***

⁸⁹ Sentencias T-300 de 2005, C-436 de 2008, T-964 de 2006, T-1016 de 2006, T-464^a de 2006, T-514 de 2006, T-053 de 2004, T-616 de 2004, T-1192 de 2004, T-1234 de 2004, T-1083/03, T-1007 de 2003, T-1083 de 2003, T-344 de 2002, T-414 de 2001, T-566 de 2001, T-1188 de 2001, T-786 de 2001, T-155 de 2000, T-179 de 2000, T-378 de 2000, T-666 de 1997, entre otras..

⁹⁰ T-446 de 2012.

⁹¹ T-345 de 2012, entre muchas.

considerando que el tratamiento utilizado de la manera adecuada en la paciente indicada tiene sin duda un efecto terapéutico.⁹²

La EPS practicó ya a la accionante los exámenes diagnósticos previos y necesarios (como el cariotipo con bandeado de sangre y el espermograma a su pareja) y tal como lo dice la médica tratante, ***“ya están todos los estudios adicionales”***,⁹³ y lo que procede es la realización de la inmunoterapia recomendada. Escindir el tratamiento o interrumpirlo estando en curso y a esa altura de lo ya ganado en diagnósticos y pronósticos médicos, atenta claramente contra el derecho a la salud de la peticionaria en su faceta reproductiva y en la arista de continuidad del servicio de salud⁹⁴.

El concepto de continuidad en los tratamientos de esterilidad, demanda una mirada más integradora, teniendo en cuenta que se trata de medidas clínicas y terapéuticas escalonadas cuya piedra angular es el diagnóstico inicial, conformado para este caso con los estudios previos realizados a la pareja; la terapéutica final, (la técnica de los leucocitos paternos) es el resultado último de un tratamiento para mejorar las probabilidades del embarazo.⁹⁵ El estudio de los factores causales de la esterilidad, que en este caso se hizo con las pruebas diagnósticas previas, hace parte del tratamiento y si éste se truncó en esa instancia sin avanzar hacia la ***“opción terapéutica”*** de la inmunoterapia con leucocitos, claramente se infringió el imperativo de continuidad predicable del servicio de salud.

3. Según se dejó evidenciado con las pruebas recabadas, con especial mención del concepto de la médica tratante, la ***“inmunoterapia con leucocitos paternos no tiene alternativas y los métodos de reproducción asistida no mejoran este problema.”*** Significa, que para el caso concreto de la demandante, la inmunoterapia es la opción terapéutica idónea para paliar la patología que padece.

Pese a ello, y a efecto de no ignorar el experticio de los médicos citados, es preciso que se tenga en cuenta, que también consta en los informes allegados, que la ***inmunoterapia no reduce el riesgo de futuros abortos espontáneos recurrentes, por ello, la decisión desde el punto de vista constitucional será contrarrestar y prevenir una lesión permanente a los derechos de la accionante, garantizando el pleno de sus derechos reproductivos y autorizando el tratamiento con leucocitos paternos, previo su consentimiento informado, que se le permita conocer las tasas de éxito y de fracaso de la terapia y sus potenciales efectos colaterales.***

4. En esta oportunidad, la accionante manifestó en el escrito de tutela, que no cuenta con la capacidad económica para sufragar los costos del tratamiento solicitado, circunstancia que no fue rebatida por la entidad accionada. De igual forma, en diligencia de declaración de parte llevada a cabo por el juez de primera instancia, la señora indicó que se encuentra sin trabajo, con problemas

⁹² Informe del Doctor Juan Carlos Mendoza, miembro de la Unidad de Reproducción Humana de la Universidad del Bosque. Bogotá. Col.

⁹³ Folio 4 del expediente.

⁹⁴ Sentencia T-065 de 2010, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, entre muchas.

⁹⁵ Bioética y Ley en reproducción humana asistida. Manual de casos clínicos. Abellán Fernando, Caro, Javier. Editorial Comares, Granada 2009.

sicológicos y que los ingresos económicos de su núcleo familiar los proporciona su esposo que tiene un salario mínimo y cubre todos los gastos del hogar, no pudiendo costear⁹⁶ la terapia recomendada.

8. Conclusión

La Sala sigue los precedentes sentados en las sentencias T- 528 de 2014 y T-274 de 2015 en las que se acogieron las directrices hermenéuticas dictadas por la Corte IDH en el caso Artavia contra Costa Rica, por considerar que concilian y amplían el espectro de protección de los derechos sexuales y reproductivos elaborado en amplia jurisprudencia por la Corte Constitucional, en los casos de los tratamientos de fertilidad, siendo evidente que las pautas de interpretación dadas por la sentencia de la Corte IDH garantizan, de forma más efectiva, los derechos reconocidos en nuestra Carta Política.

-Concluye la Corte entonces para este caso, que la falta de un tratamiento que puede mejorar la salud reproductiva de la accionante, lesiona claramente sus derechos constitucionales; recuerda además, que de cara a las consideraciones hechas en la sentencia C-313 de 2014 que revisó la Ley Estatutaria en Salud, los pacientes tienen derecho al beneficio de las tecnología y avances de la ciencia para paliar y mejorar su estado de salud en las facetas que se encuentren afectadas.

-Igualmente, tal como se expuso en las consideraciones generales que se siguen de las sentencias T-274 de 2015 y T-528 de 2014, la negativa de un tratamiento de fertilidad infringe, tanto la dimensión reproductiva del derecho a la salud, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad, en su núcleo esencial de autodeterminación reproductiva y libertad para tomar las decisiones que más convengan en el proyecto de vida familiar, y a la igualdad en las perspectivas enunciadas: **(i)** la que apunta a una discriminación indirecta en relación con el género, en tanto la utilización de las tecnologías de reproducción asistida se relaciona especialmente con el cuerpo de las mujeres y, por lo tanto, tiene un impacto negativo sobre ellas y **(ii)** la que supone un trato discriminado para aquellas personas que sufren de infertilidad, que tienen derecho, como se indicó, a acceder a las técnicas necesarias para resolver los problemas de salud reproductiva, también de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.

-Reitera finalmente la Sala, que en virtud de los principios de confianza legítima y de continuidad en la prestación del servicio de salud, no era permitido a la EPS suspender el tratamiento de fertilidad ya iniciado a la accionante a pesar de que no tuviera la obligación de suministrarlo⁹⁷.

9. Órdenes a impartir

A la luz de las consideraciones expuestas, esta Sala revocará la decisión del juez de primera instancia y concederá a la señora LILIANA ANDREA GARCES PIEDRAHITA la tutela de los derechos fundamentales sexuales y reproductivos, a la igualdad, al libre desarrollo de la

⁹⁶ En conversación que tuvo el despacho del Magistrado Ponente con los médicos especialistas consultados en este caso, la inmunoterapia con linfocitos paternos puede tener un costo que oscila entre los \$ 500.000 y \$800.000

⁹⁷ Ver sentencias T- 901 de 2004, T-746 de 2002, T-572 de 2002 entre otras.

personalidad y a conformar una familia, ordenará la realización de la inmunoterapia de leucocitos paternos previo consentimiento informado de la accionante respecto de las tasas de éxito y de fracaso de la mencionada terapia y de sus potenciales efectos colaterales.

Se reiterarán, por ser pertinentes y comunes, las consideraciones vertidas en las sentencias T-528 de 2014 y T- 274 de 2015, en punto al déficit de protección en materia de salud reproductiva ante la insuficiencia de regulación en Colombia en lo que toca con los tratamientos de fertilidad y su inclusión en el plan de beneficios.

Se reiterará por lo tanto, el exhorto al Gobierno Nacional, por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, para que realice la revisión de la situación que tienen que enfrentar las personas que padecen de infertilidad y no cuentan con recursos económicos

Finalmente, la EPS accionada deberá brindar el acompañamiento que requiera la accionante en el transcurso del tratamiento y una vez el mismo finalice. Lo anterior, teniendo en cuenta las eventuales consecuencias psicológicas causadas por la imposibilidad de lograr un embarazo.

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.- LEVANTAR los términos suspendidos en el presente proceso.

SEGUNDO.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juez Sexto Civil Municipal En Oralidad de Armenia y en consecuencia, **CONCEDER** a la señora LILIANA ANDREA GARCES PIEDRAHITA la tutela de los derechos fundamentales sexuales y reproductivos, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia.

TERCERO.- ORDENAR a la EPS COOMEVA - Seccional Pereira – que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta decisión, autorice el tratamiento de inmunoterapia con linfocitos paternos, previo consentimiento informado de la accionante respecto de las tasas de éxito y de fracaso de la mencionada terapia y de sus potenciales efectos colaterales.

COOMEVA EPS deberá igualmente brindar el acompañamiento que requiera la accionante en el transcurso del tratamiento y una vez el mismo finalice. Lo anterior, teniendo en cuenta las eventuales consecuencias psicológicas causadas por la imposibilidad de lograr un embarazo.

CUARTO.- REITERAR el exhorto al Gobierno Nacional, por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

en Salud, para que realice la revisión de la situación que tienen que enfrentar las personas que padecen de infertilidad y no cuentan con recursos económicos.

QUINTO.- LÍBRENSE por Secretaría General las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto ley 2591 de 1991.

II. NORMATIVA

III. DECRETOS

Decreto 1990 de 2016

Por medio del cual se modifica el artículo 3.2.1.5., se adicionan artículos al Título 3 de la Parte 2 del Libro 3 y se sustituyen los artículos **3.2.2.1.**, **3.2.2.2.** y **3.2.2.3** del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con las reglas de aproximación de los valores contenidos en la planilla de autoliquidación de aportes; se fijan plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, respectivamente

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y en particular, las previstas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y el artículo 10 de la Ley 828 de 2003, y

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud con el propósito de compilar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector, dentro del cual se incorporaron los Decretos 1406 de 1999, 3667 de 2004 y 1670 de 2007.

Que el Decreto 780 de 2016 en su artículo 3.2.1.5 determina la aproximación de los valores contenidos en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral para efectuar el pago a través del formulario único dispuesto para el efecto con las condiciones y características allí previstas.

Que la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, es el mecanismo que permite autoliquidar y pagar todos los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales, de manera unificada en sus modalidades electrónica o asistida.

Que debido a que actualmente la mayoría de las transacciones se efectúan de manera electrónica, se hace necesario modificar las reglas de aproximación de los valores del ingreso base de cotización y el monto de los aportes liquidados a través de PILA. Así mismo, resulta oportuno unificar las fechas de pago de las diferentes clases de aportantes en PILA, teniendo en cuenta que el Sistema se ha expandido y garantiza la estabilidad del nuevo procedimiento.

Que el artículo 216 de la Ley 1753 de 2015 establece que con base en estudios técnicos se podrán definir mecanismos que optimicen el sistema de recaudo del Sistema General de Seguridad Social Integral, incluyendo la remuneración de los servicios relacionados con este proceso, que en ningún caso podrá ser igual o mayor al valor de la cotización mensual que realicen los afiliados al Sistema.

Que se considera necesario y viable actualizar el criterio del número de cotizantes vinculados a una misma persona natural o jurídica, a partir del cual los aportantes y pagadores de pensiones deben realizar la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales por medio de la modalidad electrónica. Igualmente se requiere establecer los niveles de ingreso, a partir de los cuales los trabajadores independientes se encuentren en la

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

obligación de realizar la autoliquidación y pago de aportes a través de modalidad electrónica, con el fin de optimizar el recaudo de los aportes al Sistema.

Que según lo previsto por el artículo 7 o de la Ley 1340 de 2009, Abogacía de la Competencia, se informó a la Superintendencia de Industria y Comercio sobre la presente reglamentación y dicha entidad emitió concepto mediante Radicado 16-183982-3-0 de agosto 2 de 2016, del cual se apartará el Gobierno nacional, por las razones expuestas en el Documento de soporte normativo en respuesta a concepto de la Superintendencia de Industria y Comercio anexo.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Modifíquese el artículo 3.2.1.5 del Título I de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 3.2.1.5. Aproximación de los valores contenidos en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales. Los valores a incluir en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los correspondientes al Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y a las Cajas de Compensación Familiar, deberán aproximarse, en el evento en que proceda, de la siguiente forma:

1. El monto del Ingreso Base de Cotización correspondiente a cada cotizante, deberá aproximarse al peso superior más cercano.
2. El valor de los aportes liquidados por cada cotizante y el valor de los intereses, deberá aproximarse al múltiplo de 100 superior más cercano.

Artículo 2. Sustitúyase el Título 2 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

TÍTULO 2 PLAZOS PARA EL PAGO

Artículo 3.2.2.1. Plazos para la autoliquidación y el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales. Todos los aportantes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del Sistema de Seguridad Social Integral, así como aquellos a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje –SENA, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF y de las Cajas de Compensación Familiar, efectuarán sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, bien sea en su modalidad electrónica o asistida, a más tardar en las fechas que se indican a continuación:

Día hábil	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación
2°	00 al 07
3°	08 al 14
4°	15 al 21
5°	22 al 28
6°	29 al 35
7°	36 al 42
8°	43 al 49
9°	50 al 56
10°	57 al 63
11°	64 al 69
12°	70 al 75
13°	76 al 81
14°	82 al 87
15°	88 al 93
16°	94 al 99

Artículo 3. Adiciónese al Título 3 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016, los siguientes artículos:

Artículo 3.2.3.9. Pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales. El pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, se efectuará así:

1. Los aportantes y los pagadores de pensiones cuyo número de cotizantes y/o pensionados se encuentren en la siguiente tabla, deberán autoliquidar y pagar sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA, mediante la modalidad de planilla electrónica, a partir de las siguientes fechas:

Rango Número de cotizantes	Obligatoriedad uso planilla electrónica
20 o más cotizantes	3 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.
10 o más cotizantes	6 meses de la entrada en vigencia del presente decreto.
5 o más cotizantes	9 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.
3 o más cotizantes, para municipios con categorías diferentes a 5 y 6	15 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.

Los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con menos de 3 cotizantes, podrán utilizar para el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales del SENA, ICBF y las Cajas de Compensación Familiar, cualquier modalidad de planilla, bien sea electrónica o asistida.

2. Los cotizantes independientes cuyo ingreso base de cotización se encuentren en la siguiente tabla deberán autoliquidar y pagar sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) mediante la modalidad de planilla electrónica, a partir de las siguientes fechas:

Rango Ingreso Base de Cotización	Obligatoriedad uso planilla electrónica
Mayor o igual a 5 salarios mínimos legales mensuales vigentes	3 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.
Mayor o igual a 4 salarios mínimos legales vigentes	6 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.
Mayor o igual a 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes para residentes en municipios con categoría diferente a 5 y 6.	12 meses después de la entrada en vigencia del presente decreto.

Los cotizantes independientes con ingreso base de cotización menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, podrán utilizar cualquier modalidad de la planilla, bien sea electrónica o asistida.

Parágrafo. El número de cotizantes al que se refiere el numeral 1 del presente artículo, se determinará como la sumatoria de todos los cotizantes vinculados a una misma persona natural o jurídica, incluyendo los vinculados a sus sucursales y agencias, que operen bajo una misma razón social.

Artículo 3.2.3.10 . Tarifas en los convenios. Los convenios entre los operadores de información y las entidades financieras encargadas del recaudo de los aportes y las Administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral, no podrán contemplar tarifas que comprometan los recursos de las cotizaciones recaudadas o de sus ingresos que resulten necesarios para garantizar el pago de las prestaciones económicas y asistenciales, la constitución de reservas, los programas obligatorios de promoción y prevención.

Adicionalmente, los operadores de información y las entidades financieras encargadas del recaudo de los aportes, deberán acordar con las Administradoras del Sistema de Riesgos Laborales tarifas diferenciales que tengan en cuenta la clase de riesgo del cotizante y el costo global de los servicios.

Artículo 3.2.3.11 . Promoción y capacitación de la Planilla Electrónica. Los operadores de información deberán informar a aquellos aportantes que realicen algún proceso por medio de la modalidad de planilla asistida y que se encuentren en alguna de las categorías de aportantes aquí previstas, sobre la obligación de adecuarse al uso de la modalidad de planilla electrónica y de las nuevas condiciones legales que regirán y de la fecha en que tendrán efecto, en los términos del presente decreto. Igualmente, deberán conjuntamente

con las Administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo promover el uso de la planilla electrónica, indicando los elementos y pasos requeridos para la ejecución exitosa en los procesos de autoliquidación y pago de aportes, utilizando para ello los canales de comunicación dispuestos y aquellos que sean requeridos para el contacto con los aportantes. Lo anterior deberá ser consistente con los periodos de transición y efectuarse en los términos y condiciones del presente decreto.

Los Ministerios de Salud y Protección Social, del Trabajo y Hacienda y Crédito Público, harán seguimiento de la implementación de lo previsto en el presente decreto. En todo caso una vez cumplidos 6 meses de la entrada en vigencia, se establecerá un informe sobre tal aspecto. Para estos efectos se podrá invitar a los operadores de información y a las Administradoras usuarias de la planilla integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Artículo 4. Disposiciones transitorias. Los operadores de información y las Administradoras del Sistema General de Seguridad Social Integral, tendrán un plazo de tres (3) meses para ajustar sus esquemas operativos con el fin de dar aplicación a las disposiciones previstas en los artículos 1o y 2º del presente decreto. El artículo 3.2.3.10 aplicará a partir del segundo (2) mes después de la entrada en vigencia del presente decreto.

Artículo 5. Vigencia y derogatoria. El presente decreto rige a partir de su publicación, modifica el artículo 3.2.1.5 y sustituye los artículos 3.2.2.1., 3.2.2.2. y 3.2.2.3. del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016.

Decreto 2083 de 2016

Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y de los artículos 154 y 157 de la Ley 100 de 1993, 42 .3 de la Ley 715 de 2001 y 14 literal a) de la Ley 1122 de 2007, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 48 de la Constitución Política establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con 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.

Que el artículo 110 de la Ley 1769 de 2015 estableció que las madres sustitutas, que forman parte de la Modalidad Hogares Sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se afiliarán, con su grupo familiar, al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para ello cotizarán mensualmente como aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de trabajadores independientes, un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben mensualmente por concepto de beca del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Que al perder la calidad de madres sustitutas de la Modalidad Hogares Sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar pierden también la posibilidad de mantener su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el Régimen Especial de cotización establecido en el artículo 110 de la Ley 1769 de 2015, lo cual desmejora su calidad de vida, habida cuenta de la imposibilidad de continuar cubriendo el pago de su seguridad social como cotizante independiente, pues, el subsidio se destina a suplir sus necesidades básicas.

Que en consideración a que la Ley 1641 de 2013 estableció como principios de la política pública social para el habitante de calle, el respeto y la garantía de los derechos y libertades consagrados en la Constitución Política, razón por la que es preciso garantizar su protección en materia de salud.

Que en el marco de la aplicación del Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, existen adolescentes judicialmente sancionados con pena privativa de la libertad, que en varios casos llegan a alcanzar su mayoría de edad bajo el cuidado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar pese a dejar de ser menores.

Que como consecuencia de lo anterior y dado que tanto los grupos poblacionales de las madres sustitutas, el de habitante de calle y el de la población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del ICBF, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, es preciso asegurar la continuidad de la afiliación de dichos grupos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la que es necesario modificar el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará en los siguientes términos:

Artículo 2.1.5.1. Afiliados al Régimen Subsidiado. Son afiliados en el Régimen Subsidiado las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o al Régimen de Excepción o Especial, cumplan las siguientes condiciones:

1. Personas identificadas en los niveles I y II del Sisbén o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Personas identificadas en el nivel III del Sisbén o en el instrumento que lo reemplace que, a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado.
3. Personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de los artículos 164 de la Ley 1450 de 2011 y 111 de la Ley 1769 de 2015. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar elaborará el listado censal.
4. Población infantil abandonada y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado, censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
5. Menores desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
6. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales.
7. Comunidades Indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5 de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

8. Población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Agencia Colombiana para la Reintegración o quien haga sus veces. Los integrantes del núcleo familiar de desmovilizados que hayan fallecido mantendrán su afiliación con otro cabeza de familia.
9. Adultos mayores en centros de protección. Los adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección. El listado de beneficiarios será elaborado por las alcaldías municipales o distritales.
10. Población Rom. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población Rom se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo Rom lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBÉN.
11. Personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población incluida en el Programa de Protección de Testigos será elaborado por la Fiscalía General de la Nación.
12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales.
14. Población migrante de la República Bolivariana de Venezuela de que tratan los artículos 2.9.2.5.1 a 2.9.2.5.8 del presente decreto.
15. Población habitante de calle. El listado censal de esta población será elaborado por las alcaldías municipales o distritales.

Parágrafo 1. Las condiciones de pertenencia al Régimen Contributivo o a un Régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al Régimen Subsidiado, salvo lo dispuesto para la afiliación del recién nacido. En consecuencia, cuando una persona reúna simultáneamente las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, a un Régimen Exceptuado o Especial o al Régimen Subsidiado deberá registrarse e inscribirse a una EPS del Régimen Contributivo o afiliarse al Régimen Exceptuado o Especial, según el caso.

Parágrafo 2. Las reglas de afiliación y novedades de la población indígena y de las comunidades Rom se seguirán por las normas vigentes a la expedición del presente decreto hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente la afiliación y los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud de esta población; evento en el cual, el Gobierno Nacional adelantará la consulta previa.

Parágrafo 3. En el evento de que la persona cumpla los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúse afiliarse, la entidad territorial procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará

dicha inscripción. Sin embargo, la persona podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes, sin sujeción al período mínimo de permanencia.

Parágrafo 4. Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del numeral 3 del presente artículo y ello las haga potenciales afiliadas al Régimen Contributivo, así lo informará a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.

Parágrafo 5. Cuando cualquier autoridad nacional o territorial advierta que un afiliado del Régimen Subsidiado cumpla las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, informará a la entidad territorial para que adelante las medidas tendientes a la terminación de la inscripción en la EPS. La omisión de esta obligación por parte de las autoridades territoriales dará lugar a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

Artículo 2. El presente decreto rige a partir de su publicación y modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Decreto 2117 de 2016

Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud – EPS

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y el artículo 154, numerales 6 y 7 y el parágrafo del artículo 180, el parágrafo 1 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 24 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social con el propósito de compilar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector, dentro del cual se incorporó el Decreto 2702 de 2014, que establece las condiciones de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS que les permitan responder por las obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de salud protegiendo financieramente a los prestadores de servicios de salud y demás actores relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

Que de conformidad con el artículo 24 de la Ley 1438 de 2011, al Gobierno Nacional le compete reglamentar las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud cuenten con los márgenes de solvencia, así como con los requisitos habilitantes y de permanencia, de capacidad financiera, técnica y de calidad necesarios para operar de manera adecuada el aseguramiento en salud.

Que la Ley 1797 de 2016, estableció en el literal e) del artículo 6° que las entidades responsables de pago deben emitir certificación de reconocimiento de deudas, la cual podrá servir, entre otras opciones, de título de garantía de operaciones de crédito.

Que en el proceso de implementación de las condiciones precitadas, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, han presentado situaciones financieras que deben ser contempladas en el periodo de transición, para continuar con el fortalecimiento patrimonial y la solvencia financiera de estas entidades, garantizando así el cumplimiento de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Artículo 1. Modifícase el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

“Artículo 2.1.13.9. Procesos de reorganización institucional. En los procesos de fusión, escisión, creación de nuevas entidades u otras formas de reorganización institucional, las EPS participantes podrán ceder sus afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos de conformidad con lo pactado en ellos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante del proceso de reorganización institucional.

Las Cajas de Compensación Familiar con programas de salud y las organizaciones solidarias habilitadas o autorizadas para operar como Entidad Promotora de Salud, podrán participar en procesos de reorganización institucional que contemplen la creación de nuevas entidades. Si el proceso de reorganización institucional afecta exclusivamente los programas de EPS de las Cajas de Compensación Familiar y de las organizaciones solidarias, éstas podrán solicitar la aprobación del plan respectivo, previa relación de los activos y pasivos que serán cedidos y la presentación de la política de pagos como requisito para la autorización de funcionamiento de la EPS resultante.

El plan de reorganización institucional correspondiente deberá ser presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación, la cual deberá verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

1. Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización, excepto cuando se trate de una sociedad conformada por las Cajas de Compensación Familiar con programas de salud u organizaciones solidarias de salud que ya se encuentren operando programas de salud.
2. Que la entidad o entidades que ceden sus afiliados realicen simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficio, de conformidad con lo pactado en ellos, a la EPS resultante de la reorganización.
3. En el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar y de organizaciones solidarias habilitadas o autorizadas para operar como EPS, la habilitación se entenderá cedida de manera automática con la presentación del plan de reorganización institucional ante la Superintendencia Nacional de Salud, no obstante, la EPS resultante no podrá operar hasta tanto el respectivo plan sea aprobado y se autorice el funcionamiento de la EPS resultante.

En el evento que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, la Caja de Compensación Familiar o la organización solidaria, deberá solicitarlo, justificarlo y documentarlo de manera expresa en el citado plan, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que estime pertinente.

Para la aprobación del plan de reorganización institucional, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las condiciones técnicas, administrativas y financieras por parte de la EPS resultante para que pueda mantener la habilitación cedida.

Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de la EPS resultante, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta todas las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurren en la operación de reorganización.

En todo caso, en el evento de persistir saldos, remanentes y/o recursos del SGSSS en aquellas entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos a la entidad resultante de la misma, deberán incluir en el Plan e informar a la Superintendencia Nacional de Salud cual será el plan de acción para el manejo y destinación de estos recursos, de conformidad con el marco legal aplicable.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones del presente artículo”.

Artículo 2. Modifícase el literal a) del numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

“Artículo 2.5.2.2.1.7 Patrimonio adecuado. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto deberán acreditar en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado calculado de acuerdo con los siguientes criterios:

(...)

2. Patrimonio Adecuado. Para los efectos del presente Capítulo el patrimonio adecuado de las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, será calculado de acuerdo con la siguiente metodología:

- a). *El ocho por ciento (8%) de los siguientes ingresos operacionales percibidos en los últimos doce (12) meses: La Unidad de Pago por Capitación –UPC, el valor reconocido a las EPS del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el sistema para garantizar el pago de incapacidades, el valor de cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo con lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS que giran a la cuenta de alto costo descontarán dicho valor.*

El porcentaje a que hace referencia este literal podrá ser disminuido máximo en dos (2) puntos porcentuales, cuando la EPS cumpla con los siguientes requisitos:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

1. *Acreditar un porcentaje de inversión permanente de la reserva técnica, en los términos establecidos en el presente decreto igual o superior al cien por ciento (100%)*
2. *Estudio técnico que sustente la disminución del porcentaje a que hace referencia este literal, aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo remitir copia de dicha aprobación al Ministerio de Salud y Protección Social” (...)*

Artículo 3. Modifíquese el artículo 2.5.2.2.1.10 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 2.5.2.2.1.10. Inversión de las reservas técnicas. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen:

1. **Requisito general.** Las inversiones deben ser de la más alta liquidez y seguridad.
2. **Inversiones computables.** El portafolio computable como inversión de las reservas técnicas debe corresponder a:
 - a. *Títulos de deuda pública interna emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República;*
 - b. *Títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, incluyendo al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafín) y al Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas (Fogacoop);*
 - c. *Depósitos a la vista en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, descontados los descubiertos en cuenta corriente registrados en el pasivo de acuerdo con las normas contables aplicables;*
 - d. *Certificados de reconocimiento de deuda por servicios No POS auditada y aprobada, suscritos por el representante legal de la entidad territorial, el ordenador del gasto del FOSYGA o el representante legal de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, a partir de la fecha establecida para que esta entidad asuma la administración de los recursos del sistema. Estos certificados computarán por su valor facial.*

Los certificados expedidos por el FOSYGA o la ADRES deben ser informados mensualmente por el ordenador del gasto o el representante legal, según corresponda, a la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

3. **Requisitos.** Las inversiones computarán bajo los siguientes parámetros:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

- a. *Cuando correspondan a un mismo emisor o establecimiento de crédito, la inversión del numeral 2.b. será computable como respaldo de la reserva técnica solamente hasta el 10% del valor del portafolio de inversiones;*
- b. *El conjunto de las inversiones del numeral 2.b. realizadas en títulos cuyo emisor, aceptante, garante, u originador, sea una entidad vinculada, no puede exceder el diez por ciento (10%) del valor del portafolio;*
- c. *Los recursos que respaldan las reservas técnicas computarán hasta el treinta por ciento (30%) de una misma emisión de títulos, de acuerdo con las inversiones permitidas según el régimen aplicable.*

Quedan exceptuadas de este límite las inversiones del numeral 2.a y 2.d, las realizadas en Certificados de Depósitos a Término (CDT) emitidos por establecimientos de crédito y las inversiones de títulos de deuda emitidos o garantizados por Fogafin y Fogacoop.

- d. *Las inversiones del numeral 2.b. requieren la calificación de deuda a corto o largo plazo del emisor o del establecimiento de crédito, según corresponda, equivalente cuando menos a grado de inversión y otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Las inversiones del numeral 2.c. requieren la calificación de la capacidad de pago a corto plazo del establecimiento de crédito, equivalente cuando menos a grado de inversión otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia;*
- e. *Las inversiones de los numerales 2.a. y 2.b. se deben realizar sobre títulos inscritos en el Registro Nacional de Valores y Emisores;*
- f. *Todas las negociaciones de inversiones de los títulos descritos en los numerales 2.a. y 2.b. se deben realizar a través de sistemas de negociación de valores, o en el mercado mostrador, registradas en un sistema de registro de operaciones sobre valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia siempre que las mismas sean compensadas y liquidadas mediante un sistema de liquidación y compensación de valores autorizados por dicha Superintendencia;*
- g. *Los títulos o valores representativos de las inversiones que respaldan las reservas técnicas susceptibles de ser custodiados se deben mantener en todo momento en los depósitos centralizados de valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia.*

Para efectos de los depósitos se tendrán en cuenta los términos establecidos en los reglamentos de operaciones de los citados depósitos centralizados de valores, contados a partir de la fecha de adquisición o de la transferencia de propiedad del título o valor.

4. **Restricciones.** *Las inversiones de las reservas técnicas se deben mantener libres de embargos, gravámenes, medidas preventivas, o de cualquier naturaleza que impida su libre cesión o transferencia. Cualquier afectación de las mencionadas impedirá que sea computada como inversión de las reservas técnicas.*
5. **Defectos de inversión por valoración.** *Los defectos de inversión que se produzcan exclusivamente como resultado de cambios en la valoración del portafolio, deberán ser reportados inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud y tendrán plazo de un (1) mes para su ajuste, contado a partir de la fecha en que se produzca el defecto respectivo.*

Parágrafo. *Para efectos de este artículo se entenderá por entidad vinculada la definición contenida en el artículo 2.31.3.1.12 del Decreto 2555 de 2010.”*

Artículo 4. Adicionase unos artículos a la Sección 1 del Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así:

“Artículo 2.5.2.2.1.17 Condiciones, plazos y tratamiento financiero por parte de las EPS. Las EPS tendrán un tratamiento financiero especial y podrán acceder a los plazos del presente artículo, siempre que acrediten las siguientes condiciones:

Condiciones:

- a. **Avance en el fortalecimiento patrimonial.** Se entenderá que una EPS presenta avances en el fortalecimiento patrimonial cuando haya capitalizado el porcentaje acumulado previsto en el artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto con corte al año anterior, con aportes en dinero o capitalización de acreencias y demuestre el compromiso de capitalizar el porcentaje correspondiente al año en el cual se solicitan las medidas de tratamiento financiero especial contempladas en el presente artículo.
- b. **Modelo de atención orientado a la mitigación del riesgo en salud.** La EPS debe acreditar la implementación del modelo de atención para la mitigación del riesgo en salud, con base en un Plan de Gestión del Riesgo, cuyos resultados se reflejen en un comportamiento con tendencia a la generación y restablecimiento del equilibrio financiero, sin afectar en ningún momento la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada.
- c. **Reservas técnicas:** Constituir las reservas técnicas según lo establecido en el artículo 2.5.2.2.1.9 del Decreto 780 de 2016. Para el caso de las incapacidades por enfermedad general, la reserva técnica de obligaciones pendientes aún no conocidas se deberá mantener mínimo por un año de acuerdo con el estudio que presente la EPS y apruebe la Superintendencia Nacional de Salud.

Plazos y tratamiento financiero especial

Las EPS que acrediten las condiciones de avance podrán acceder a los siguientes plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de

solvencia, mediante solicitud elevada a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a. El defecto se tomará con base en la medición realizada por la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 31 de diciembre de 2015.
- b. El plazo del periodo de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto podrá ser hasta de diez (10) años, contados a partir del 23 de diciembre de 2014.
- c. Los porcentajes para cubrir el defecto de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas, podrán ser ajustados por la EPS y aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, a partir del 23 de diciembre de 2017. En todo caso al final del quinto año deberán haber cubierto como mínimo el 50% del defecto a diciembre 31 de 2015 y para cada uno de los siguientes años un adicional mínimo del 10% hasta cubrir el total del defecto.
- d. Para el cumplimiento de lo establecido en el numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.5 sobre acreditación de capital mínimo y en el numeral i). del literal n. del numeral 1.1. del artículo 2.5.2.2.1.7 del presente decreto, sobre deducciones al capital primario, las entidades de que trata el presente artículo, podrán descontar proporcionalmente las pérdidas incurridas en el ejercicio del año 2016 y siguientes, de acuerdo con el momento en que se realiza la pérdida y el periodo de transición respectivo.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud aprobará los plazos y tratamiento financiero especial mencionados en los literales b, c, y d. del presente artículo, con base en un plan de ajuste y recuperación financiera que presente la EPS. La anterior aprobación debe constar en acto administrativo, copia del cual debe enviarse al Viceministerio de Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social. El plan de ajuste y recuperación financiera deberá evidenciar acciones de fondo en términos del modelo de atención en salud y una adecuada gestión de riesgos para garantizar mejores resultados en desarrollo de su objeto social a corto y largo plazo.

Artículo 2.5.2.2.1.18. Planes de Ajuste. Para efecto de los planes de ajuste previstos en el Parágrafo 3 del artículo 2.1.11.4 y en el Parágrafo 3 del artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto y del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, se debe considerar a la EPS como una sola unidad económica, independientemente de los regímenes que opere.

Artículo 2.5.2.2.1.19. Glosa definitiva. Para efectos del cálculo de las condiciones financieras y de solvencia, la glosa formulada sobre los recobros de los servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, sólo será considerada como definitiva cuando la EPS haya surtido todos los trámites ante la entidad responsable del pago para su reconocimiento. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los parámetros para su determinación.

Artículo 5. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y adiciona unos artículos al Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Decreto 2152 de 2016

Por el cual se adiciona un artículo al Título 2 Recursos de las Cajas de Compensación Familiar - CCF de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el uso de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 recaudados en las vigencias 2012, 2013 y 2014

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 46 dispuso: *“Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento. (...) Parágrafo 2º. Los recursos del cuarto de punto porcentual (1/4) de la contribución parafiscal que trata el presente artículo serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar y harán parte de las deducciones previstas en el parágrafo del artículo 217 de la ley 100 de 1993”.*

Que el referido artículo 46 se reglamentó mediante los Decretos 2687 de 2012, 3046 de 2013 y 2562 de 2014, destinándose el uso de los referidos recursos a la atención de las acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud así como a la unificación de los Planes de Beneficios para las vigencias 2012, 2013 y 2014.

Que posteriormente, el Consejo de Estado en fallo del 7 de abril de 2014 anuló el Decreto 2768 de 2012 y mediante providencia del 17 de junio de 2015, ordenó la suspensión del numeral 1 del artículo 3º del Decreto 3046 de 2013, del numeral 1º del artículo 3 del Decreto 2562 de 2014, del artículo 2º y de los incisos 3º, 4º y el parágrafo del artículo 3º de la Resolución 081 de 2014, decisión esta última sobre la cual el Ministerio de Salud y Protección Social interpuso recurso de súplica, que a la fecha no ha sido resuelto.

Que previo a surtirse las decisiones a que refiere el considerando anterior, la aplicación de los citados Decretos y de lo dispuesto por la Ley 1769 de 2015, consolidaron situaciones jurídicas y financieras por parte del Gobierno Nacional y de las Cajas de Compensación Familiar – CCF.

Que conforme lo anterior y ante la decisión de suspensión de algunas disposiciones de los Decretos 3046 de 2013 y 2562 de 2014 se hace necesario reglamentar, previa concertación con las Cajas de Compensación que tienen pendiente el giro de recursos al Fondo de Solidaridad y Garantías – FOSYGA, por no administrar programas de salud, la destinación de los recursos de

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, correspondiente a las vigencias 2012, 2013 y 2014, sobre los cuales no se hubiere consolidado una situación jurídica y financiera, en el marco de lo dispuesto por la Ley 1797 de 2016.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Adiciónese al Título 2 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el siguiente artículo:

“Artículo 2.6.2.10. *Destinación de recursos pendientes de ejecución.* Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, las Cajas de Compensación Familiar – CCF deberán utilizar los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2012, 2013 y 2014, sobre los cuales no se hubiere consolidado una situación jurídica o financiera a partir de la decisión de suspensión del numeral 1 del artículo 3º del Decreto 3046 de 2013, del numeral 1º del artículo 3 del Decreto 2562 de 2014, proferida por el Consejo de Estado, así:

1. El ochenta punto tres por ciento (80.3%) de los recaudos en la financiación de la continuidad de la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las CCF que operen el régimen subsidiado de salud. Las CCF que no operen tal régimen deberán girar los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, para ser transferido y administrado directamente en lo definido en este numeral por las Cajas de Compensación Familiar que operen dicho régimen.
2. El diecinueve punto siete por ciento (19.7%) restante de los recursos recaudados, en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:
 - a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes.
 - b) Servicios Amigables para Adolescentes.
 - c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado.
 - d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas.
 - e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 1. Atendiendo lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1797 de 2016, las CCF podrán hacer uso de los recursos a que hace referencia el numeral 2º del presente artículo para el saneamiento de deudas y capitalización de las Entidades Promotoras de Salud – EPS en que participen.

Parágrafo 2. Las Cajas de Compensación Familiar - CCF que decidan ejecutar los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud deberán manifestar su intención de hacerlo en el transcurso del mes de enero de 2017, para lo cual presentarán al Ministerio de Salud y Protección Social un cronograma de ejecución de los recursos y de los programas de atención primaria en salud en referencia, en las Entidades

Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social y conforme a los términos que este Ministerio defina para el efecto.”

Artículo 2. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación y adiciona el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

IV. RESOLUCIONES

Resolución 5884 de 2016

Por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y los numerales 30 del artículo 2 y 20 del artículo 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y el literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución 3951 de 2016, se determinó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Que la citada resolución dispuso en el artículo 4 las responsabilidades de los actores, entre las que se previó que le corresponde a este Ministerio facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo de reporte de que trata dicho acto administrativo, en el marco de lo cual se dispuso el aplicativo web Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC –MIPRES No PBS.

Que igualmente se previó la implementación por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, vía el aplicativo MIPRES, en procura de eliminar las barreras de acceso a los usuarios.

Que en virtud de la socialización tanto de la Resolución 3951 de 2016 como de la herramienta MIPRES, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS manifestaron la necesidad de realizar una implementación gradual de dicha herramienta, dado que sus capacidades tecnológicas y administrativas requieren adecuaciones que superan la fecha de entrada vigencia del citado acto administrativo, es decir, 1º de diciembre de 2016.

Que de otra parte, los profesionales de la salud, las sociedades científicas y los prestadores de servicios de salud, han manifestado la necesidad de conocer y complementar las tablas de referencia asociadas a la herramienta tecnológica diseñada y dispuesta por este Ministerio, con el fin de evitar que a futuro la prescripción de tecnologías en salud y servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, presenten dificultades que afecten el acceso a las mismas por parte de los usuarios de los servicios del SGSSS.

Que en relación con el procedimiento de presentación de recobros por atenciones/ prestaciones y servicios sucesivas o no sucesivas, dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, este Ministerio ha detectado que el mismo podría generar un impacto operativo en el proceso de radicación de recobros, afectando el flujo de recursos al Sistema.

Que conforme lo anteriormente expuesto y con el fin de garantizar la efectividad en la implementación de la Resolución 3951 de 2016 y de la herramienta MIPRES que permita un acceso oportuno y de calidad en los servicios de salud a los usuarios y propender por un flujo ágil, efectivo y oportuno de los recursos del SGSSS, se hace necesario disponer la gradualidad en la implementación del precitado acto administrativo y la herramienta diseñada para el efecto, así como simplificar y determinar un periodo de radicación para la aplicación del procedimiento de presentación de recobros de que trata el parágrafo 1 del artículo 38 del citado acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el parágrafo 1º del artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 38. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente. La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá especificar:

(...)

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se presenten ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, sólo se tramitarán cuando el monto supere un cuarto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (0,25 SMMLV).

Los recobros por atenciones/prestaciones, cuyo costo sea menor o igual al cuarto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente de que trata el presente parágrafo, se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, acompañados de una certificación suscrita por el representante legal de la entidad, en el que se indiquen los motivos por los cuales el recobro no cumple con el monto correspondiente al cuarto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (0,25 SMMLV).

En cualquier caso y para efectos de lo previsto en el presente parágrafo, las entidades recobrantes sólo podrán presentar por afiliado o usuario, una única solicitud por tipo de recobro, por cada período de radicación.

Lo previsto en los incisos anteriores, se aplicará a las solicitudes de recobros que se presenten por parte de las entidades recobrantes ante el FOSYGA o quien haga sus veces a partir del período de radicación de marzo de 2017. (...)

Artículo 2. Modificar el artículo 93 de Resolución 3951 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 93. Transitoriedad y plan de adaptación. Los actores a los cuales aplica la presente resolución, de conformidad con su capacidad tecnológica y administrativa, diseñarán el plan de adaptación que se requiera para utilizar el registro de prescripción en línea aquí previsto y de forma gradual así:

- a) *A partir del 1º de diciembre de 2016 las Entidades Promotoras de Salud deberán implementar las medidas aquí adoptadas, como mínimo con una Institución Prestadora de Servicios de Salud de su red, la cual deberá ser informada a través de comunicación suscrita por el representante legal a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o a quien haga sus veces. Para este caso, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serán autorizadas por los Comités Técnico – Científicos, hasta el 30 de noviembre de 2016.*
- b) *Entre el 1º de diciembre de 2016 y el 28 de febrero de 2017, las Entidades Promotoras de Salud deberán implementar con el resto de los prestadores de servicios de salud de su red, de forma gradual las medidas adoptadas en la presente resolución, situación que se tendrá que informar quincenalmente a través de comunicación suscrita por el representante legal dirigida a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o a quien haga sus veces. En estos casos, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serán autorizadas por los Comités Técnico – Científicos, hasta el día anterior a la fecha en que se implemente la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio.*
- c) *A partir del 1º de marzo de 2017 todos los actores deberán implementar las medidas aquí dispuestas, por lo que las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serán autorizadas por los Comités Técnico – Científicos, hasta el 28 de febrero de 2017.*

En todo caso, a partir de la fecha en que el prestador de servicios de salud implemente la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, deberá hacerlo para la prescripción de tecnologías o servicios de salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los usuarios que así lo requieran, independientemente de la Entidad Promotora de Salud, es decir, que no podrá un mismo prestador de servicios de salud operar de manera simultánea con el mecanismo establecido en el presente acto administrativo y el proceso definido en la Resolución 5395 de 2013.

En ningún caso, los Comités Técnico Científicos de las EPS podrán operar para realizar análisis de solicitudes efectuadas por prestadores de servicios de salud que ya hayan adoptado e implementado la herramientas tecnológica dispuesta por este Ministerio.

Las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, aprobadas por los Comités Técnicos Científicos se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en

la Resolución 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo”.

Artículo 3. Modificar el artículo 94 de Resolución 3951 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 94. Vigencia y derogatoria. *La presente resolución entrará en vigencia a partir de su publicación, regirá de manera gradual conforme lo previsto en el artículo 93, a partir del 1 de diciembre de 2016 y sus disposiciones serán exigibles para todos los actores a los que aplica a partir del 1 de marzo de 2017; deroga las Resoluciones 5395 de 2013, 3435 de 2016 y 5319 de 2016, salvo lo previsto en el título II de la Resolución 5395 de 2013, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC suministradas a los afiliados del régimen subsidiado”.*

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016.

Resolución 5885 de 2016

Por la cual se modifican los artículos 2 y 3 de la Resolución 2359 de 2016, en relación con el resultado del valor coincidente de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES y de la Administradora de Riesgos Laborales SURAMERICANA S.A. (ARL SURA) y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las atribuciones legales, en especial las que le confiere el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 **y en desarrollo del artículo 75 de la Ley 1769 de 2015 y,**

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución 2359 del 8 de junio de 2016, se definió el valor de las deudas de aportes patronales no saneados, una vez aplicado el procedimiento establecido en la Resolución 3568 del 22 de agosto de 2014: *“Por la cual se dictan disposiciones en relación con el saneamiento de aportes patronales”*.

Que en el artículo 2 de la citada Resolución 2359 de 2016, se determinaron los valores coincidentes de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), disposición normativa en la cual se asignó a la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, la suma de VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$22.465.414.235,00).

Que mediante comunicación radicada con el número 201642301287132 de fecha 30 de junio de 2016, el Gerente Nacional de Aportes y Recaudo de la Vicepresidencia de Financiamiento e Inversiones de COLPENSIONES, señaló que para las vigencias fiscales 1995 – 2011, existe un saldo resultante del proceso de saneamiento de aportes patronales, incluyendo rendimientos, por valor de TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$3.297.793.545,00), esto, en atención a los escritos radicados con los números 201632000458561 del 18 de marzo de 2016 y 201632000718071 del 21 de abril de 2016, a través de los cuales el Director de Financiamiento Sectorial de este Ministerio, fijó como fecha de corte el 31 de marzo de 2016 y se determinó como nueva fecha para entregar dicha información el 29 de abril de 2016.

Que como consecuencia de lo señalado, el valor a girar a la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, corresponde a la diferencia entre las sumas de VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$22.465.414.235,00) y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$3.297.793.545,00), es decir, el valor de

DIECINUEVE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$19.167.620.690,00).

Que en el artículo 3 de la citada Resolución 2359 de 2016, y una vez aplicado el procedimiento establecido en la Resolución 3568 de 2014, la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio, determinó como valor coincidente a girar para el saneamiento de aportes patronales de la Administradora de Riesgos Laborales Suramericana S.A. (ARL SURA), la suma de MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$1.242.274.345,00).

Que mediante oficio radicado con el número 201642301438782 del 21 de julio de 2016, el Director de Afiliaciones y Recaudo (E) de la Administradora de Riesgos Laborales SURA, manifestó que la cifra anteriormente mencionada, no corresponde a la deuda real y que el valor coincidente a girar a la administradora es de TRECE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$13.784.357,00).

Que mediante Memorando radicado con el número 201632000253293 del 19 de octubre de 2016, el Director de Financiamiento Sectorial (E) de este Ministerio certificó con base en la información remitida por las administradoras, los valores coincidentes a girar tanto a la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES por valor de DIECINUEVE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$19.167.620.690,00), como a la Administradora de Riesgos Laborales Suramericana S.A. (ARL SURA) por la suma de TRECE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$13.784.357,00), razón por la que solicita la modificación de los artículos 2 y 3 de la Resolución 2359 de 2016, frente a dicha AFP y ARL.

Que teniendo en consideración que deben ajustarse los valores coincidentes tanto de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, como de la Administradora de Riesgos Laborales SURAMERICANA S.A. (ARL SURA), se hace necesario modificar los artículos 2 y 3 de la Resolución 2359 de 2016.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 2 de la Resolución 2359 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 2. Resultado de los valores coincidentes de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Una vez aplicado el procedimiento establecido en la Resolución 3568 de 2014 y sus modificatorias, se determina como valores coincidentes para el saneamiento de aportes patronales por cada Administradora, según el detalle que se encuentra publicado en la página web de este Ministerio en el link <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Aportes-patronales.aspx>, los valores que de forma consolidada se relacionan a continuación:

Administradoras de Fondos de Pensiones	Recursos certificados de saldos de Aportes Patronales sin aplicar	Valor coincidente y recursos a aplicar al Saneamiento de Aportes Patronales	Valor coincidente a girar a la Administradora de Fondos de Pensiones
COLFONDOS	14.581.300.582,00	637.084.281,00	0
PORVENIR	29.950.838.831,00	574.579.212,00	0
PROTECCIÓN	2.582.868.028,00	1.057.786.657,00	0
HORIZONTE	15.924.675.763,00	99.078.204,00	0
OLD MUTUAL	502.677.301,05	11.657.503,00	0
COLPENSIONES	3.297.793.545,00	22.465.414.235,00	19.167.620.690,00
TOTAL	66.840.154.050,05	24.845.600.092,00	19.167.620.690,00

Parágrafo 1. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) girarán los recursos de aportes patronales no aplicados recalculados y con sus respectivos rendimientos, al mecanismo de recaudo y giro previsto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de esta resolución conforme al procedimiento establecido en el artículo 4 de la Resolución 2464 de 2014.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial, informará a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), el detalle de los periodos saneados. Las Administradoras de Fondos de Pensiones – AFP, aplicarán los recursos conforme al detalle informado por este Ministerio, los cuales se descontarán de los saldos de aportes patronales que se encuentran en sus cuentas, cuando haya lugar a ello.”

Artículo 2. Modificar el artículo 3 de la Resolución 2359 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 3. Resultado de los valores coincidentes de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Una vez aplicado el procedimiento establecido en la Resolución 3568 de 2014 y sus modificatorias, se determina como valores coincidentes para el saneamiento de aportes patronales por cada Administradora, según el detalle que se encuentra publicado en la página web de este Ministerio en el link <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Aportes-patronales.aspx>, los valores que de forma consolidada se relacionan a continuación:

Administradoras de Riesgos Laborales	Recursos certificados de saldos de Aportes Patronales sin aplicar	Valor coincidente y recursos a aplicar al Saneamiento de Aportes Patronales	Valor coincidente a girar a la Administradora de Riesgos Laborales
COLMENA RIESGOS LABORALES	0	0	110.320.718,00

Administradoras de Riesgos Laborales	Recursos certificados de saldos de Aportes Patronales sin aplicar	Valor coincidente y recursos a aplicar al Saneamiento de Aportes Patronales	Valor coincidente a girar a la Administradora de Riesgos Laborales
SURAMERICANA S.A. (ARL SURA)	0	0	13.784.357,00
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	0	0	629.366,00
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA	0	0	1.064.432,00
SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR	0	0	642.738,00
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	0	0	72.212.635,00
TOTAL	0	0	198.654.246,00

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial, informará a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), el detalle de los periodos saneados.

Parágrafo 2. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) aplicarán los recursos conforme a la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales.”

Artículo 3. Valores coincidentes y su detalle a publicar. La información sobre las coincidencias en el proceso de saneamiento de aportes patronales deberá publicarse por la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES y por la Administradora de Riesgos Laborales SURAMERICANA S.A. (ARL SURA), en un lugar visible de su página web y se notificará a las entidades empleadoras y a los trabajadores en el caso de pensiones, una vez la Dirección de Financiamiento Sectorial informe el detalle de los periodos saneados.

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

Resolución 5928 de 2016

Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2011, el artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y por el numeral 1 del artículo 2.6.1.5 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 consagra como deber de las personas el *“Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago”*.

Que en relación con el servicio de cuidador la Corte Constitucional en Sentencia T-154 de 2014, realiza un análisis en relación con su naturaleza concluyendo que *“(...) el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos”*.

Que la misma Corte determinó que *“El servicio de cuidador está expresamente excluido del P.O.S., conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores». Dado principalmente su carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. Así, compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien aquél convive. Con todo, si estos no se encuentran tampoco, principalmente, en la capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado”* (T-096 de 2016).

Que en anteriores pronunciamientos, el mismo Órgano precisó en relación al principio de solidaridad que *“...eximir a una persona con capacidad de pago del deber de pagar los costos razonables del*

servicio, implica desconocer el principio de solidaridad dado que los recursos escasos del Fosyga terminan asignándose a quien tiene condiciones económicas suficientes en lugar de beneficiar a quienes son pobres o carecen de capacidad económica para asumir el costo de cierto servicio médico” (T-760 de 2008), y que “(...) quienes cuentan con capacidad de pago deben contribuir al equilibrio del sistema, sufragando los medicamentos y servicios médicos NO POS que requieran, en lugar de trasladarle dicha carga al Estado, que se vería limitado para hacer realidad su propósito de ampliar progresivamente la cobertura del servicio a la salud” (T-017 de 2013).

Que la misma Corporación definió criterios para determinar en qué casos se considera que las personas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud sufren de especialísimas condiciones de vulnerabilidad física o mental y se encuentran en la línea de protección de acceso al suministro de servicios que no tienen por finalidad mejorar la salud pues la gravedad de las enfermedades que los aquejan, afecta negativamente la probabilidad de recuperación (i) que se trate de una persona que sufre una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad (deterioro); (ii) que dependen totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas, y (iii) que sean personas que no tienen la capacidad económica, ni su familia, para sufragar el costo del servicio requerido y solicitado a la EPS” (T-023 de 2013).

Que conforme con lo anteriormente señalado, se hace necesario establecer los requisitos específicos adicionales a los ya previstos en el artículo 15 de la Resolución 5395 de 2013 y 37 de la Resolución 3951 de 2016, según corresponda, para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallos de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos específicos adicionales a los ya previstos en las Resoluciones 5395 de 2013 y 3951 de 2016, según corresponda, para el reconocimiento y pago a partir del 1 de diciembre de 2016, de los servicios de cuidador ordenados mediante fallo de tutela a las entidades recobrantes a través del mecanismo de cobro/recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las entidades recobrantes, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, o quien haga sus veces.

Artículo 3. Definición de Cuidador. Se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del

servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC.

Artículo 4. *Reporte de afiliados del régimen contributivo por parte de las entidades recobrantes.* Las entidades recobrantes deberán reportar a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, en el formato establecido para el efecto en el Anexo 1 de la presente resolución, la relación de los afiliados del Régimen Contributivo a los que se les preste el servicio de cuidador, en cumplimiento de un fallo de tutela.

Parágrafo. El primer reporte se realizará a más tardar el 30 de marzo de 2017 y se actualizará cada (2) dos meses el segundo día hábil de cada mes.

Artículo 5. *Requisitos específicos adicionales para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador por parte del FOSYGA o la entidad que haga sus veces.* Sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos específicos señalados en los artículos 15 de la Resolución 5395 de 2013 y 37 de la Resolución 3951 de 2016, que se aplicarán de conformidad con la transición prevista en los artículos 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, el reconocimiento y pago de los cobros/recobros por servicios de cuidador, procederá siempre y cuando la entidad recobrante acredite de manera adicional, ante el FOSYGA o quien haga sus veces, lo siguiente:

1. Para el servicio de cuidador autorizado por la EPS o EOC que se esté prestando a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución en virtud de un fallo de tutela y que requiera su continuidad:
 - a. Reporte del afiliado en el Anexo 1 de la presente resolución, conforme a lo señalado en el artículo anterior.
 - b. Que el afiliado por el cual se cobre/recobre el servicio de cuidador, tenga un Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar inferior a ocho (8) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). Para efectos de aplicar este requisito, la entidad recobrante, tomará el IBC familiar reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social, calculará el IBC familiar teniendo en cuenta la información del núcleo familiar reportada en la Base de Datos de Afiliados y la liquidación de aportes del período comprendido entre enero a diciembre del año inmediatamente anterior al que le fue prestado el servicio de cuidador, de acuerdo con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA.

- c. En el evento en que al servicio de cuidador se le hayan aplicado copagos, el cobro/recbro se presentará por la entidad recobrante debidamente reliquidado, conforme al procedimiento y requisitos que se establezcan en el acto administrativo que expida este Ministerio regulando los copagos para los servicios en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

- d. Certificación del representante legal de la entidad recobrante en la que se dé cuenta que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni de la atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.

La EPS o EOC realizará la valoración periódica de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador. El resultado de dicha valoración estará disponible en la EPS para las verificaciones a que haya lugar por parte de los órganos de vigilancia y control del sector.

2. Para el servicio de cuidador autorizado por la EPS o EOC en virtud de un fallo de tutela proferido con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, aplican igualmente los literales a, b, c, y d, relacionados en el numeral primero del presente artículo.

Parágrafo 1. En el evento que el fallo de tutela no ordene expresamente el servicio de cuidador ni determine el tiempo durante el cual la EPS o EOC debe garantizar el mismo, la entidad recobrante deberá aportar en el trámite del cobro/recobro certificación expedida por el médico tratante que dé cuenta de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador, la cual será actualizada anualmente, cuando el servicio de cuidador se preste por más de doce (12) meses.

Parágrafo 2. Lo previsto en el literal b) del numeral 1 del presente artículo, se exigirá hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule los copagos para los servicios en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

Parágrafo 3. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, acatará las órdenes impartidas y dará cumplimiento a los fallos de tutela que se profieran al respecto.

Artículo 6. Prohibición. Los servicios de cuidador, bajo ninguna circunstancia podrán sustituir los servicios de atención paliativa o domiciliaria a cargo de la EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC, de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

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

Resolución 5929 de 2016

Por la cual se modifica la Resolución 4244 de 2015 modificada por la Resolución 5569 de 2015 y se establecen los requisitos esenciales para la presentación de recobros por concepto de servicios de cuidador, prestados en cumplimiento de fallos de tutela que ordenan atención integral

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el numeral 1 del artículo 2.6.1.5 del Decreto 780 de 2016, el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2011 y el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, atribuyó a este Ministerio la potestad de fijar los requisitos esenciales que se exigirán en el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el FOSYGA o la entidad que haga sus veces y sobre los cuales no haya operado el término de la caducidad de la acción legal que corresponda.

Que mediante la Resolución 4244 de 2015, modificada por la Resolución 5569 de 2015, este Ministerio estableció los términos, formatos y requisitos para el trámite del reconocimiento y pago de los recobros y/o reclamaciones que ya hubiesen sido auditados y cuyo resultado correspondiera a la no aprobación total o parcial del recobro y/o reclamación por la imposición de glosas durante el proceso de auditoría integral, siempre y cuando la acción judicial no hubiese caducado.

Que según lo dispuesto por el entonces artículo 29 de la Resolución 5521 de 2013 y actualmente por el artículo 27 de la Resolución 5592 de 2015, la atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes y está dada sólo para el ámbito de la salud sin abarcar recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de los cuidadores, aunque dichos servicios en ocasiones sean prestados por personal de salud.

Que mediante Sentencia T-096 de 2016 la Corte Constitucional determinó que *“El servicio de cuidador está expresamente excluido del P.O.S., conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores». Dado principalmente su carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial*

protección y en circunstancias de debilidad. Así, compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien aquél convive. Con todo, si estos no se encuentran tampoco, principalmente, en la capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado”.

Que la Corte Constitucional a través de Sentencia T-154 de 2014, después de realizar un análisis del servicio de cuidador concluye: *“primero, que el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos”.*

Que mediante Sentencia T-023 de 2013, la Corte Constitucional definió criterios de reconocimiento, para determinar en qué casos se considera las personas dentro del Sistema de Salud sufren de especialísimas condiciones de vulnerabilidad física o mental y se encuentran en la línea de protección de acceso al suministro de servicios que no tiene por finalidad mejorar la salud pues la gravedad de las enfermedades que los aquejan, afecta negativamente la probabilidad de recuperación como los pañales desechables: *(i) que se trate de una persona que sufre una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad (deterioro); (ii) que dependen totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas, y (iii) que sean personas que no tienen la capacidad económica, ni su familia, para sufragar el costo del servicio requerido y solicitado a la EPS. En particular, la jurisprudencia constitucional ha sido sensible al hecho de que las personas que cumplen las condiciones señaladas, requieren servicios médicos que no tiene por finalidad mejorar su salud, pues la gravedad de las enfermedades que los aquejan, afecta negativamente la probabilidad de recuperación. Más bien, estos servicios, especialmente, tienen la finalidad de garantizar la vida digna. La Corporación sostuvo que los pañales desechables para personas que no tienen control sobre sus esfínteres urinarios y fecales, evidentemente, no garantizan la recuperación de la salud, argumento bajo el cual se negaba tradicionalmente el acceso a tal servicio; pero sí, que ofrecen a los usuarios a quienes se tuteló el derecho a acceder a ellos, un apoyo fundamental para continuar su vida en condiciones que incluso, la dignifican, pese a sus limitaciones. De la misma forma, sostuvo que, los servicios asistenciales facilitan a las familias la función de cuidado, y cuando se trata de familias que no tiene recursos para sufragar los insumos que se requieren, en virtud del principio de solidaridad, el Estado debe proveer lo necesario para que haya continuidad en su labor, y no se afecten las condiciones del paciente.*

Que mediante Sentencia T-610 de 2013 la misma Corporación determinó:

“PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD FAMILIAR EN SALUD – Familiares tienen la obligación de colaborar con el costo de medicamentos y servicios prescritos NO POS, cuando se encuentre probada la capacidad económica de alguno de ellos.

La Constitución dispone la concurrencia del Estado, la sociedad y la familia para brindar protección y asistencia a las personas en situación de discapacidad. Claro está que la

familia es la primera obligada económica, moral y afectivamente para sobrellevar y atender cada uno de los padecimientos, en este orden de ideas, la Corte ha dicho que, solo cuando la ausencia de capacidad económica se convierte en una barrera infranqueable para las personas, debido a que por esa causa no pueden acceder a un requerimiento de salud y se afecta la dignidad humana, el Estado está obligado a suplir dicha falencia”.

Que existen recobros que han sido glosados por el FOSYGA, correspondientes a servicios de cuidador prestados por las entidades recobrantes en cumplimiento de fallos de tutela que a la fecha se encuentran en firme y que ordenan atención integral.

Que el mecanismo de radicación contemplado en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, constituye una medida de saneamiento diseñada para viabilizar el pago de los recobros o reclamaciones cuando los mismos cumplen con los requisitos esenciales.

Que en consecuencia, se hace necesario fijar los requisitos esenciales dentro del mencionado mecanismo, que posibilite la radicación y eventual reconocimiento y pago de los recobros correspondientes a servicios de cuidador, prestados en cumplimiento de fallos de tutela que ordenan la atención integral.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Adiciónese el parágrafo 6º al Artículo 3º de la Resolución 4244 de 2015, modificada parcialmente por la Resolución 5569 de 2015, así:

“Parágrafo 6º. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, podrá habilitar períodos de radicación específicos, en los que las entidades presenten solicitudes de recobros por servicios de cuidadores en cumplimiento de fallos de tutela que ordenen atención integral.

Para el efecto, se entiende por cuidador aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluido en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC”.

Artículo 2. Adiciónese el parágrafo 4º al Artículo 6º de la Resolución 4244 de 2015, modificada parcialmente por la Resolución 5569 de 2015, así:

“Parágrafo 4º. En caso de fallos de tutela, cuando la orden no sea suficiente, clara y expresa para identificar el servicio de cuidador, la entidad recobrante deberá:

- 1)** Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la Entidad que haga sus veces, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de esta Resolución, en el formato

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

establecido para el efecto en el Anexo 1 de la misma, los afiliados a quienes se les haya prestado servicio de cuidador en cumplimiento de fallos de tutela que ordenan atención integral.

- 2)** *Adjuntar a la presentación de la solicitud del nuevo proceso de auditoría integral, previsto en el Capítulo II de la Resolución 4244 de 2015, una justificación suscrita por un médico de la misma entidad, en la que se argumente de forma clara, coherente y suficiente la necesidad técnica del servicio de cuidador, estableciendo la conexidad entre dicho servicio y el diagnóstico del paciente. En el mismo documento el representante legal de la entidad deberá justificar de forma expresa el cumplimiento de las siguientes condiciones fácticas y jurídicas:*
- a)** *Que la falta del servicio de cuidador, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud.*
 - b)** *Que el servicio de cuidador no implique sustitución del servicio de atención domiciliaria brindado por la EPS o EOC incluido en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.*
 - c)** *Que la necesidad del servicio de cuidador pueda inferirse de la historia clínica, recomendaciones o conceptos médicos.*

La entidad recobrante únicamente podrá presentar una solicitud de recobro por usuario, cuya información deberá ser coherente con la reportada en el formato establecido en el Anexo 1 de la presente resolución.

En la documentación aportada a la solicitud del recobro por la entidad recobrante, deberá evidenciarse que se trata de un servicio de cuidador en los términos señalados en el Parágrafo 6 del Artículo 3º del presente acto administrativo”.

Artículo 3. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y adiciona los artículo 3 y 6 de Resolución 4244 de 2015, modificada parcialmente por la Resolución 5569 de 2015.

Resolución 5975 de 2016

“Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confieren los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución 4678 de 2015 se adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS y se definieron los mecanismos para su actualización periódica, clasificación que fue modificada en su Anexo Técnico No. 2 "*Lista Tabular*" mediante la Resolución 1352 de 2016.

Que la dinámica del sistema de salud a nivel mundial, impone la actualización permanente de tecnologías en salud al ritmo de los avances científicos, generando así la necesidad de identificar, codificar y actualizar estos procedimientos en salud en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, validada con los expertos del país.

Que la Ley 1751 de 2015 reguló el derecho fundamental a la salud y estableció en su artículo 19 el deber de los agentes del Sistema de suministrar la información que requiera este Ministerio, en los términos y condiciones que se determinen, en el contexto de la política para el manejo de la información en salud en cuya aplicación se enmarca en la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.

Que en ese contexto la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas de Aseguramiento en Salud de este Ministerio, efectuó el análisis y desarrollo consensos con los expertos de diversas sociedades científicas como: la Asociación Colombiana de Radiología (ACR), la Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Obesidad (ACOCIB), la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (SCC), el Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (SCCP), la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO), el Colegio Colombiano de Electrofisiología, la Sociedad Colombiana de Neurología y la Asociación Colombiana de Retina y Vítreo.

Que a partir de tales acuerdos se hace necesario, actualizar los anexos técnicos de la Resolución 4678 de 2015, de forma tal que el resultado de los análisis técnico-científicos, permita que los procedimientos en salud sean estandarizados de acuerdo con la práctica clínica actual y las necesidades en salud del país con el objetivo de contribuir a la implementación de un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del sistema de salud.

En mérito de lo expuesto,

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

RESUELVE:

Artículo 1. Modificar el concepto establecido en el numeral 93 “*Procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo*” del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4678 de 2015 el cual quedará así:

“93. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO: *Procedimiento que evita el uso de la cirugía abierta o invasiva en favor de la cirugía cerrada o local. Este procedimiento generalmente implica el uso de dispositivos endoscópicos y la manipulación por control remoto de instrumentos con la observación indirecta del campo quirúrgico a través de un endoscopio o dispositivo similar.”*

Artículo 2. Sustituir el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 4678 de 2015 “*Lista Tabular*”, modificado por la Resolución 1352 de 2016, por el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 3. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 1352 de 2016.

Ver anexo técnico en la página web www.minsalud.gov.co

Resolución 6055 de 2016

Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades reglamentarias, en especial las conferidas en el artículo 2.5.1.6.9 del Decreto 780 de 2016 y en desarrollo del artículo 3 de la Resolución 2082 de 2014 y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4 del Decreto 1011 de 2006, hoy compilado artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016- Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, estableció que el Sistema Único de Acreditación es uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que mediante el parágrafo del artículo 2.5.1.6.9 del mencionado Decreto 780 de 2016, el Gobierno Nacional dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá apoyarse en una instancia técnica, conformada por el Ministro, con la participación de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud.

Que de otra parte, el artículo 3 de la Resolución 2082 de 2014 estableció, que el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un Consejo Asesor para el ejercicio de la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud, el cual será una instancia técnica conformada por expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud.

Que de conformidad con lo anterior se hace necesario reglamentar el funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud y así mismo definir quienes lo integran.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la integración y dictar las disposiciones relacionadas con el funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación.

Artículo 2. Integración. La Instancia técnica de apoyo a la rectoría del Sistema Único de Acreditación, esto es, el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación, estará integrado por:

1. El Jefe de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, quien lo presidirá.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

2. El Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, en los términos del artículo 9 de la Ley 489 de 1998.
3. El Director de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social o su delegado, en los términos del artículo 9 de la Ley 489 de 1998.
4. Un (1) representante de cada uno de las entidades acreditadoras con inscripción vigente ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. El representante legal de una (1) Institución Prestadora de Servicios de Salud Públicas acreditada en salud.
6. El representante legal de una (1) Institución Prestadora de Servicios de Salud Privada acreditada en salud.
7. Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud – EPS.
8. Un (1) representante de las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.
9. Un (1) representante de organizaciones públicas o privadas que promuevan la gestión de calidad en temas relacionados con el Sistema Único de Acreditación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. No podrán participar las entidades que tengan representación en los numerales 4 al 8 del presente artículo.

Parágrafo 1. Los representantes señalados en los numerales 4 al 9 de que trata el presente artículo no adquieren, por el solo hecho de su designación, la calidad de servidores públicos.

Parágrafo 2. Los miembros del Consejo a que refieren los numerales 4 al 9 del presente artículo, serán seleccionados de acuerdo con su experiencia y calidad técnica, su participación se dará al interior del Consejo como expertos técnicos conocedores de los procesos específicos de los sectores que representan.

Artículo 3. Selección de los miembros: Los miembros del Consejo definidos en los numerales 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2, serán seleccionados por el Ministro de Salud y Protección Social de la siguiente manera:

1. El representante de las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública con acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud de que trata el numeral 5 del artículo 2° de la presente resolución, se seleccionará de la terna propuesta por ellas. La acreditación de la institución prestadora de servicios de salud que conforme la terna, deberá tener una vigencia superior a dos (2) años contados desde el momento de su postulación.
2. Los representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza privada con acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud de que trata el numeral 6 del artículo 2° de la presente resolución, se seleccionará de la terna propuesta por ellas. La acreditación de la institución prestadora de servicios de salud que conforme la terna, deberá tener una vigencia superior a dos (2) años contados desde el momento de su postulación.
3. El representante de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, será elegido de la terna que conjuntamente remita la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud - GESTAR SALUD y la

Asociación Nacional de Cajas de Compensación - ASOCAJAS.

4. El representante de las Administradoras de Riesgos Laborales será elegido de terna que remita la Federación de Aseguradores Colombianos, FASECOLDA.
5. El representante de organizaciones públicas o privadas que promuevan la gestión de calidad en temas relacionados con el Sistema Único de Acreditación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, será elegido entre aquellos que manifiesten su interés, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la invitación a participar publicada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo: En caso de no ser recibidas las ternas de que tratan los numerales 1, 2,3 y 4 del presente artículo o que no se produzca la expresión de interés de las organizaciones de que trata el numeral 4 ibídem, se sesionará con los demás miembros que lo integran.

Artículo 4. Funciones. Serán funciones del Consejo las siguientes:

1. Proponer estrategias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.
2. Recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social, la adopción de nuevos estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, actualización o eliminación de los existentes.
3. Proponer estrategias de gestión del sistema de referenciación competitiva con el fin de promover las experiencias exitosas de las entidades acreditadas.
4. Recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social, la adopción de nuevos incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación.
5. Las demás que le sean asignadas o que sean necesarias para su adecuado funcionamiento.

Parágrafo. Las recomendaciones que se formulen al interior del Consejo Asesor son orientaciones y, por lo tanto, no tienen carácter vinculante.

Artículo 5. Periodo. Los representantes señalados en los numerales 4 a 9 del artículo 2º de la presente resolución, serán designados para un período de dos (2) años, pudiendo ser reelegidos por un periodo más.

Artículo 6. Secretaría Técnica. La Secretaría Técnica del Consejo, será ejercida por el Servidor Público de la Oficina de Calidad del Ministerio que el Jefe de dicha oficina designe, quien tendrá las siguientes funciones:

1. Convocar a los miembros del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud a reuniones ordinarias y extraordinarias, por cualquier medio físico o electrónico indicando el día, la hora, el lugar, el objeto de la sesión y el orden del día.
2. Verificar la asistencia de los miembros a las sesiones.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

3. Coordinar las actividades de apoyo necesarias para realizar las sesiones.
4. Remitir, mínimo tres días antes de cada reunión ordinaria, los documentos soporte de los asuntos a tratar; y en caso de reuniones extraordinarias se remitirán el mismo día de la citación.
5. Elaborar las actas de cada sesión para la aprobación de sus miembros.
6. Administrar, archivar y custodiar la información, documentos y actas de las sesiones.
7. Las demás que le sean asignadas o que sean necesarias para su adecuado funcionamiento.

Artículo 7. Reuniones. El Consejo sesionará trimestralmente de manera ordinaria y extraordinariamente cuando el Ministro de Salud y Protección Social lo estime necesario, o por solicitud de una tercera parte de sus miembros, previa convocatoria del Secretario Técnico. Las reuniones ordinarias se citarán con una antelación mínima de tres (3) días hábiles y las extraordinarias con una antelación mínima de un (1) día.

El Consejo podrá deliberar o decidir por comunicación simultánea utilizando para tal efecto los avances tecnológicos en materia de telecomunicaciones, como teléfono, teleconferencia, videoconferencia y conferencia virtual.

Parágrafo. Por decisión del Consejo o del Ministro de Salud y Protección Social, a las sesiones podrán asistir funcionarios o representantes de entidades públicas o privadas cuyo aporte pueda ser de utilidad para las funciones del Consejo.

Artículo 8. Quórum. El Consejo Asesor sesionará con al menos 5 (cinco) de sus miembros. Las decisiones se adoptarán por mayoría absoluta de los asistentes.

Artículo 9. Actas. Las actuaciones surtidas por el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud se consignarán en actas que serán suscritas por el Presidente y el Secretario Técnico.

Artículo 10. Sede. El Consejo sesionará en el Ministerio de Salud y Protección Social en la ciudad de Bogotá D.C. y, excepcionalmente, en otro lugar cuando así se defina por parte de sus integrantes.

Artículo 11. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación.

Resolución 6057 de 2016

Por la cual se establece la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo - FARC- EP y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos de UPC-S por esta población

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en los artículos 173 numeral 7 de la Ley 100 de 1993, 2 numeral 8 del Decreto - Ley 4107 de 2011 parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2017 y el artículo 2.1.10.6.5 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que los artículos 48 y 49 de la Constitución Política establecen que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado, a quien compete organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud de los habitantes.

Que mediante el Decreto 1937 de 2016 se adiciona el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, fijando las condiciones para el aseguramiento en salud de los miembros de las FARC-EP que se encuentren en los Puntos de Pre-agrupamiento Temporal, Zonas Veredales Transitorias de Normalización y Puntos Transitorios de Normalización, los que hagan parte del Mecanismo de Monitoreo y Verificación o el que haga sus veces, de los que participan en tareas humanitarias y de construcción de confianza, así como determinando la entidad responsable del aseguramiento en salud en dichas zonas.

Que en relación con la entidad responsable del aseguramiento en salud de los precitados miembros de las FARC-EP, se estableció que la entidad aseguradora deberá contar con una amplia cobertura a nivel nacional y con participación de la Nación en el capital; condiciones que cumple la Nueva EPS, entidad seleccionada para adelantar la afiliación de dicha población.

Que el artículo 2.1.10.6.5 del citado Decreto 780 de 2016, señala que le compete a este Ministerio definir los parámetros del listado censal con base en el cual se verificará el estado de afiliación de los miembros de las FARC-EP a que refiere la presente resolución, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que será remitido por la Oficina del Alto Comisionado para la Paz o la dependencia o entidad que haga sus veces.

Que en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de dicha población, se hace necesario establecer disposiciones relacionadas con el reporte de información de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo FARC- EP para su afiliación al SGSSS y con el giro de recursos de UPC-S para su atención.

En mérito de lo expuesto,

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Establecer la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC-EP y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos de UPC-S por esta población.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud, a la Nueva EPS y a su red prestadora de servicios de salud, a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz o la dependencia o entidad que haga sus veces y al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o la entidad que haga sus veces.

Artículo 3. Parámetros del listado censal para el reporte información relacionada con los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC-EP. A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, o la dependencia o entidad que haga sus veces, deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social entre el diez (10) y el quince (15) día calendario del mes, el listado censal con los datos correspondientes a la población de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo FARC - EP a que refiere el Decreto 1937 de 2016, en el “*Archivo Maestro de Ingreso*” del Anexo 1, por cada persona miembro de las FARC- EP que se pretende afiliar al SGSSS por primera vez, y en el “*Archivo de Actualización y Novedades*” contenido en el Anexo 2 para actualizar la información del archivo maestro de ingreso, previamente remitido, ambos anexos que hacen parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. El envío del primer listado censal al Ministerio de Salud y Protección Social por la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, se podrá efectuar a partir de la expedición de la presente resolución, conforme al protocolo determinado e informado por este Ministerio, garantizando y salvaguardando en todo caso, las condiciones de seguridad y confidencialidad de la información.

Artículo 4. Manejo de la información de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC- EP. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información de los miembros de las FARC- EP serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información, conforme al marco legal vigente y aplicable.

El Ministerio de Salud y Protección Social conforme a las validaciones y revisiones efectuadas, entregará a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz y a la Nueva EPS, el detalle de la población de que trata la presente resolución.

Parágrafo. La Nueva EPS coordinará el protocolo de información con las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS que garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud de los miembros de las FARC-EP.

Artículo 5. Liquidación y giro de recursos de la UPC. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, con cargo a los recursos correspondientes al aporte del Presupuesto General de la Nación para la cofinanciación del régimen subsidiado, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, girará a la EPS correspondiente, los valores de la UPC conforme al listado censal entregado por la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, para lo cual la

Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones – OTIC y la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones de este Ministerio, certificará antes del día treinta (30) calendario de cada mes, el número de afiliados por EPS, el municipio donde se encuentran ubicados los miembros de las FARC – EP y el valor total a girar de la UPC por cada municipio.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación

Ver anexo técnico en la página web www.minsalud.gov.co

Resolución 6066 de 2016

Por la cual se establecen las condiciones, términos y fechas para la aclaración de cuentas y saneamiento contable entre Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1797 de 2016 fijó medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Que el artículo 9 de la citada ley, dispuso la obligación de depurar y conciliar las cuentas por cobrar y por pagar entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, las Entidades Promotoras de Salud –EPS del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independiente de su naturaleza jurídica, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros.

Que para llevar a cabo la depuración contable dispuesta en la citada norma se hace necesario establecer las condiciones en que debe desarrollarse por parte las entidades obligadas en el marco de los principios que rigen la materia.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones, términos y fechas en que se debe desarrollar el proceso de glosas, la aclaración de cuentas y la depuración contable de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Responsable de Pago -ERP en el marco de las normas vigentes expedidas en materia contable por la Contaduría General de la Nación o por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Comercio, Industria y Turismo y los principios contables que rigen la materia.

Parágrafo: Entiéndase por Entidades Responsables de Pago – ERP las Entidades Promotoras de Salud –EPS del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente

de su naturaleza jurídica, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales.

Artículo 2. *Depuración contable permanente y sostenible.* La información contable de las entidades a que se refiere la presente resolución es su responsabilidad y debe reflejar la realidad financiera, económica y social conforme a la normatividad contable vigente, en consecuencia, las -ERP e -IPS deberán adelantar de manera permanente todas las gestiones administrativas para depurar las cuentas por pagar, cuentas por cobrar, consignaciones pendientes por identificar, glosas y convenios sin liquidar que correspondan al pago de servicios de salud, en los estados financieros como en los demás reportes contables y de cartera obligados a presentar, de tal forma que estos sean confiables y razonables.

Para este objetivo, la depuración contable debe identificar frente a bienes y derechos como obligaciones lo siguiente:

- a. Valores que afecten la situación financiera y no representen derechos o bienes para la entidad.
- b. Derechos que no es posible hacer efectivos mediante la jurisdicción coactiva.
- c. Derechos respecto de los cuales no es posible ejercer el cobro, por cuanto opera alguna causal relacionada con su extinción.
- d. Derechos e ingresos reconocidos, sobre los cuales no existe probabilidad de flujo hacia la entidad.
- e. Valores respecto de los cuales no haya sido legalmente posible su imputación a alguna persona por la pérdida de los bienes o derechos que representan.
- f. Obligaciones reconocidas sobre las cuales no existe probabilidad de salida de recursos que incorporan beneficios económicos futuros o potencial de servicio.
- g. Obligaciones reconocidas que han sido condonadas o sobre las cuales ya no existe derecho exigible de cobro.
- h. Obligaciones que jurídicamente se han extinguido, o sobre las cuales la ley haya establecido su cruce o eliminación.

Parágrafo. Los representantes legales de las instituciones son los responsables y garantes de la veracidad de la información de los Estados Financieros y demás reportes. Los revisores fiscales en el marco de sus funciones, deberán verificar el cumplimiento de la depuración contable permanente, conforme a la política establecida en cada entidad, advirtiendo a la administración sobre posibles incumplimientos.

Artículo 3. *Contenido de los soportes contables.* Los soportes contables por la prestación de servicios de salud deberán contener la información que permita identificar los hechos económicos, garantizar el adecuado y oportuno flujo de información e implementar los controles que sean necesarios para mejorar la calidad de la información y mitigar el riesgo, los cuales deberán estar debidamente documentados en sus manuales y políticas contables.

Artículo 4. *Depuración de cartera originada en derechos u obligaciones.* Con el propósito de realizar la depuración de cartera, las IPS y las ERP, deberán en un término de noventa (90)

días, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, realizar las siguientes acciones:

- a. Efectuar internamente la conciliación y depuración de las obligaciones y derechos existentes que permitan establecer los saldos reales, iniciando por la cartera más antigua y de mayor valor.
- b. Aplicar a las cuentas por cobrar, una vez adelantadas las acciones administrativas que permitan identificar el origen de los recursos consignados, los recaudos por clasificar correspondientes al pago de la prestación de servicios de salud.
- c. Identificar, por parte de las ERP, las facturas de los pagos globales realizados por concepto de prestación de servicios de salud, que permita a las IPS, registrar y descargar contablemente las cuentas por cobrar.
- d. Realizar la liquidación de contratos de prestación de los servicios de salud de vigencias anteriores, en aras de identificar, reconocer y pagar las obligaciones generadas o el reconocimiento y gestión de los derechos.
- e. Efectuar el registro contable de los pagos realizados por concepto de giro directo, compra de cartera, créditos blandos, cesiones y demás mecanismos de pago, de los cuales han sido beneficiarias las IPS.
- f. Establecer los lineamientos para el cálculo del deterioro de cartera o provisión conforme a lo establecido en la norma vigente.
- g. Realizar el cruce de información entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago, que permita efectuar los ajustes contables y reflejar la cartera real de los actores del SGSSS.
- h. Realizar los ajustes contables y actualizar la información en sus estados financieros y en los diferentes reportes que deben presentar las entidades, resultantes de la depuración y conciliación entre las ERP y las IPS.
- i. Registrar en la Plataforma PISIS del Portal SISPRO la actualización de información de facturación en los términos establecidos en la Circular Conjunta No 030 de 2013.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, evaluará e informará a este Ministerio, la pertinencia de prorrogar, por una única vez, el término previsto en el presente artículo.

Artículo 5. *Proceso de depuración de glosas aplicadas por las - ERP.* Las IPS y las ERP, deberán en un término de noventa (90) días, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, realizar las siguientes acciones:

- a. Adelantar la depuración y registro contable por concepto de glosas que afectan en forma parcial o total, el valor de la factura por prestación de servicios de salud, previa revisión de los soportes correspondientes.
- b. Efectuar internamente la conciliación, de tal forma que se permita establecer los saldos reales.
- c. Realizar los ajustes contables y actualizar la información en sus estados financieros y en los diferentes reportes.

- d. Registrar en la Plataforma PISIS del Portal SISPRO la actualización de información de facturación en los términos establecidos en la Circular Conjunta No 030 de 2013.

Las -ERP elaborarán, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la expedición de la presente resolución, un cronograma para conciliar con todas las -IPS, de forma que se depuren, concilien las glosas y se determine el estado real de las mismas. Dicho cronograma deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, para su respectivo seguimiento.

En los casos, en los cuales no sea posible aclarar las glosas entre las ERP e IPS, estas entidades deberán acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que en el marco de sus competencias adelante las conciliaciones o procesos jurisdiccionales a que haya lugar.

Parágrafo 1. La facturación corriente y el trámite de glosas debe cumplir los plazos y procedimientos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 6. *Emisión de Certificados de Reconocimiento de Deudas.* Las Entidades Responsables de Pago, una vez realizada la aclaración de cuentas con las IPS, deberán expedir el Certificado de Reconocimiento de Deuda, el cual contendrá la obligación clara expresa y su fecha de exigibilidad, que prestará merito ejecutivo y se diligenciará en los términos establecidos en los Anexos Técnicos 1 y 2 de la presente resolución. Los reconocimientos de deuda certificados deberán registrarse y revelarse en los estados financieros.

Artículo 7. *Reporte de información de facturación y cartera.* Las -ERP e -IPS, deberán reportar la información de facturas, cobros, reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación de servicios de salud, a través de la plataforma de integración PISIS de SISPRO, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 9 de la Ley 1797 de 2016.

Para la aclaración de cartera y compromisos de pago entre las ERP y las IPS, se tendrá en cuenta la información reportada en PISIS de SISPRO, la cual contiene la información registrada por los responsables del reporte.

Artículo 8. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Resolución 6346 de 2016

Por medio de la cual se modifica la Resolución 4669 de 2016.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 173 numeral 7 de la Ley 100 de 1993 y 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el último inciso del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, establece que los recursos de aportes patronales de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado – ESE financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones -SGP, serán manejados por las Empresas Sociales del Estado -ESE, a través de una cuenta maestra creada para tal fin.

Que de conformidad con lo anterior, se expidió la Resolución 4669 de 2016, mediante la cual se reglamentó la operación y registro de las cuentas maestras de las Empresas Sociales del Estado para el manejo de los recursos correspondientes a los aportes patronales.

Que con el fin de optimizar el seguimiento a la ejecución de los recursos y garantizar la implementación del reporte de información por parte de las entidades financieras, se hace necesario modificar algunas condiciones de la operación de las cuentas maestras y ampliar el plazo para que las Empresas Sociales del Estado registren las mismas en Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 4 de la Resolución 4669 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 4. Creación y Manejo de las Cuentas Maestras ESE. Las Empresas Sociales del Estado – ESE deberán suscribir convenios con entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, para la apertura de las cuentas maestras Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE y Cuenta Maestra - Pagadora ESE, las cuales deberán contener las siguientes condiciones de operación:

4.1. Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE

Las Empresas Sociales del Estado – ESE deberán suscribir convenios para el manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones de aportes patronales y recursos

propios, la cual se regirá por las siguientes condiciones de operación, registro y reporte de información:

4.1.1. Obligaciones a cargo de la entidad financiera:

- a. Generar y reconocer los rendimientos financieros por el manejo de los recursos en la cuenta maestra.*
- b. Registrar los ingresos y egresos de la totalidad de los recursos, identificando el origen y destino de los mismos.*
- c. Reportar a este Ministerio, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO, la información de los movimientos de las cuentas maestras de las Empresas Sociales del Estado, en los términos previstos en la presente resolución o aquellas que la modifiquen o sustituyan, so pena de que la Superintendencia Financiera u otro ente de control, adelante las investigaciones sobre el particular.*
- d. Remisión de reportes de información y operaciones que solicite la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control.*
- e. Registrar los beneficiarios reportados por la Empresa Social del Estado - ESE, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.*

4.1.2. Obligaciones a cargo de la Empresa Social del Estado:

- a. Las Cuentas Maestras – Aportes Patronales ESE recibirán exclusivamente recursos del Sistema General de Participaciones — Aportes Patronales y recursos propios de las entidades empleadoras para cubrir la totalidad de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro a través de transferencia electrónica.*
- b. Aceptación de operaciones débito, en los siguientes casos:*
 - Para la transferencia por concepto de pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, a través Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, y cesantías, a través de un operador de información, los cuáles serán girados a la Cuenta Maestra Pagadora propia de la ESE.*
 - Para la transferencia a las cuentas de la Administradora de Cesantías del Fondo Nacional del Ahorro.*
 - Para el traslado de los excedentes de que trata el último inciso del artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, los cuales deberán ser girados a las cuentas maestras de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda de las direcciones y/o secretarías de salud departamentales o distritales.*
 - Para las cuentas bancarias de las Empresas Sociales del Estado - ESE, previa certificación de la entidad distrital o departamental respectiva, cuando proceda el pago por concepto de la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda o población pobre no asegurada.*

4.2. Cuenta Maestra - Pagadora ESE.

Las ESE deberán inscribir una Cuenta Maestra - Pagadora ESE como beneficiaria de la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE, en la misma entidad financiera donde suscribió el convenio de esta última cuenta. La Cuenta Maestra - Pagadora ESE recibirá exclusivamente los recursos transferidos desde la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE, para realizar el pago del Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA y el pago de cesantías, cuando sea a través de un operador de información. La Cuenta Maestra - Pagadora ESE se registrará por las siguientes condiciones de operación, registro y reporte de información:

4.2.1. Obligaciones a cargo de la entidad financiera:

- a. Registrar los ingresos y egresos de la totalidad de los recursos, identificando el origen y destino de los mismos.*
- b. Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO, la información de los movimientos de las Cuentas Maestras - Pagadoras ESE, en los términos previstos en la presente resolución o en aquellas que la modifiquen o sustituyan, so pena de que la Superintendencia Financiera u otro ente de control, adelante las investigaciones sobre el particular.*
- c. Remisión de reportes de información y operaciones que solicite la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control.*

4.2.2. Obligaciones a cargo de la Empresa Social del Estado

- a. Las Cuentas Maestras - Pagadoras ESE, recibirán exclusivamente recursos desde la Cuenta Maestra - Aportes Patronales ESE para el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, y para el pago de cesantías a través de los operadores de información.*
- b. La Cuenta Maestra - Pagadora ESE deberá ser una cuenta única inscrita en la misma entidad financiera donde se realizó la apertura de la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE.*
- c. La sustitución de la Cuenta Maestra - Pagadora ESE, será efectuada por la misma Empresa Social del Estado en el momento en que este Ministerio remita la aprobación de la sustitución de la Cuenta Maestra - Aportes Patronales ESE, para lo cual la ESE deberá aplicar lo señalado en el literal b. del presente numeral.*
- d. Aceptación de operaciones débito: Las Cuentas Maestras - Pagadoras ESE solo aceptarán operaciones débito para los pagos del Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, y para los pagos a las Administradoras de Fondos de Cesantías – AFC, cuando se hagan a través de un operador de información; transacción que deberá realizarse en la misma fecha que es realizada la transferencia desde la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE.”*

Parágrafo. Para la aplicación de la exención del Gravamen a los Movimientos Financieros, GMF, prevista en el numeral 3 del artículo 879 del Estatuto Tributario, corresponde a los tesoreros departamentales, municipales o distritales, la identificación, ante las entidades financieras, de las cuentas corrientes o de ahorro donde se manejen de manera exclusiva estos recursos públicos.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 5 de la Resolución 4669 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 5. Beneficiarios de la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE. Sólo podrán ser beneficiarios de estas cuentas maestras las Administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral, el SENA, el ICBF, las Administradoras de Fondos de Cesantías — AFC, incluido el Fondo Nacional del Ahorro, las Secretarías de Salud Departamental o Distrital o quien haga sus veces y las Empresas Sociales del Estado — ESE.”

Artículo 3. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 4669 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 6. Registro de las cuentas maestras de las ESE. Para el giro de los recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones -SGP, las ESE deben abrir una única Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE, y para su registro, remitirán a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces de este Ministerio, hasta el 27 de diciembre de 2016, los siguientes documentos, los cuales deben ser legibles y precisos:

6.1 Copia del acto administrativo de nombramiento y del acta de posesión del representante legal.

6.2 Copia legible del Registro Único Tributario – RUT.

6.3 Certificación bancaria de la Cuenta Maestra Aportes Patronales – ESE, en original expedida con una antelación no mayor a tres (3) meses a la presentación de la solicitud de registro, la cual debe contener:

6.3.1. Nombre o razón social de la Empresa Social del Estado – ESE.

6.3.2. Número de identificación tributaria (NIT).

6.3.3. Número de la cuenta y estado de la misma.

6.3.4. Tipo de cuenta (ahorro o corriente).

6.4 Oficio suscrito por su representante legal, informando número y tipo de la Cuenta Maestra – Pagadora ESE descrita en el numeral 4.2 de la presente resolución, adjuntando la certificación bancaria original expedida con una antelación no mayor a tres (3) meses a su envío.

Parágrafo 1. Previo al cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados, se procederá al registro de la cuenta en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación, por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces, de este Ministerio, la cual solo quedará activada dentro de los plazos y términos establecidos en el SIIF.

Parágrafo 2. De no ser procedente el registro y activación de la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE en el SIIF Nación, por factores atribuibles al no reporte o reporte insuficiente de la información a que hace referencia el presente artículo, los recursos del Sistema General de Participaciones - SGP de aportes patronales acumulados y no girados a cada ESE antes del último giro de aportes patronales del SGP de la respectiva vigencia fiscal, serán considerados como excedentes y el giro de estos recursos será realizado a la cuenta maestra de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda de la respectiva Secretaria de Salud Departamental o Distrital, o quien haga sus veces, para ser ejecutados en el pago del No Pos.

Hasta tanto la cuenta no se encuentre registrada y activada en el SIIF Nación, la ESE deberá asumir con recursos propios, el pago de los aportes patronales que le correspondan como empleador.”

Artículo 4. Modifíquese el artículo 9 de la Resolución 4669 de 2016, el cuál quedara así:

“Artículo 9. Reporte de Información. Las entidades financieras deberán reportar a partir del mes de febrero de 2017, la información de los movimientos de las Cuentas Maestras Aportes Patronales – ESE, de conformidad con el formato establecido en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución y los movimientos de las Cuentas Maestras - Pagadoras ESE, de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución.

La información de los movimientos de las Cuentas Maestras – Aportes Patronales ESE y las Cuentas Maestras - Pagadoras ESE deberá reportarse por las entidades financieras dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes. Se entenderá cumplida la obligación de presentación de la información ante este Ministerio, si el reporte es completo y consistente, y se encuentra conforme con las especificaciones de los anexos técnicos de la presente resolución.

Parágrafo 1. El incumplimiento por parte de las entidades financieras en la oportunidad y calidad del reporte de información señalado en este acto administrativo, las hará acreedoras de las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Parágrafo 2. Transitorio. Aquellas entidades financieras que no puedan reportar la información de los movimientos de la Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE en el Anexo Técnico No.1 de la presente resolución, podrán efectuarlo, hasta el mes de abril de 2017, en el Anexo Técnico de la Resolución 1128 de 2013, en los mismos términos y condiciones allí señalados; para lo cual, el tipo de Cuenta Maestra – Aportes Patronales ESE será identificada con el indicativo OF (cuenta maestra de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda).

Parágrafo 3 Transitorio. Las entidades financieras reportarán los primeros cinco meses del año 2017, los movimientos de la Cuenta Maestra - Pagadora ESE mediante archivos planos, al Ministerio de Salud y Protección Social, con el siguiente formato:

El nombre del archivo plano es el mismo nombre definido para el Anexo Técnico No.2 de la presente resolución y cada campo debe ser separado por punto y coma (;).

El archivo plano debe ser enviado en formato .txt al correo de cuentasmaestras@minsalud.gov.co dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, a partir del mes de febrero del año 2017 con los movimientos del mes inmediatamente anterior, incluyendo los siguientes datos

NIT (sin dígito de verificación) del titular de la cuenta maestra pagadora	Razón Social del titular de la cuenta maestra pagadora	Número de Cuenta Maestra – Pagadora ESE	Tipo de movimiento (Ingreso, egreso, saldo inicial y saldo final)	Valor del movimiento. El separador de decimales es la coma, no debe utilizarse separador de miles	Nit (sin dígito de verificación), número de cédula de ciudadanía o número de cédula de extranjería del beneficiario del egreso o fuente del ingreso	Razón social del beneficiario del egreso o fuente del ingreso, de lo contrario cero	Número de la planilla cuando el tipo de movimiento sea un egreso, de lo contrario será cero	Código de servicio, cuando el tipo de movimiento sea un egreso, de lo contrario será cero
--	--	---	---	---	---	---	---	---

A partir, del mes de junio de 2017, las entidades financieras deberán adoptar el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución para el reporte de información.”

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

Ver anexo técnico en la página web www.minsalud.gov.co

Resolución 6347 de 2016

Por la cual se establecen las condiciones para la suscripción de títulos representativos de deuda subordinada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, las que le confieren los artículos 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y 10 del Decreto 1681 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 estableció que el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, ejerce las funciones del Consejo de Administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

Que el Decreto 780 de 2016 en el Capítulo 2, Título 5, Parte 2 del Libro 2 contiene las condiciones y operaciones destinadas a dar cumplimiento a los objetivos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, definidos en el artículo 41 del Decreto - Ley 4107 de 2011, en armonía con lo previsto en el inciso tercero del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015.

Que el artículo 2.5.2.2.8 del precitado decreto estable que este Ministerio podrá adquirir títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las Entidades Promotoras de Salud con el fin de avanzar en el fortalecimiento patrimonial de las mismas, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces y que una vez dichos títulos sean efectivamente suscritos por éste Ministerio, serán computables como parte del capital mínimo y del capital primario, para los efectos de lo dispuesto en el Capítulo 2 Condiciones de habilitación financiera de las EPS, Título 2 Aseguradores de la misma norma

Que conforme a lo anterior se hace necesario establecer para la vigencia 2016 las condiciones de los títulos representativos de deuda subordinada, con cargo a la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA y demás aspectos que permitan su suscripción.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones de los títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para la suscripción por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, con el fin de fortalecer patrimonialmente a las Entidades Promotoras de Salud –EPS.

Artículo 2. Condición de los emisores de los títulos de deuda subordinada. Los títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las Entidades Promotoras de Salud –EPS, que suscriba este Ministerio, se denominan Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS y estarán encaminados a fortalecer patrimonialmente a las Entidades Promotoras de Salud –EPS que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tratándose de Entidades Promotoras de Salud –EPS privadas, se verificará que tengan (i) como mínimo el 3% de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y (ii) capacidad de afiliación en quince (15) o más departamentos del país autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud y cuya participación en el SGSSS sea indispensable para la garantía del acceso a los servicios de salud de la población afiliada.
2. Tratándose de Entidades Promotoras de Salud –EPS con capital público, se verificará que tengan (i) como mínimo el 3% de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y, (ii) en su patrimonio un aporte superior al 70% de capital público.

Parágrafo. La condición (i) será certificada por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones de este Ministerio y para su cálculo se tendrán en cuenta los afiliados que tenga una misma EPS en los Regímenes Subsidiado y Contributivo, así como aquellos que se encuentren en movilidad en los términos de la Parte 1 Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, Título 1 Disposiciones Generales del Decreto 780 de 2016 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan y la condición (ii) será certificada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3. Condiciones financieras de los títulos de deuda subordinada. El Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, podrá suscribir Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS emitidos por las Entidades Promotoras de Salud – EPS, que cumplan las condiciones previstas en el artículo 2 de la presente resolución, refiera expresamente la condición irrevocable de ser deuda subordinada e incorpore en los títulos los siguientes condiciones financieras:

1. Monto: Hasta cincuenta mil millones (\$50.000.000.000) de pesos.
2. Plazo: Hasta once (11) años a partir de la entrada en vigencia del Decreto 2702 de 2014, hoy compilado en el Decreto 780 de 2016.
3. Tasa de interés: El del semestre causado que en promedio resulte menor entre la DTF de noventa (90) días efectiva anual o el IBR certificado por el Banco de la República.
4. Pago de intereses: Vencido semestral
5. Amortizaciones a capital: Al vencimiento.

Artículo 4. Saldos de la inversión y recompra. Mientras subsistan saldos de la inversión en Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS suscritos por el Ministerio de Salud y Protección Social con recursos del FOSYGA o quien haga sus veces, los accionistas deberán comprometerse con el Ministerio o la entidad que administre los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA, a promover y votar en la Asamblea de Accionistas de la Entidad Promotora de Salud – EPS emisora de los BOCAS, la proposición de capitalización del

cien por ciento (100%) de las utilidades hasta tanto (i) la entidad cumpla con las condiciones de habilitación financiera definidas en el Capítulo 2 Condiciones de habilitación financiera de las EPS, Título 2 Aseguradores del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan y (ii) los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones - BOCAS hayan sido recomprados.

La EPS podrá en cualquier momento recomprar a este Ministerio o a la entidad que administre los recursos del FOSYGA, los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS, que este último hubiere suscrito, previo acuerdo entre las partes.

Artículo 5. Carta de Invitación para la suscripción de Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS podrán presentar al Ministerio de Salud y Protección Social, hasta el 31 de diciembre de 2016, carta de invitación para la suscripción de Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces.

La carta de invitación deberá dirigirse a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con los siguientes documentos:

1. Estados Financieros de la Entidad Promotora de Salud – EPS de los últimos tres (3) años dictaminados por el revisor fiscal y remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, incluyendo el del periodo inmediatamente anterior a la fecha de presentación.
2. Autorización de la Asamblea General de Accionistas de la emisión de Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS para ser suscritos exclusivamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, con las condiciones financieras establecidas en el artículo 3 de la presente resolución.
3. El reglamento de emisión y colocación de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS, debidamente aprobado por el órgano competente.
4. Documento de valoración de la Entidad Promotora de Salud - EPS y escenario financiero de la incorporación de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones –BOCAS expedida por una persona natural o jurídica con experiencia en valoración de Empresas.
5. Autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, para la emisión de BOCAS, de conformidad con lo establecido en el numeral 2 del artículo 84 de la Ley 222 de 1995.

Artículo 6. Criterios para la suscripción de BOCAS. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, analizará la información presentada por la Entidad Promotora de Salud - EPS y verificará el cumplimiento de los siguientes criterios:

1. Disponibilidad de recursos en la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, para la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones –BOCAS.
2. Cumplimiento de las condiciones previstas en el artículo 2 de la presente resolución, por parte de la Entidad Promotora de Salud –EPS, a la fecha de presentación de la carta de invitación para la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS.
3. Aprobación del Plan de Cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de la Entidad Promotora de Salud –EPS, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Viabilidad de la operación emitida, a través de concepto, por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones - BOCAS, con fundamento en el documento emitido por la Superintendencia Nacional de Salud y el documento de valoración presentando por la Entidad Promotora de Salud – EPS conforme al numeral 4 del artículo 5 de la presente resolución.

Este Ministerio podrá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud información de apoyo para la verificación de cumplimiento de los criterios señalados en el presente artículo.

Una vez analizados los criterios de que trata el presente artículo, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social emitirá el respectivo concepto. De considerarse viable la operación, la misma se autorizará mediante acto administrativo de lo contrario se comunicará a la Entidad Promotora de Salud - EPS el concepto de no viabilidad.

Artículo 7. Convenio de Desempeño. En el evento que con cargo a la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA o quien haga sus veces, el Ministerio de Salud y Protección Social apruebe la suscripción de Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS de una Entidad Promotora de Salud - EPS, previo al desembolso de los recursos, ésta última deberá suscribir un Convenio de Desempeño con el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos o la entidad que administre los recursos del FOSYGA.

Este Convenio deberá contener como mínimo los objetivos, compromisos, metas de gestión, indicadores, actividades y tiempos a cumplir, encaminados a impulsar la consolidación económica, financiera y administrativa de la Entidad Promotora de Salud – EPS emisora de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS, así como las consecuencias y eventuales acciones frente al incumplimiento de las mismas.

Artículo 8. Seguimiento al convenio de desempeño. El Seguimiento al cumplimiento a las condiciones del Convenio de Desempeño se realizará por el Comité de Seguimiento creado al tenor del artículo 8 de la Resolución 4385 de 2015.

Artículo 9. Garantías y compromisos especiales. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá requerir en cualquier momento la constitución de garantías que considere aceptables o la asunción de compromisos especiales por parte de la Entidad Promotora de Salud emisora.

Artículo 10. Condición para el giro de los recursos. Los recursos provenientes de la suscripción de los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – BOCAS, serán girados directamente a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Servicios y Tecnologías en Salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS, para lo cual dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del Convenio de Desempeño, la Entidad Promotora de Salud – EPS deberá remitir el Formato “Giro Recursos BOCAS”, el cual se adopta mediante la presente resolución, y en el que se certifica que:

1. La cartera a pagar corresponde a servicios y tecnologías incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS y que se encuentra reconocida y conciliada.
2. La cartera a pagar con los recursos girados será la de mayor antigüedad.

3. Las demás condiciones que se establezcan en el Convenio de Desempeño.

Artículo 11. Reporte de información. La EPS emisora, se comprometerá a autorizar al revisor fiscal y al auditor interno, para que suministren la información que sea requerida en cualquier momento tanto por este Ministerio o la entidad que administre los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA, como por cualquier otro organismo que así lo requiera. Los costos que se originen de las solicitudes serán cubiertas por la respectiva entidad emisora.

Artículo 12. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Ver anexo en la página web www.minsalud.gov.co

Resolución 6348 de 2016

Por medio de la cual se establecen los términos para el reporte de información sobre la utilización de los recursos de que tratan los artículos 4, 19 y 21 de la Ley 1797 de 2016, se definen los porcentajes y condiciones para la operación del giro directo consagrado en el artículo 7 y se establecen los criterios para la condonación de recursos establecida en el artículo 10 de la misma ley.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, de las conferidas por el numeral 23 del artículo 2º del Decreto Ley 4107 de 2011, los artículos 112 y 114 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 7 y 10 de la Ley 1797 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Ley 1797 de 2016, se dictaron disposiciones para regular la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, encaminadas a fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del SGSSS.

Que fue así como en el artículo 4 de dicha ley, se estableció el uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas por parte de los departamentos y distritos; en el artículo 7, se contempló el giro directo de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado, correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación – UPC; y en el artículo 10, se estableció la posibilidad de condonar a las entidades territoriales los recursos pendientes por restituir de la operación a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.

Que adicionalmente, en el artículo 19 de la Ley 1797 de 2016, se previeron medidas para el saneamiento de deudas y la capitalización de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, en que participen las Cajas de Compensación Familiar – CCF y en el artículo 21 de la misma ley, se posibilitó el uso de excedentes y saldos no comprometidos del componente de prestación de servicios del Sistema General de Participaciones para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, para el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado o para financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control, y posibilitó el uso de los excedentes del Sistema General de Participaciones de salud pública que no se requieran para atender las acciones de salud pública y los recursos de transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores, para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el POS suministradas a los afiliados al régimen subsidiado.

Que conforme con lo precedente y atendiendo a las competencias de este Ministerio en la articulación y manejo de la administración de la información del SGSSS, se hace necesario establecer los términos del reporte de información y definir los criterios, condiciones y

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

porcentajes que habrán de observar las entidades responsables de adelantar los procesos de saneamiento y mejoramiento del flujo de recursos del SGSSS consagrados en la Ley 1797 de 2016.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los términos y procedimientos para el reporte de información sobre la utilización de los recursos de que tratan los artículos 4, 19 y 21 de la Ley 1797 de 2016, así como definir los porcentajes y condiciones para la operación del giro directo consagrado en el artículo 7 y establecer los criterios para la condonación de recursos establecida en el artículo 10 de la ley en mención.

Artículo 2. Reporte de información de la aplicación de los recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas. Los departamentos y distritos que decidan utilizar los recursos excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas en los usos a que refiere el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016, deberán enviar diligenciado a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces, el formato denominado “*Aplicación de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas*”, que se adopta como Anexo Técnico No. 1 y hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. La información correspondiente a la anualidad 2015, deberá reportarse dentro de los diez (10) días hábiles siguiente a la entrada en vigencia de la presente resolución.

La información referente a las vigencias 2016 y subsiguientes, deberá reportarse a más tardar el último día del mes de enero del año siguiente a la vigencia respecto de la cual se causaron los excedentes y saldos no comprometidos.

Artículo 3. Reporte de información de la ejecución de los recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas. Los departamentos y distritos deberán remitir la ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas, a través del diligenciamiento del formato denominado “*Ejecución de recursos de excedentes y saldos no comprometidos de rentas cedidas*”, del Anexo Técnico No. 2, que se adopta en la presente resolución y hace parte integral de la misma, el cual deberá remitirse a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces, de forma trimestral, hasta que se ejecuten la totalidad de los recursos aplicados, dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente, así:

Periodo de información	Fecha máxima de reporte de información
Enero - marzo	A más tardar el 10° día hábil de abril.
Abril - junio	A más tardar el 10° día hábil de julio.
Julio - septiembre	A más tardar el 10° día hábil de octubre.
Octubre - diciembre	A más tardar el 10° día hábil de enero.

Parágrafo 1. En el evento en que los recursos se utilicen en el pago de las deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda, dichas deudas deben haber surtido el proceso de revisión, validación, auditoría integral y estar reconocidas por el respectivo departamento o distrito.

Parágrafo 2. Cuando los recursos sean utilizados para el pago de las deudas del régimen subsidiado en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado deberán remitir a las entidades territoriales, el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1302 de 2012 o las normas que lo modifiquen o sustituyan, informando las relación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las cuales se les realizará el giro directamente con cargo a los recursos de rentas cedidas. Copia del mencionado anexo técnico deberá ser remitido a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.

Artículo 4. Giro directo de Unidades de Pago por Capitación - UPC. La aplicación del mecanismo de giro directo, correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación, de los regímenes contributivo y subsidiado, al que refiere el artículo 7 de la Ley 1797 de 2016, se registrará por los siguientes términos, condiciones y porcentajes:

- a) Para el giro directo de las UPC del régimen contributivo, se aplicará lo establecido en las Resoluciones 654 de 2014 y 3503 de 2015 o las normas que las modifiquen o sustituyan.
- b) Para el giro directo de las UPC del régimen subsidiado, se aplicará lo dispuesto en las Resoluciones 1587 de 2016 y 4621 de 2016 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

En relación a los recursos del régimen contributivo, por servicios y tecnologías de salud no incluidas en el Plan de Beneficios, se girarán de conformidad con lo establecido en la Resolución 5395 de 2013 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 5. Criterios para la condonación de los recursos pendientes por restituir de la operación a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013. Para la condonación de que trata el artículo 10 de la Ley 1797 de 2016, correspondiente a los montos a ser restituidos por parte de las entidades territoriales, generados en el marco de la operación prevista en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, se tendrán en cuenta la siguiente información:

- a) Ingresos Corrientes de Libre Destinación – ICLD, de acuerdo con lo establecido en la Ley 617 de 2000 o las normas que la modifiquen o sustituyan.
- b) Capacidad de pago (recursos pendientes por restituir en el marco del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013/Ingresos Corrientes de Libre Destinación).
- c) Avance en el pago de la deuda derivada de la operación prevista en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.

Teniendo en cuenta la información de los literales a, b y c, se aplicará un porcentaje de condonación teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Relación deuda / ICLD	% de pago realizado	Cuartil	Condonación
Superior o igual al 50%	Superior o igual al 25%	1	87,5%
		2	90,0%
		3	92,5%
		4	95,0%
Superior o igual al 50%	Inferior al 25%	1	72,5%
		2	75,0%
		3	77,5%
		4	80,0%
Inferior al 50% y superior o igual al 25%	Superior o igual al 25%	1	62,5%
		2	65,0%
		3	67,5%
		4	70,0%
Inferior al 50% y superior o igual al 25%	Inferior al 25%	1	47,5%
		2	50,0%
		3	52,5%
		4	55,0%
Inferior al 25%	Superior o igual al 25%	1	37,5%
		2	40,0%
		3	42,5%
		4	45,0%
Inferior al 25%	Inferior al 25%	1	22,5%
		2	25,0%
		3	27,5%
		4	30,0%

Parágrafo 1: Los municipios que hayan cancelado el 80% o más de los recursos que les fuesen asignados al amparo del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, se les condonará el saldo pendiente.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales que hayan informado el reintegro de los recursos de que trata el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías - SGR, no serán sujetos de la aplicación de la condonación a que refiere el artículo 10 de la Ley 1797 de 2016 y deberán efectuar los trámites de solicitud de los recursos del SGR para su reintegro al FOSYGA o a quien haga sus veces.

Artículo 6. Solicitud y trámite de condonación. Las entidades territoriales interesadas en la aplicación de la condonación de los montos pendientes por restituir, derivados de la operación consagrada en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, deberán presentar solicitud a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces.

Recibida la solicitud la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o quien haga sus veces, aplicará los criterios contemplados en el artículo 4 de la presente resolución, emitirá el concepto respectivo y lo presentará a consideración del Comité de Análisis y Seguimiento a los recursos de los Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, con el objeto de que dicho comité proceda a emitir la correspondiente recomendación, posterior a lo cual, este Ministerio expedirá el acto administrativo sobre la condonación de recursos.

Artículo 7. Reporte de destinación de los recursos para el saneamiento de deudas y capitalización de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, en que participen las Cajas de Compensación Familiar – CCF. Las Cajas de Compensación Familiar deberán reportar los recursos de que trata el artículo 19 de la Ley 1797 de 2016, para el saneamiento de deudas y capitalización de las Entidad Promotoras de Salud en que participen, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Para el reporte de información, las Cajas de Compensación Familiar tendrán en cuenta lo establecido en la Resolución 2233 de 2015 o las normas que la modifiquen o sustituyan.
2. Las Cajas de Compensación Familiar deberán reportar el monto de cada una de las fuentes establecidas en el artículo 19 de la Ley 1797 de 2016 a través del formato denominado *“Recursos para el saneamiento de deudas y capitalización de las Entidades Promotoras de Salud en que participen las Cajas de Compensación Familiar - Artículo 19 de la Ley 1797 de 2016”*, que se adopta como Anexo Técnico No. 3 en la presente resolución y hace parte integral de la misma. Este formato se debe enviar a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución.
3. Para las vigencias 2016 y subsiguientes, las Cajas de Compensación Familiar deberán diligenciar y enviar a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio, la información relacionada con los recursos propios y los recaudados de la contribución parafiscal, no requeridos para financiar programas obligatorios, en el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución. Este formato deberá ser diligenciado y enviado a más tardar el último día del mes de enero del año siguiente al cierre de la vigencia fiscal.

Artículo 8. Reporte del uso de los recursos de excedentes del sector salud. Los departamentos y distritos que utilicen los excedentes y saldos de los recursos señalados en el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, atendiendo a la prioridad y destinación allí establecida, deberán reportar la información del uso de estos recursos teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Para la utilización de los recursos previstos en este artículo, los departamentos, distritos y municipios tendrán en cuenta lo establecido en la Resolución 257 de 2016 o las normas que modifiquen o sustituyan, siempre y cuando no requieran modificar el uso de los recursos, reportados en el marco de la precitada resolución.
2. Los municipios, distritos y departamentos que modifiquen el uso de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de oferta del Sistema General de

Participaciones a 31 de diciembre de 2015, deberán diligenciar y enviar el formato denominado *“Determinación del uso de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de Oferta del Sistema General de Participaciones, excedentes del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones y transferencias con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores”*, que se adopta como Anexo Técnico No. 4 y hace parte integral de la presente resolución.

Los municipios deberán enviar este formato al departamento, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la expedición de la presente resolución. Los distritos remitirán este formato dentro de este mismo espacio de tiempo, directamente a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.

3. Los departamentos, a través del Anexo Técnico No. 5, denominado *“Consolidado departamento - Determinación del uso de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de Oferta del Sistema General de Participaciones, excedentes del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones y transferencias con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores”*, el cual hace parte integral de la presente resolución, deberán reportar el consolidado de los municipios de su jurisdicción, que modificaron el uso de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de oferta del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2015.

Los departamentos deberán enviar este formato a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, dentro los cinco (5) días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para los municipios y distritos.

4. Para las vigencias 2016 y subsiguientes, los municipios, distritos y municipios deberán reportar el uso de los recursos excedentes y saldos no comprometidos del componente de oferta del Sistema General de Participaciones, los excedentes del Sistema General de Participaciones destinados al componente de Salud Pública que no se requieran para atender las acciones de salud pública y los recursos de transferencias realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores, a través del Anexo Técnico No. 4 de la presente resolución.

Los municipios deberán enviar este formato al departamento, dentro de los primeros quince (15) días hábiles de cada vigencia. Los distritos remitirán este formato dentro de este mismo espacio de tiempo, directamente a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.

5. Para las vigencias 2016 y subsiguientes, los departamentos, a través del Anexo Técnico No. 5 de la presente resolución, deberán reportar el consolidado de los municipios de su jurisdicción del reporte de la utilización de los recursos a que hace referencia el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016.

Los departamentos deberán enviar este formato a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, dentro los cinco (5) días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para los municipios y distritos.

Artículo 8. Reporte de la ejecución de los recursos de excedentes del sector salud. Los municipios y distritos deberán remitir la ejecución de los recursos a que hace referencia el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, a través del diligenciamiento del Anexo Técnico No. 6 denominado *“Ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de Oferta del Sistema General de Participaciones, excedentes del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones y transferencias con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores”*, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Los municipios deberán remitir este anexo, de forma trimestral, hasta que se ejecuten la totalidad de los recursos aplicados, dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente, así

Periodo de información	Fecha máxima de reporte de información
Enero - marzo	A más tardar el 10° día hábil de abril.
Abril - junio	A más tardar el 10° día hábil de julio.
Julio - septiembre	A más tardar el 10° día hábil de octubre.
Octubre - diciembre	A más tardar el 10° día hábil de enero.

Los departamentos deberán consolidar la información de la ejecución de los municipios de su jurisdicción a través del Anexo Técnico No. 7 denominado *“Consolidado departamento - Ejecución de los excedentes y saldos no comprometidos del componente de Oferta del Sistema General de Participaciones, excedentes del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones y transferencias con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores”*, y remitirlo a la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio a más tardar cinco (5) días hábiles posteriores al vencimiento del plazo establecido para los municipios.

Artículo 9. Renuencia a reportar. El incumplimiento en el reporte de la información a que refiere esta resolución, la evidencia de inconsistencias en el suministro de la misma o en la aplicación de los criterios y términos descritos en la presente resolución, dará lugar a que este Ministerio, informe lo pertinente a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones a que haya lugar.

Artículo 9. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Ver anexo en la página web www.minsalud.gov.co

Resolución 6349 de 2016

Por la cual se fija un plazo a las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS para la radicación de solicitudes del Certificado de Potencial Beneficiario y se modifica el artículo 3 de la Resolución 3460 de 2015

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales en especial de las conferidas en el artículo 10 del Decreto 1681 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que a través de la Resolución 3460 de 2015, modificada por las Resoluciones 3571 y 5588 de 2015 y 1121 de 2016, este Ministerio estableció el procedimiento, las condiciones, los requisitos que deben cumplir los beneficiarios, los criterios de viabilidad, y el seguimiento a la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. – FINDETER, destinada a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y a capital de trabajo para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.

Que la citada resolución en su artículo 3, definió como beneficiarios a las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado que tengan afiliados más del 2% del total de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS de naturaleza pública, privadas y mixtas, que cumplan con las condiciones allí dispuestas y que estén habilitadas e inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Que dado el remanente de recursos que actualmente presenta la Línea de Crédito con Tasa Compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. – FINDETER, de acuerdo con lo informado por la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio, se hace necesario fijar un nuevo plazo para radicar la solicitud del Certificado de Potencial Beneficiario, hasta agotar recursos o hasta el 31 de mayo de 2017.

Que con el ánimo de hacer uso de los recursos del remanente, se precisa modificar el factor objetivo del número mínimo de camas hospitalarias o puntos de diálisis en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y/o un mínimo de sillas de hemodiálisis o quimioterapia o infusión de medicamentos oncológicos o biológicos, para que nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS privadas o mixtas, puedan acceder a este beneficio.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Plazo para radicación de solicitudes.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, que pretendan acceder a la línea de redescuento con tasa compensada, deberán

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

radicar su solicitud del Certificado de Potencial Beneficiario, antes del 31 de mayo de 2017, aportando para ello el Formato número 1: *“Solicitud de Certificación de Potencial Beneficiario de la Línea de Crédito con Tasa Compensada”* contenido en la Resolución 3460 de 2015, ante la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio.

Parágrafo. Dicho plazo estará sujeto, en todo caso, a la disponibilidad de los recursos existentes, lo cual será comunicado por la referida dirección.

Artículo 2. Modificar el artículo 3 de la Resolución 3460 de 2015, modificado por la Resolución 5588 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 3. Beneficiarios. Los beneficiarios de la línea de redescuento con tasa compensada de que trata la presente resolución son:

3.1. Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado que tengan afiliados más del 2% del total de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

3.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

3.3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas o mixtas que cuenten con un mínimo de diez (10) camas hospitalarias o puntos de diálisis en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y/o un mínimo de diez (10) sillas de hemodiálisis o quimioterapia o infusión de medicamentos oncológicos o biológicos, certificadas por escrito por el representante legal de la IPS.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben estar debidamente habilitadas y en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

3.4 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas o mixtas que presten servicios ambulatorios y domiciliarios.

Parágrafo 1. No podrán ser beneficiarias las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que al momento de solicitud del beneficio de crédito con tasa compensada se encuentren incursas en retiro voluntario, liquidación o en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o del Subsidio Familiar.

Parágrafo 2. Las Empresas Sociales del Estado que tengan adoptado un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público podrán ser beneficiarias de la línea de redescuento con tasa compensada siempre y cuando cuenten con el otorgamiento de viabilidad del programa ante el crédito expedida por dicho Ministerio.”

Artículo 3. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación

Resolución 6357 de 2016

Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio - SSO- en el marco de las zonas veredales transitorias de normalización y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, especialmente, las conferidas por el parágrafo 1 del artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 22 de la Constitución Política, la paz es un deber y un derecho de obligatorio cumplimiento y, en desarrollo de lo anterior, el Gobierno Nacional ha desarrollado un proceso de negociación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia –FARC-EP, en busca de una paz estable y duradera.

Que como resultado de tales negociaciones se firmó el "Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera", el cual prevé la existencia de unas Zonas Veredales Transitorias de Normalización -ZVTN y unos Puntos Transitorios de Normalización -PTN, establecidos como zonas de ubicación temporal hasta la culminación del proceso de dejación de armas y en los que se requiere contar, con el talento humano necesario para la atención en salud de todas las personas allí presentes.

Que mediante la Ley 1164 de 2007 se creó el Servicio Social Obligatorio – SSO-, para los programas de educación superior del área de la salud señalando la competencia para diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del mencionado servicio social en el hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Que a través de la Resolución 1058 de 2010 se definieron las reglas relacionadas con el diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social Obligatorio –SSO para los egresados de los programas de educación superior de las áreas de medicina, odontología, enfermería y bacteriología señalándose en la misma norma las causales de exención para prestar el -SSO.

Que la Resolución 2358 de 2014, modificada por la Resolución 3391 de 2015, estableció el procedimiento de asignación de plazas del Servicio Social Obligatorio-SSO.

Que, adicionalmente, la Sentencia de T – 271 de 2016 de la Corte Constitucional ordenó corregir los vacíos normativos en relación con la exoneración del Servicio Social Obligatorio frente a la mujer víctima de la violencia sexual.

Que por lo anterior, se hace necesario establecer un mecanismo de provisión directa de plazas del Servicio Social Obligatorio –SSO para atender las Zonas Veredales Transitorias de Normalización –ZVTN- y Puntos Transitorios de Normalización –PTN, así como modificar las

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, con el fin de realizar los ajustes necesarios frente a los tiempos de duración, modalidad de asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio y causales de exoneración para profesionales en Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modificar el artículo 9 de la Resolución 2358 de 2014, el cual quedará así:

***“Artículo 9°. Requisitos para la inscripción.** Los profesionales que participen en estos procesos deberán acreditar el correspondiente título o demostrar mediante certificación expedida por la Institución de Educación Superior que dicho título será obtenido antes de la fecha de inicio del período a asignar en los términos del artículo 3° de la presente resolución, so pena de que la Institución Prestadora de Servicios de Salud no realice la vinculación.*

No podrán inscribirse egresados de los programas de formación superior en medicina, enfermería, odontología y bacteriología, que hayan cumplido el Servicio Social Obligatorio (SSO) o que se encuentren prestándolo bajo cualquier modalidad. Tampoco podrán inscribirse en el nuevo proceso, quienes hayan renunciado a la plaza ya asignada o a quienes se les asignó plaza tanto directa como públicamente en uno de los dos procesos inmediatamente anteriores y no la hayan ocupado, salvo que exista justificación de fuerza mayor o caso fortuito debidamente sustentado y aprobado por las Direcciones Departamentales de Salud o quienes hagan sus veces y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Parágrafo. Los ciudadanos extranjeros podrán inscribirse para la asignación de plazas, para lo cual, deben presentar la resolución de convalidación del título profesional expedida por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y estar autorizados para permanecer en el país durante el tiempo de la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO).”

Artículo 2°. Modificar el artículo 12 de la Resolución 2358 de 2014, modificado por la Resolución 3391 de 2015, el cual quedará de la siguiente forma:

***“Artículo 12. Asignación directa de plazas.** Efectuado el proceso de asignación, de acuerdo con lo señalado en el artículo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán proveer directamente las plazas no asignadas. Igual procedimiento deberá ser realizado con las plazas que resulten vacantes por renuncia o no aceptación del profesional asignado.*

La información sobre la provisión de estas plazas, la reportarán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las Direcciones Departamentales de Salud o quienes hagan sus veces y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, quienes la remitirán a este Ministerio una vez consolidada, en el formato que para el efecto se publique en la página

web.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Comité de Servicio Social Obligatorio, podrá autorizar la asignación directa de plazas por parte de la IPS, previa verificación del cumplimiento de requisitos por parte de la Entidad Territorial, cuando se evidencien situaciones excepcionales relacionadas con la atención de emergencias, brotes y epidemias que requieran aumentar el número de profesionales de la salud, el cierre, fusión y liquidación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que afecte la continuidad de los profesionales de la salud que atienden los servicios y otras eventualidades que hagan necesario garantizar la presencia inmediata del talento humano en salud.

Parágrafo 2. Se autoriza la asignación directa de plazas que se encuentren vacantes o de las que se lleguen a crear con el propósito de atender con prioridad la población ubicada en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización -ZVTN y los Puntos Transitorios de Normalización -PTN o en las que se establezcan posteriormente, dentro del proceso de paz y hasta su culminación, caso en el cual el -SSO se entenderá cumplido. Para estos casos el -SSO tendrá una duración de seis (6) meses.”

Artículo 3. Modificar el del artículo 4 de la Resolución 1058 de 2010, en su parágrafo el cual quedará así:

“Artículo 4º. Profesionales objeto del servicio social obligatorio. El Servicio Social Obligatorio se cumplirá por única vez con posterioridad a la obtención del título profesional en medicina, odontología, enfermería y bacteriología.

Parágrafo.- Los siguientes profesionales serán exentos de la prestación del Servicio Social Obligatorio:

- a) Quienes hayan cumplido su servicio social obligatorio en otra profesión del área de la salud en Colombia.
- b) Aquellos nacionales o extranjeros que hayan cumplido el servicio social obligatorio en el exterior.
- c) Los profesionales que hayan cumplido el servicio militar obligatorio en Colombia.
- d) Los nacionales o extranjeros que hayan obtenido título de posgrado en el exterior en áreas de especial interés para el país, podrán ser exentos de la prestación del servicio social obligatorio previo concepto del Comité de Servicio Social Obligatorio.
- e) Los profesionales que, por caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificada y documentada, que incluye los profesionales víctimas de cualquier tipo de violencia, que soliciten la exoneración o convalidación del servicio social obligatorio y ésta les sea autorizada por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto del Comité de Servicio Social Obligatorio.

Los profesionales a los cuales aplique las condiciones de los literales a), b) y c) del presente artículo podrán presentarse voluntariamente a los sorteos para la realización del SSO”.

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de su publicación y modifica los artículos 9 y 12 de la Resolución 2358 de 2014 y el artículo 4° de la Resolución 1058 de 2010.

Resolución 6408 de 2016

Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad entre otros, con los artículos 2, 44, 46, 48 y 49 de la Constitución Política, en consonancia con el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes en el territorio colombiano.

Que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, a este Ministerio le corresponde modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de dicho plan, a cuyo cumplimiento estricto instó la Corte Constitucional en la orden décimo octava de la Sentencia T-760 de 2008.

Que el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, contempla el deber del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud, mediante la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que como tal, incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas, presupuestos bajo los cuales se estructura la modificación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el presente acto administrativo y cuya consolidación de la concepción de integralidad a que allí se alude, se complementará con la regulación que en el marco del procedimiento técnico científico, defina las exclusiones, en pro de garantizar el mandato contenido en el precitado artículo.

Que conforme con lo expuesto, se hace necesario modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, actualizado integralmente mediante la Resolución 5592 de 2015.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TITULO I GENERALIDADES

ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS.

ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:

- 1. Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
- 2. Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.
- 3. Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas o con programas del SGSSS, financiados con otras fuentes de financiación, así como de sectores distintos al de la salud.
- 4. Transparencia.** Los agentes y actores del SGSSS que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del citado plan, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
- 5. Competencia.** Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la autonomía profesional con autorregulación y soportado en la evidencia científica.

- 6. Corresponsabilidad.** El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica su autocuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para coadyuvar en los resultados obtenidos con la aplicación del mismo.
De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios de salud.
- 7. Calidad.** La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados al SGSSS se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas. La provisión de estas tecnologías en salud se debe prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
- 8. Universalidad** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

PARÁGRAFO. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema de Seguridad Social Integral –SSSI, para el SGSSS y a los contenidos en la Constitución Política y la ley.

ARTÍCULO 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN. Las tecnologías en salud que se incluyen en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, requieren de procesos como Evaluación de Tecnologías en Salud -ETES-, análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica -GPC- adoptadas por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en GPC, Guías de Atención Integral –GAI-, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en este plan de beneficios, hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión explícita realizada por la autoridad competente.

ARTÍCULO 5. ANEXOS. La presente resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 “*Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*”; Anexo 2 “*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*” y Anexo 3 “*Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*”.

ARTÍCULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS. La cobertura de procedimientos y servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se describe en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- y se consideran cubiertas todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos) descritas en el articulado y los anexos 2 y 3 del presente acto administrativo. Se consideran cubiertas todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías descritas en el Anexo

2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" del presente acto administrativo, salvo aquellas referidas como no cubiertas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

PARÁGRAFO. La cobertura del "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", se describe en subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en el Anexo 3 que hace parte integral del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA. Para efectos de facilitar la aplicación del presente acto administrativo y conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar los servicios y tecnologías en salud, sin que estos se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.
Para establecer las coberturas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, los servicios descritos con otra nomenclatura como: "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos del presente acto administrativo y sus anexos que hacen parte integral de esta resolución.
2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.
3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO. Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que estas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

1. **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.
2. **Aparato Ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
3. **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También

cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

4. **Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
5. **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
6. **Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
7. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.
8. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
9. **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
10. **Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
11. **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
12. **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
13. **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
14. **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio

afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

15. **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
16. **Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
 - b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
17. **Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan “S” o “R” y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan “dextro” (d) si es hacia la derecha o “levo” (l) si es hacia la izquierda.
18. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.
19. **Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
20. **Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.
21. **Estereoisómero:** Es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
22. **Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

23. **Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.
24. **Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
25. **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
26. **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
27. **Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
28. **Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
29. **Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.
30. **Mezcla Racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.
31. **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
32. **Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
33. **Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
34. **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
35. **Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada

por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

- 36. Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
- 36.1. La referencia** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.
- 36.2. La contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- 37. Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.
- En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento para el Cálculo de la Prima por Subgrupo o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho valor.
- 38. Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
- 39. Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.
- 40. Valor Máximo de Reconocimiento (VMR):** Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos.

El Valor Máximo de Reconocimiento no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única, por tanto no debe utilizarse como reconocimiento de valores de tratamientos entre actores.

PARÁGRAFO. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el SGSSS.

TÍTULO II

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- habilitadas para tal fin en el territorio Nacional.

ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS. Toda persona después de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud -EPS- o a la entidad que haga sus veces, deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional, la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

PARÁGRAFO. En el momento de la adscripción, las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que en este último caso, hagan sus veces, puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces.

ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

ARTÍCULO 13. TELEMEDICINA. Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible y permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

ARTÍCULO 14. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA. Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III

COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

ARTÍCULO 15. BENEFICIOS. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

CAPÍTULO I

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS-, la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 17. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 18. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre todas las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 19. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH/SIDA y planificación familiar. Su cobertura está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

CAPÍTULO II RECUPERACIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 22. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud –APS, según los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS- y la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 23. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

ARTÍCULO 24. ATENCIÓN AMBULATORIA. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

ARTÍCULO 25. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en salud con internación cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 1. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC- cubre la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

PARÁGRAFO 2. Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por este plan de beneficios no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en el capítulo y artículos que la describen en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 3. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

PARÁGRAFO 4. No se cubre con cargo a la UPC la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, responsable del receptor.

ARTÍCULO 26. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud

PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes.

ARTÍCULO 27. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 28. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

CAPÍTULO III PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 29. ANALGESIA, ANESTESIA Y SEDACIÓN. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

ARTÍCULO 30. COMBINACIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud del presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

PARÁGRAFO. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud se requiere una tecnología en salud sin cobertura en este plan de beneficios, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, garantizarán con cargo a la UPC lo cubierto según lo definido en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 31. TRASPLANTES. Para la realización de los trasplantes cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC la cobertura incluye las tecnologías en salud complementarias, necesarias y descritas en el presente acto administrativo. La prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control pos trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos, con cargo a la UPC.

PARÁGRAFO 2. No se cubre con cargo a la UPC trasplante de órganos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 32. INJERTOS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La cobertura también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

ARTÍCULO 33. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas que regulan la materia.

PARÁGRAFO. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre, las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- y las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o quienes hagan sus veces, no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

ARTÍCULO 34. ATENCIÓN EN SALUD ORAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud oral descritas en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 1. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, ésta se encuentra incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

PARÁGRAFO 2. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

ARTÍCULO 35. PRÓTESIS DENTALES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

PARÁGRAFO. Para obtener la cobertura con cargo a la UPC, los cotizantes y sus beneficiarios afiliados al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. En el Régimen Subsidiado la cobertura es para todos los afiliados.

ARTÍCULO 36. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

ARTÍCULO 37. REINTERVENCIONES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, y
2. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

CAPÍTULO IV MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 38. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 1, al igual que otros que también se consideren con cargo a la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 134 de la presente resolución, deben ser

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

garantizados de manera efectiva y oportuna por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta en el artículo 42 del presente acto administrativo la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC, a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo se consideran cubiertos con la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran cubiertos por la UPC siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen.

Si el estereoisómero hace parte de un subgrupo de referencia cubierto, el valor máximo de reconocimiento para cálculo en la prima será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

PARÁGRAFO 2. Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento para cálculo de la prima por subgrupo el descrito en el numeral 40 del artículo 8 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 3. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado de medicamentos con cargo a la UPC, de que trata el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

ARTÍCULO 39. PRESCRIPCIÓN. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

PARÁGRAFO. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

ARTÍCULO 40. INDICACIONES AUTORIZADAS. La cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de esta resolución, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

PARÁGRAFO 1. Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 del “Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, no se indique un uso específico, se consideran cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

PARÁGRAFO 2. Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

ARTÍCULO 41. COMBINACIONES DE DOSIS FIJAS (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC considera cubiertos los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren descritos en el listado de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,
2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos si se utilizara como mono fármaco por separado. Si alguno de los principios activos que hacen parte de la CDF se encuentra en un grupo de cobertura, será el valor máximo de reconocimiento definido para dicho grupo el que se deba aplicar para ese principio activo que compone la combinación.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

PARÁGRAFO. Será el médico tratante quien en su autonomía profesional evalúe la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en hacer uso de estas CDF frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

ARTÍCULO 42. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS. La cobertura de los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras) y no debe confundirse con la misma. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta la siguiente de clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC:

EJEMPLOS DE CLASIFICACIÓN FORMAS FARMACÉUTICAS SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN, ESTADO Y FORMA DE LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO	ESTADO			
		SÓLIDO	LÍQUIDO	SEMISÓLIDO	GAS
ORAL	CONVENCIONAL	Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco (tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta con película, gragea, Comprimido), Cápsulas (Duras y blandas), polvos, granulados, glóbulos.	Solución (o polvo para reconstituir a solución), Suspensión (o polvo para reconstituir a suspensión), Emulsión, Jarabe, Elíxir, Solución/Suspensión para inhalación, solución/suspensión para nebulización.	Gel.	Líquido, gas, aerosol, o polvo de administración nasal o bucal con Dispositivo Mecánico para nebulizar el medicamento
	MODIFICADA	Tableta o cápsula de liberación retardada, Tableta o Cápsula de liberación prolongada (sostenida), gragea entérica, gránulos gastrorresistentes, granulados, pellets, Tableta o Cápsula de			

		liberación ultrarrápida, bomba osmótica, Sistemas de liberación pulsátil o secuencial, comprimidos matriciales.			
	OTRA.	Tabletas orodispersables, tabletas efervescentes, tabletas masticables, tabletas dispersables, polvo efervescente, granulado efervescente, láminas dispersables, tableta sublingual.			
TOPICA	CONVENCIONAL	Polvo.	Solución, Loción, Emulsión, cremas, Linimento.	Jalea, crema, gel, Pomadas, pasta, ungüento.	
PARENTERAL: Incluye vía intravascular (intravenosa, intraarterial) o vía extravascular (intradérmica, subcutánea, intramuscular, intratecal, epidural, intraperitoneal)	CONVENCIONAL	Polvo estéril para inyección, polvo liofilizado para reconstitución a solución inyectable	Solución inyectable, suspensión inyectable, emulsión inyectable, solución para infusión, solución para perfusión, inyectable, solución inyectable		

			en cápsula, concentrado para infusión, suspensión inyectable.		
	MODIFICADA		Solución liposomal o suspensión Liposomal		
RECTAL (USO PROCTOLÓGICO)	CONVENCIONAL	Supositorio.	Solución, enema.		
NASAL O RESPIRATORIA (Incluye instilación endotraqueopulmonar)	CONVENCIONAL		Solución/Suspensión para inhalación, solución/suspensión para nebulización, gotas, solución/suspensión para instilación.		Gas, aerosol, o polvo de administración nasal o bucal con Dispositivo Mecánico para nebulizar el medicamento
OFTÁLMICA	CONVENCIONAL		Colirio, emulsiones, solución, suspensión, gotas	Pomada, gel, ungüento.	
ÓTICA	CONVENCIONAL		Solución ótica, suspensión ótica.		
TRANSDÉRMICA (PERCUTÁNEA)	MODIFICADA	Parche, Implante			
IRRIGACIÓN	CONVENCIONAL		Solución		
VAGINAL	CONVENCIONAL	Supositorios, óvulos, comprimidos vaginales, tabletas vaginales.	Solución/Suspensión	Crema, gel, espuma.	

	MODIFICADA	Dispositivo Intrauterino.			
--	-------------------	---------------------------	--	--	--

ARTÍCULO 43. REGISTRO SANITARIO. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura de los medicamentos con cargo a la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 44. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

PARÁGRAFO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras bajo el principio de integralidad.

ARTÍCULO 45. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

PARÁGRAFO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

ARTÍCULO 46. FÓRMULAS MAGISTRALES. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud o por las entidades que hagan sus veces.

ARTÍCULO 47. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos con cargo a la UPC de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

ARTÍCULO 48. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

ARTÍCULO 49. RADIOFÁRMACOS. Estos medicamentos se consideran cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos por dicho plan y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

ARTÍCULO 50. MEDIOS DE CONTRASTE. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, garantizarán los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el listado de medicamentos con cargo a la UPC de que trata el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo.

ARTÍCULO 51. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el listado de medicamentos contenidos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, también serán cubiertos con cargo a la UPC, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

ARTÍCULO 52. SOLUCIONES Y DILUYENTES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el listado de medicamentos contenido en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento cubierto con cargo a la UPC, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	<i>Perfusión intracardiaca</i>
Conservantes de órganos	<i>Perfusión y lavado de órganos en Trasplantes</i>
Viscoelástica	<i>Oftalmológicos</i>
Líquido embólico	<i>Embolizaciones</i>
Líquidos de gran volumen	<i>Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre, lavado o irrigación de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)</i>

Igualmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

ARTÍCULO 53. SERVICIOS FARMACÉUTICOS. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos con cargo a la UPC, se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

ARTÍCULO 54. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN. Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC son las siguientes:

1. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

2. Medicamentos descritos en el listado de medicamentos con cargo a la UPC de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
3. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
4. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS (Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños) para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

PARÁGRAFO: No se cubren con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

ARTÍCULO 55. COBERTURA DE SUBGRUPOS DE REFERENCIA. Cuando el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se refiere a un subgrupo de referencia, según la clasificación internacional ATC, se deben considerar cubiertos todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, en las concentraciones y formas farmacéuticas que se definen para ellos en el listado de medicamentos de este acto administrativo.

ARTÍCULO 56. PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. La prescripción de medicamentos deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante las recomendaciones realizadas por documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica -GPC-, Guías de Atención Integral -GAI-, protocolos o cualquier otro documento oficialmente adoptado para una patología en particular, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía médica, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción.

CAPÍTULO V DISPOSITIVOS

ARTÍCULO 57. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

PARÁGRAFO. Es cobertura con cargo a la UPC la GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL, la cual se encuentra con descripción ATC como GELATINA ABSORBENTE, ESPONJA y el VENDAJE CON GELATINA DE ZINC con descripción de ATC ZINC, VENDAJES SIN SUPLEMENTOS, por tratarse de un dispositivo y no de un medicamento.

ARTÍCULO 58. LENTES EXTERNOS. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo:

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se cubren una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

PARÁGRAFO. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

ARTÍCULO 59. KIT DE GLUCOMETRÍA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el kit de glucometría, para pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina a los cuales se entregarán cada año un (1) glucómetro, así como tirillas y lancetas mensuales, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica.

ARTÍCULO 60. KIT DE OSTOMÍA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

ARTÍCULO 61. AYUDAS TÉCNICAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en este Plan de Beneficios.
2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos incluidos en este Plan de Beneficios.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

PARÁGRAFO 1. Están cubiertas con cargo a la UPC las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

PARÁGRAFO 2. No se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

ARTÍCULO 62. COBERTURA DE STENT CORONARIO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre tanto el stent coronario convencional o no recubierto para todos los casos según recomendación del médico tratante, como el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) o en lesiones largas (mayor a 15 mm).

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 63. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

ARTÍCULO 64. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

PARÁGRAFO 1. No se cubre con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

PARÁGRAFO 2. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 64 de este acto administrativo, la cobertura con cargo a la UPC será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

PARÁGRAFO 2. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 66 de este acto administrativo, la cobertura con cargo a la UPC será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO VII ATENCIÓN PALIATIVA

ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

TÍTULO IV

COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 69. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años de edad, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS-, la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 70. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 71. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre todas las actividades o tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de dieciocho (18) años de edad para tales efectos, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 72. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 73. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

ARTÍCULO 74. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD A LA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre de manera gratuita las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, requeridas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

CAPÍTULO I

ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 75. ATENCIÓN PRENATAL El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 76. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 77. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor,

articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 78. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL. El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 79. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA. Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 80. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS (Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños) para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

ARTÍCULO 81. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

ARTÍCULO 82. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud –APS, según los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS- y la Política de Atención Integral en Salud –PAIS-.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 83. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL.

Para la atención de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

ARTÍCULO 84. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

ARTÍCULO 86. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR. En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación post implante, para las personas menores de tres (3) años de edad, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

ARTÍCULO 87. COBERTURA DE LENTES EXTERNOS Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado se cubre además la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

PARÁGRAFO. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

ARTÍCULO 88. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este Plan de Beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 89. ATENCIÓN PALIATIVA. Las personas desde la etapa prenatal a personas menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal, y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el párrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 90. CARIOTIPO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la internación de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad. La cobertura de este plan de beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO II ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años de edad, la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 96. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente

habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

ARTÍCULO 97. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 98. ATENCIÓN DEL EMBARAZO. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde a las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 99. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

ARTÍCULO 103. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada año para las personas de 12 años de edad o menos y una vez cada cinco años para mayores de 12 años de edad.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

PARÁGRAFO. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad, tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 105. ATENCIÓN PALIATIVA. Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 106. CARIOTIPO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 107. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años a menores de 14 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 108. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 109. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con

trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios, será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 111. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se

presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por este Plan de Beneficios en Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 114. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud –RIAS.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 115. ATENCIÓN A PERSONAS DE CATORCE (14) AÑOS A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

ARTÍCULO 118. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

ARTÍCULO 119. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

PARÁGRAFO. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

ARTÍCULO 120. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 121. ATENCIÓN PALIATIVA. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este plan de beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 122. CARIOTIPO. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 14 años a menores de 18 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 124. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 125. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

TÍTULO V

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

ARTÍCULO 128. TRANSPORTE DE CADÁVERES. El transporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios no serán cubiertos con cargo a la UPC.

TÍTULO VI

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo:

A. Alto Costo Régimen Contributivo:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

B. Alto Costo Régimen Subsidiado:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

ARTÍCULO 130. GRAN QUEMADO. Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años de edad o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

ARTÍCULO 131. TRAUMA MAYOR. Para efectos del presente título, se entiende por trauma mayor, el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

II.

III. **TÍTULO VII**

CONDICIONES DE NO COBERTURA DE TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN

ARTÍCULO 132. TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON CARGO A LA UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

**TÍTULO VIII
DISPOSICIONES VARIAS**

ARTÍCULO 133. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. La población indígena afiliada al SGSSS a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, a las cuales se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación diferencial indígena – UPCDI- tendrá cobertura con los servicios y tecnologías en salud previstas en el presente acto administrativo y en forma adicional, con los servicios diferenciales indígenas descritos en el Anexo 2 que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

ARTÍCULO 134. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativos a los cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en este Plan de Beneficios, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

ARTÍCULO 135. COBERTURA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC ORDENADOS POR FUERA DE LA RED. Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el presente plan de beneficios con cargo a la UPC, prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces, esta podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de dicha red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

ARTÍCULO 136. CONCURRENCIA DE BENEFICIOS A CARGO DE OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN. Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otras fuentes de financiación, la tecnología en salud deberá ser asumida por dichas fuentes de financiación de conformidad con la normatividad vigente.

TÍTULO IX DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 137. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o análisis y cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, los usuarios, pacientes, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces y las IPS, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requiera.

PARÁGRAFO 1. La descripción establecida para la cobertura de procedimientos por categorías de CUPS, señalada en este acto administrativo no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

PARÁGRAFO 2. Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser suministrada de conformidad con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 138. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2017 y deroga las Resoluciones 5592 de 2015, 001 de 2016 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Ver anexo en la página www.minsalud.gov.co

Resolución 6411 de 2016

Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 34, 36 y 38 del artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, modificados por los Actos Legislativos 01 de 2005 y 02 de 2009, respectivamente, disponen que la seguridad social es un servicio público que se garantizará y prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado a todos los ciudadanos, conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, debiendo organizar, dirigir, reglamentar y establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Que en desarrollo de las precitadas normas, se expide la Ley 100 de 1993 que establece el Sistema de Seguridad Social Integral y como parte del mismo, el Sistema General de Seguridad Social de Salud – SGSSS que crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud, hoy denominado Plan de Beneficios en Salud suministrado con cargo a un valor per cápita, denominado Unidad de Pago por Capitación – UPC, que reconoce el SGSSS a las Entidades Promotoras de Salud - EPS por cada persona afiliada y que garantiza la prestación de las tecnologías y servicios en salud contenidos en el Plan de Beneficios en Salud, financiado vía aseguramiento, constituyéndose en uno de los medios de que dispone el Estado para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso oportuno a las tecnologías en salud, valor que se establece periódicamente.

Que en el marco de lo previsto en el Decreto - Ley 4107 de 2011 modificado por el Decreto 2562 de 2012, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Plan Obligatorio de Salud hoy Plan de Beneficios en Salud, contributivo y subsidiado, así como el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud – EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad y de paternidad, según las normas del Régimen Contributivo; decisiones que, en relación con el régimen contributivo, deberán consultar el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de Mediano y Largo Plazo, y en las referidas al régimen subsidiado, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Que de otra parte, la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y define el Sistema de Salud como el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles información y evaluación que el Estado disponga, para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud, procurando por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles; Sistema que, garantizará el derecho fundamental a la salud, a través de la prestación de servicios y tecnologías, que incluyan la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC se establece de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población relevante, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema, para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se establezcan por el organismo competente, de acuerdo con los estudios técnicos definidos por este Ministerio, y que se actualiza, bajo los mismos lineamientos.

Que de otra parte, el Acuerdo 026 de 2011 modificatorio del Acuerdo 023 de 2011, expedido por la entonces Comisión de Regulación en Salud – CRES define un ponderador de la UPC - C con el fin de, corregir la situación de concentración del riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en su momento en algunas EPS del Sistema y, para incentivar la movilidad de esos afiliados; sin embargo, desde dicho año a la fecha, la población afiliada al Régimen Contributivo se ha modificado dado su envejecimiento natural y la composición de la distribución relativa de la misma, por lo que se hace necesario su ajuste.

Que en relación con los gastos de administración de las EPS prevé el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 que las EPS del Régimen Contributivo destinarán máximo el 10% del valor de la UPC y las EPS del Régimen Subsidiado, máximo el 8% del valor de la UPC.

Que con base en la información reportada por las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, realizó el análisis técnico de completitud, de calidad de la información y de análisis actuarial para la definición de la UPC de la vigencia 2017, cuyos resultados se muestran en el *“Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación – UPC para garantizar el Plan de Beneficios en Salud en el año 2017”*, en el que se analiza la suficiencia de cada uno de los valores fijados en los dos regímenes, según lo ordenado por la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional en los ordinales tercero y segundo de la parte resolutive de los Autos 261 y 262 de noviembre de 2012, respectivamente y siguiendo los lineamientos impartidos en el Auto 411 del 5 de septiembre de 2016.

Que el cálculo de la suficiencia de la UPC para el año 2017 es compatible con el Marco Fiscal del Mediano Plazo para la tal vigencia, de acuerdo con lo informado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como con las condiciones de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Mediano y el Largo Plazo, según lo informado por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que de conformidad con los factores de ponderación de la estructura diferencial de la UPC y de la población por grupo etario que se compensó durante el año 2016, se genera un gasto en la Subcuenta de Compensación del FOSYGA que se estima en un factor del 14.2%, cuantificado en aproximadamente \$97.910,14 per cápita. En el caso del Régimen Subsidiado y de conformidad con los factores de ponderación aplicados a los procesos de reconocimiento de la UPC en el proceso de Liquidación Mensual de Afiliados durante el año 2016, se genera un gasto en la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, que se estima en un factor del 11,09%, cuantificado en aproximadamente (\$68.452,11) per cápita.

Que asimismo, los cálculos que sustentan las decisiones contenidas en el presente acto administrativo se efectuaron con base en la última información disponible en las diferentes fuentes consultadas y certificadas por cada una de las áreas del Ministerio de Salud y Protección responsables de su manejo.

Que se mantienen vigentes las condiciones del “*Estudio Técnico Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina*” realizado en el año 2014 por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, que tiene en cuenta la ubicación insular del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la distancia que lo separa del territorio continental, las condiciones de vías y medios de acceso así como las connotaciones especiales de la población que allí reside, por lo que procede el reconocimiento de la UPC adicional, por zona alejada del continente.

Que en el marco de la Ley 691 de 2001 y del Decreto 1953 de 2014 dada la evolución en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI y teniendo en cuenta las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de dicha población afiliada a las EPSI, se requiere un valor adicional que financie las actividades diferenciales propias, partiendo de la información disponible proporcionada por las EPS Indígenas - EPSI, las IPS Indígenas - IPSI o las estructuras propias que hagan sus veces, que se tendrán en cuenta para calcular la UPC diferencial indígena.

Que igualmente, con el propósito de seguir avanzando hacia la evaluación de los resultados de la prueba piloto de igualación de la prima pura del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo implementada durante el año 2015 y con miras a la equiparación en los términos del Auto 411 de 2016 proferido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia 760 de 2008 de la Corte Constitucional, se hace necesario darle continuidad por dos (2) años consecutivos, esto es, para las vigencias 2017 y 2018.

Que el Decreto 2562 de 2012 modificadorio del Decreto – Ley 4107 de 2011, creo la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud asignándole como parte de sus funciones la de “*Formular recomendaciones sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, así como los lineamientos para determinar la metodología para su cálculo*”.

Que se realizaron dieciocho (18) sesiones técnicas entre los Ministerios de Salud y Protección Social, y de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación – DNP y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, para analizar los aspectos técnicos en

relación con la definición de la UPC que soportan las propuestas a presentar a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

Que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en sesión del pasado 16 de diciembre, formuló recomendaciones específicas al Ministerio de Salud y Protección Social que constituyen el fundamento técnico de las decisiones contenidas de la presente resolución.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I Disposiciones aplicables al Régimen Contributivo

Artículo 1. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2017, en la suma de SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$746.046,00), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETENTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.072,35).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	2.214.190,80
1-4 años	0,9530	710.982,00
5-14 años	0,3329	248.360,40
15-18 años hombres	0,3173	236.721,60
15-18 años mujeres	0,5014	374.068,80
19-44 años hombres	0,5646	421.218,00
19-44 años mujeres	1,0475	781.484,40
45-49 años	1,0361	772.977,60
50-54 años	1,3215	985.899,60
55-59 años	1,6154	1.205.161,20
60-64 años	2,0790	1.551.031,20
65-69 años	2,5861	1.929.348,00
70-74 años	3,1033	2.315.203,20
75 años y mayores	3,8997	2.909.354,40

Artículo 2. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

corregimientos departamentales listados en el Anexo de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación –UPC-C anual de OCHOCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$820.652,40) que corresponde a un valor diario de DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.279,59).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	2.435.616,00
1-4 años	0,9530	782.082,00
5-14 años	0,3329	273.196,80
15-18 años hombres	0,3173	260.391,60
15-18 años mujeres	0,5014	411.476,40
19-44 años hombres	0,5646	463.341,60
19-44 años mujeres	1,0475	859.633,20
45-49 años	1,0361	850.276,80
50-54 años	1,3215	1.084.492,80
55-59 años	1,6154	1.325.682,00
60-64 años	2,0790	1.706.137,20
65-69 años	2,5861	2.122.290,00
70-74 años	3,1033	2.546.730,00
75 años y mayores	3,8997	3.200.299,20

Artículo 3. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional del 9.86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Dosquebradas, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación - UPC-C anual de OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$819.604,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.276,68).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,9679	2.432.505,60
1-4 años	0,9530	781.084,80
5-14 años	0,3329	272.847,60
15-18 años hombres	0,3173	260.060,40
15-18 años mujeres	0,5014	410.950,80
19-44 años hombres	0,5646	462.747,60
19-44 años mujeres	1,0475	858.535,20
45-49 años	1,0361	849.193,20
50-54 años	1,3215	1.083.106,80
55-59 años	1,6154	1.323.990,00
60-64 años	2,0790	1.703.959,20
65-69 años	2,5861	2.119.579,20
70-74 años	3,1033	2.543.479,20
75 años y mayores	3,8997	3.196.213,20

Artículo 4. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le reconocerá una prima adicional por zona alejada del continente del 37.9%, dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación – UPC-C anual de UN MILLÓN VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.028.797,20), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.857,77).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,9679	3.053.368,80
1-4 años	0,9530	980.442,00
5-14 años	0,3329	342.486,00
15-18 años hombres	0,3173	326.437,20
15-18 años mujeres	0,5014	515.840,40
19-44 años hombres	0,5646	580.860,00
19-44 años mujeres	1,0475	1.077.663,60
45-49 años	1,0361	1.065.938,40

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
50-54 años	1,3215	1.359.554,40
55-59 años	1,6154	1.661.918,40
60-64 años	2,0790	2.138.868,00
65-69 años	2,5861	2.660.572,80
70-74 años	3,1033	3.192.667,20
75 años y mayores	3,8997	4.012.002,00

Artículo 5. Para efectos de corregir la situación de concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en las EPS del Régimen Contributivo, se modifica el ponderador aplicable a la UPC – C promedio, con la expresión redondeada al entero más cercano que resulte de la estandarización de la participación de afiliados activos mayores de cincuenta (50) años, respecto del total de la población de afiliados activos de la respectiva EPS, conservando en lo demás la misma forma funcional del ponderador que se había definido en el artículo 1º del Acuerdo 026 de 2011.

En consecuencia, se reconocerá una prima adicional correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario, así:

A la EPS 037 una prima adicional del 6% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo – (UPC-C) anual de SETECIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$790.808,40), que corresponde a un valor diario de DOS MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.196,69).

A la EPS 005 una prima adicional del 2% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo – (UPC-C) anual de SETECIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$760.968,00), que corresponde a un valor diario de DOS MIL CIENTO TRECE PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.113,80).

Artículo 6. Para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes con derecho, se fija en forma transitoria, el 0,35% del Ingreso Base de Cotización, hasta tanto entre en operación la entidad Administradora de los Recursos Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 3. 2. 1. 10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya. Una vez inicie el ejercicio dicha entidad este porcentaje aumentara a 0,38%.

Artículo 7. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud - EPS con

base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 8. El monto de la cotización obligatoria de los afiliados al Régimen Contributivo destinado a la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, se establece en el 0,26% del Ingreso Base de Cotización.

Artículo 9. De la cotización obligatoria de los afiliados al Régimen Contributivo definida en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 1122 de 2007, se trasladará un punto (1.0%) a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

En el caso de los pensionados, atendiendo lo previsto en la Ley 1250 de 2008, se trasladará a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA un punto (1,0%) de su cotización.

De acuerdo con lo señalado en el aparte 2 numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los regímenes especiales y de excepción continuarán aportando a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, un punto y medio (1,5%) de la cotización.

Artículo 10. Fijar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, para el desarrollo de las actividades de Promoción y Prevención durante el año 2017, en la suma anual de VEINTITRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$23.335,20), equivalente a un valor diario de SESENTA Y CUATRO PESOS CON OCHENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$64,82).

Capítulo II

Disposiciones aplicables al Régimen Subsidiado

Artículo 11. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2017 en la suma de SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$667.429,20) equivalente a un valor diario de MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.853,97).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	1.845.709,20
1-4 años	0,8179	545.889,60
5-14 años	0,3267	218.048,40
15-18 años hombres	0,3847	256.759,20
15-18 años mujeres	0,6381	425.887,20

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
19-44 años hombres	0,6415	428.155,20
19-44 años mujeres	1,0154	677.707,20
45-49 años	1,0376	692.524,80
50-54 años	1,2973	865.857,60
55-59 años	1,5738	1.050.400,80
60-64 años	1,9465	1.299.150,00
65-69 años	2,4125	1.610.172,00
70-74 años	2,9424	1.963.843,20
75 años y mayores	3,6575	2.441.124,00

Artículo 12. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y antiguos corregimientos departamentales listados en el anexo de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación – UPC-S anual de SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$743.983,20) que corresponde a un valor diario de DOS MIL SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.066,62).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.057.410,80
1-4 años	0,8179	608.504,40
5-14 años	0,3267	243.057,60
15-18 años hombres	0,3847	286.210,80
15-18 años mujeres	0,6381	474.735,60
19-44 años hombres	0,6415	477.266,40
19-44 años mujeres	1,0154	755.442,00
45-49 años	1,0376	771.955,20
50-54 años	1,2973	965.170,80
55-59 años	1,5738	1.170.882,00
60-64 años	1,9465	1.448.164,80
65-69 años	2,4125	1.794.859,20
70-74 años	2,9424	2.189.095,20

75 años y mayores	3,6575	2.721.117,60
-------------------	--------	--------------

Artículo 13. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio lo que corresponde a un valor anual de la UPC-S de SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$767.545,20) que corresponde a un valor diario de DOS MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS CON CERO SIETE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.132,07).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado – UPC-S de estas ciudades es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.122.570,80
1-4 años	0,8179	627.775,20
5-14 años	0,3267	250.758,00
15-18 años hombres	0,3847	295.275,60
15-18 años mujeres	0,6381	489.769,20
19-44 años hombres	0,6415	492.379,20
19-44 años mujeres	1,0154	779.364,00
45-49 años	1,0376	796.406,40
50-54 años	1,2973	995.734,80
55-59 años	1,5738	1.207.962,00
60-64 años	1,9465	1.494.025,20
65-69 años	2,4125	1.851.703,20
70-74 años	2,9424	2.258.424,00
75 años y mayores	3,6575	2.807.298,00

Artículo 14. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) fijada en el artículo 11 de la presente resolución, se le reconocerá una prima adicional al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por zona alejada del continente del 37.9% dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación - UPC-S anual de NOVECIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$920.383,20), que corresponde a un valor diario de DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.556,62).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.545.228,80
1-4 años	0,8179	752.781,60
5-14 años	0,3267	300.690,00
15-18 años hombres	0,3847	354.070,80
15-18 años mujeres	0,6381	587.296,80
19-44 años hombres	0,6415	590.425,20
19-44 años mujeres	1,0154	934.556,40
45-49 años	1,0376	954.990,00
50-54 años	1,2973	1.194.012,00
55-59 años	1,5738	1.448.499,60
60-64 años	1,9465	1.791.525,60
65-69 años	2,4125	2.220.426,00
70-74 años	2,9424	2.708.136,00
75 años y mayores	3,6575	3.366.302,40

Artículo 15. Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena – UPCDI. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 11 de la presente resolución, se le reconocerá un incremento del 4.81%, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, dando como resultado la suma anual de SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$699.534,00) que corresponde a un valor diario de MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON QUINCE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.943.15).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	1.934.492,40
1-4 años	0,8179	572.148,00
5-14 años	0,3267	228.538,80
15-18 años hombres	0,3847	269.110,80
15-18 años mujeres	0,6381	446.371,20
19-44 años hombres	0,6415	448.750,80
19-44 años mujeres	1,0154	710.305,20

45-49 años	1,0376	725.835,60
50-54 años	1,2973	907.506,00
55-59 años	1,5738	1.100.926,80
60-64 años	1,9465	1.361.642,40
65-69 años	2,4125	1.687.626,00
70-74 años	2,9424	2.058.307,20
75 años y mayores	3,6575	2.558.545,20

Artículo 16. Sobre el valor fijado en el artículo 15 de la presente resolución, se reconocerá una prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y corregimientos departamentales listados en el Anexo de la presente resolución, dando como resultado un valor anual de la UPCDI para girar a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, de SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$779.770,80) que corresponde a un valor diario de DOS MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS CON CERO TRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.166,03).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.156.378,40
1-4 años	0,8179	637.776,00
5-14 años	0,3267	254.750,40
15-18 años hombres	0,3847	299.977,20
15-18 años mujeres	0,6381	497.570,40
19-44 años hombres	0,6415	500.223,60
19-44 años mujeres	1,0154	791.780,40
45-49 años	1,0376	809.089,20
50-54 años	1,2973	1.011.596,40
55-59 años	1,5738	1.227.204,00
60-64 años	1,9465	1.517.824,80
65-69 años	2,4125	1.881.198,00
70-74 años	2,9424	2.294.398,80
75 años y mayores	3,6575	2.852.010,00

Artículo 17. Sobre el valor fijado en el artículo 15 de la presente resolución, se reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca,

Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio lo que corresponde a un valor anual de la UPCDI para girar a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI de OCHOCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$804.463,20) que corresponde a un valor diario de DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.234,62).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.224.663,20
1-4 años	0,8179	657.972,00
5-14 años	0,3267	262.818,00
15-18 años hombres	0,3847	309.477,60
15-18 años mujeres	0,6381	513.327,60
19-44 años hombres	0,6415	516.063,60
19-44 años mujeres	1,0154	816.850,80
45-49 años	1,0376	834.710,40
50-54 años	1,2973	1.043.629,20
55-59 años	1,5738	1.266.062,40
60-64 años	1,9465	1.565.888,40
65-69 años	2,4125	1.940.767,20
70-74 años	2,9424	2.367.054,00
75 años y mayores	3,6575	2.942.323,20

Capítulo III

Disposiciones aplicadas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado

Artículo 18. Para efectos de lo dispuesto en la presente resolución continuará por dos (2) años, esto es por las vigencias 2017 y 2018, la prueba piloto de igualación de prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado al Contributivo en las Ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y de Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, manteniendo las condiciones de dicho régimen, entendiéndose para el efecto, por prima pura de UPC aquella que resulta de descontar de la misma los gastos de administración en uno u otro régimen.

Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes para el mantenimiento de las pruebas piloto de igualación de prima pura del Régimen Subsidiado al Contributivo, el envío de la información que para el efecto defina la Dirección de Regulación de

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, de manera oportuna y con calidad, así:

- 18.1 La información de la vigencia respectiva se enviará cada cuatrimestre discriminando la misma en forma mensual; el plazo para su envío se extenderá hasta la cuarta semana del mes siguiente al vencimiento del cuatrimestre respectivo.
- 18.2 Para vigencias subsiguientes se mantendrá la misma periodicidad señalada anteriormente, en tanto dure la prueba piloto respectiva.

Parágrafo 1. La calidad en el reporte de la información entregada por cada EPS, deberá atender el instructivo que para el efecto defina la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Parágrafo 2. El incumplimiento de los plazos estipulados en este artículo dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quien previo a garantizar el debido proceso, determinará la viabilidad de imponer sanciones.

Artículo 19. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación de la prueba piloto Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2017, en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y en Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, en la suma de OCHOCIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$801.788,40), que corresponde a un valor diario de DOS MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON DIECINUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.227,19).

La estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para la prueba piloto de la que trata el presente artículo, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
Menores de un año	2,7654	2.217.265,20
1-4 años	0,8179	655.783,20
5-14 años	0,3267	261.943,20
15-18 años hombres	0,3847	308.448,00
15-18 años mujeres	0,6381	511.621,20
19-44 años hombres	0,6415	514.346,40
19-44 años mujeres	1,0154	814.136,40
45-49 años	1,0376	831.934,80
50-54 años	1,2973	1.040.158,80
55-59 años	1,5738	1.261.854,00
60-64 años	1,9465	1.560.682,80
65-69 años	2,4125	1.934.316,00

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL
70-74 años	2,9424	2.359.180,80
75 años y mayores	3,6575	2.932.542,00

Artículo 20. Las ciudades de Bogotá D.C., Medellín, Santiago de Cali y de Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario y los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, podrán cofinanciar la prueba piloto de que trata la presente resolución con recursos propios o con los definidos en el numeral 5 del artículo 2 de la Ley 1608 de 2012. Para el efecto, este Ministerio a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial revisará conjuntamente con las entidades territoriales los planes financieros de salud, con el fin de evaluar la posibilidad de cofinanciar la prueba piloto en las vigencias 2017 y 2018.

Artículo 21. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas que integran la red prestadora de servicios de las Entidades Promotoras de Salud – EPS del Régimen Subsidiado y de las entidades territoriales en donde se desarrolla la prueba piloto, tendrán las siguientes responsabilidades:

21.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- 21.1.1 Suscribir con la Entidad Promotora de Salud - EPS contratante, el compromiso de recaudo y gestión de la información solicitada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- 21.1.2 Entregar a la Entidad Promotora de Salud - EPS Subsidiada contratante, la información correspondiente, con suficiente antelación para que ésta cumpla con los plazos de reporte de información a este Ministerio.

21.2 Entidad territorial

- 21.2.1 Gestionar el envío de la información por parte de las IPS a las EPS -S, garantizando que las Empresas Sociales del Estado – ESE que tengan contratos con las EPS -S de su jurisdicción, remitan la información con calidad a las EPS -S respectivas. Para el efecto, en las sesiones de juntas directivas el alcalde o gobernador, deberá considerar el tema, dejando constancia en el acta de sesión de la respectiva reunión, que servirá como prueba de la gestión realizada.
- 21.2.2 Enviar los soportes y actos administrativos que determinen la fuente de financiación y los compromisos presupuestales respectivos, en caso de cofinanciar la prueba piloto con recursos propios o con los definidos en el numeral 5 del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.
- 21.2.3 Enviar los demás informes que le sean requeridos por la Dirección de Regulación, de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio.

Capítulo IV Reporte de información

Artículo 22. Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar – CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y los demás actores y agentes del Sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto.

Artículo 23. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación –UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

La información sobre los servicios y tecnologías en salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada para el 2016 según la normativa vigente y aplicable en el momento del reporte, así:

- En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas modificatorias.
- En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto Resolución 4678 de 2015, 5975 de 2016 y demás normas modificatorias.

Artículo 24. Los actores y agentes del SGSSS, reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios y seguimiento de UPC, en las siguientes fechas:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Prueba Piloto – Igualación de Primas	Febrero	1. Mayo de 2017 2. Septiembre de 2017 3. Enero 2018	Cuatrimestral – Discriminado de manera mensual
Monitoreo de Tecnologías en Salud	Febrero	1. Abril de 2017 2. Julio de 2017 3. Octubre de 2017 4. Enero 2018	Trimestral – Discriminado de manera mensual

Parágrafo 1. Lo anterior sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad la información complementaria que a juicio se considere necesaria para la elaboración de estudios y reportes.

Parágrafo 2. Una vez recibida la información se realizarán los procesos de calidad y

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, a efectos de recibir justificaciones y aclaraciones de ser necesario.

Artículo 25. Los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC se realizarán con las bases de información que se encuentren disponibles.

Capítulo V

Disposiciones finales

Artículo 26. El valor del incremento de la Unidad de Pago por Capitación – UPC deberá reflejarse en la contratación entre las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como las demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC con su respectiva red de prestadores de servicios de salud.

Artículo 27. La presente resolución modifica el artículo 1º del Acuerdo 026 de 2011, rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos a partir del 1º de enero de 2017.

Ver anexo en la página www.minsalud.gov.co

V. CONCEPTOS

Bogotá D.C.

URGENTE

Asunto: Pago de incapacidades a Ediles

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una serie de interrogantes relacionados con el pago de prestaciones económicas a los Ediles, derivadas de enfermedad común, licencias de maternidad y/o paternidad y accidente laboral. Al respecto, previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

En primer lugar, es importante indicar que de conformidad con lo previsto en el artículo 42 de la Ley 1551 de 2012⁹⁸, modificatorio del artículo 119 de la Ley 136 de 1994⁹⁹, los Alcaldes garantizarán la seguridad social en salud y riesgos laborales a los Ediles, en los siguientes términos:

“(...)

Artículo 42. Artículo [119](#) de la Ley 136 de 1994 quedará así:

Artículo 119. Juntas Administradoras Locales. *En cada una de las comunas o corregimientos habrá una Junta Administradora Local, integrada por no menos de tres (3) ni más de nueve (9) miembros, elegidos por votación popular para períodos de cuatro (4) años que deberán coincidir con el período del alcalde y de los Concejos Municipales.*

Los miembros de las Juntas Administradoras Locales cumplirán sus funciones ad honorem.

Parágrafo 1º. *En aquellos municipios cuya población sea superior a cien mil (100.000), los Alcaldes garantizarán la seguridad social en salud y riesgos profesionales de los ediles, con un ingreso base de cotización de un (1) salario mínimo legal mensual vigente y sin que esto implique vinculación laboral con la entidad territorial, a través de la suscripción de una Póliza de Seguros con una compañía reconocida oficialmente de conformidad con el reglamento que para tal efecto expida el Concejo Municipal. En materia pensional los miembros de las Juntas Administradoras Locales gozarán de los beneficios establecidos por el artículo 26 de la Ley 100 de 1993. También deberá suscribirles una Póliza de vida en los términos del artículo 68 de la Ley 136 de 1994. (La negrilla es nuestra)*

(...)”

⁹⁸ Por la cual se dictan normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.

⁹⁹ Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.

En tal sentido, se puede colegir que el legislador le impuso al ente territorial de orden municipal, cuya población sea superior a cien mil (100.000) habitantes, la obligación de garantizar el cubrimiento de la seguridad social en salud y riesgos laborales a los Ediles, con un ingreso base de cotización de un (1) salario mínimo legal mensual vigente (smlmv), significando lo anterior, que al hacer alusión al termino: *“ingreso base de cotización...”, sin que implique vinculación laboral con la entidad territorial*”, implica necesariamente que los aportes de dichos servidores públicos a los Sistemas de Seguridad Social en Salud – SGSSS y Riesgos Laborales, deben efectuarse en calidad de trabajador independiente.

Así las cosas, en cuanto al tema de las incapacidades, la Ley 100 de 19931 en su artículo 206 establece que el Régimen Contributivo del SGSSS, reconocerá las incapacidades generadas en Enfermedad General, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

Así mismo, el artículo 2.1.1.3 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2015 del Sector Salud y Protección Social, consagra en favor de los afiliados al régimen contributivo, el derecho a acceder tanto a los servicios de salud del plan de beneficios del mencionado sistema, como a obtener las prestaciones económicas.

Atendiendo lo anterior, las EPS deberán proceder al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas derivadas de incapacidad de origen común en la medida que el afiliado cotizante cumpla con lo previsto en el artículo 2.1.13.4 del Decreto 780 de 2016, así:

“(…)

Artículo 2.1.13.4 Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.

(…)”

Aclarado lo anterior, frente a la primera pregunta de su consulta relacionada con: *¿tienen los ediles el derecho a reclamar dicha prestación económica sabiendo que no perciben ningún tipo de remuneración?*, se debe precisar, que la Ley 1551 de 2012, le impuso a la entidad territorial cuya población sea superior a cien mil (100.000) habitantes, la obligación de vincular a los Ediles, al SGSSS y Riesgos Laborales, situación ésta, que no genera relación laboral entre las partes, pero le confiere el derecho al afiliado de gozar de la cobertura integral en salud y de las prestaciones económicas descritas en el artículo 206 de de la Ley 100 de 1993.

De otra parte, en relación con el segundo interrogante acerca de: *¿Porque la entidad territorial no reclama dicha prestación, toda vez que es quien realiza el 100% del aporte?*, es importante resaltar que, en virtud de lo establecido artículo 24 del Decreto 4023 de 2011, compilado en el artículo 2.2.3.1¹⁰⁰, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el pago de las prestaciones económicas será realizado directamente por la EPS y EOC al aportante, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de estas entidades.

Ahora bien, en cuanto a la tercera inquietud, acerca de: *¿Cómo opera el trámite de reconocimiento en caso de accidente laboral, licencia de maternidad y enfermedad general?*, a continuación, brevemente se relaciona el trámite de cada una de estas novedades, así:

I. INCAPACIDAD LABORAL DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL.

Al respecto, se debe tener en cuenta que el artículo 3 de la Ley 1562 de 2012¹⁰¹, define accidente de trabajo como: *“todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo...”* y artículo 4 ibídem, refiere que la enfermedad laboral es: *“la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar...”*.

Hecha la anterior aclaración, es pertinente resaltar que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002¹⁰², dispuso que tanto las prestaciones asistenciales como las económicas, derivadas accidente de trabajo o enfermedad profesional, estarán a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales – ARL, en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el suceso o requerir la atención.

¹⁰⁰ Artículo 2.2.3.1. Pago de prestaciones económicas. A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

Parágrafo 1°. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el trámite 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 1281 de 2002.

Parágrafo 2°. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, 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.

¹⁰¹ Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

¹⁰² Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

En el mismo sentido, el artículo 3 ibídem, prevé que el monto de las prestaciones económicas causadas por dicha incapacidad, serán del cien por ciento (100%) del salario base de cotización del afiliado, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte.

De otra parte, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto – Ley 1295 de 1994¹⁰³, la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que deberán ser prestados por las ARL; en consecuencia, las ARL reembolsará a la EPS, las prestaciones asistenciales que haya brindado al afiliado.

II. LICENCIA DE MATERNIDAD

En términos generales, el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad, se encuentra regulada en Libro 2 Parte 1 Título 13 del Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, dentro del cual se establecen los lineamientos que deben observar las afiliadas al SGSSS, para acceder a dicha prestación económica, tal como lo prevé el artículo 2.1.13.1, así:

1. Haber efectuado los aportes por el tiempo del periodo de gestación.
2. Cuando la afiliada independiente hubiere realizado los aportes al SGSSS, en un periodo inferior al de la gestación, su reconocimiento y pago será proporcional al número de días cotizados respecto al periodo real de gestación.
3. La falta de pago oportuno de los aportes al SGSSS, no afecta el reconocimiento y pago de dicha prestación, en la medida en que a la fecha del parto se hubiere realizado el pago total de los aportes con los intereses moratorios.

De otra parte, específicamente frente a la trabajadora independiente, que percibe un salario mínimo mensual legal vigente, en el artículo 2.1.13.2, están dadas las pautas que deben cumplir para obtener el reconocimiento y pago de dicha prestación económica, en los siguientes términos:

“(…)

79.1. Cuando ha dejado de cotizar hasta por dos períodos procederá pago de la licencia.

79.2. Cuando ha dejado de cotizar por más de dos períodos procederá el pago proporcional de la licencia en un monto equivalente al número de días cotizados que correspondan frente al período real de gestación.

(…)”

¹⁰³ Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Así las cosas, se puede concluir que para la trabajadora independiente que hubiere cotizado por un periodo inferior al periodo total de la gestación, el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad será proporcional al número de días cotizados, quien deberá el efectuar el trámite de cobro de dicha prestación económica ante la EPS o ante la Entidad Obligada a Compensar.

III. LICENCIA DE PATERNIDAD

En relación al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas derivadas de la licencia de paternidad, es del caso traer a colación lo dispuesto en el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, el cual lo define así:

“(…)

Artículo 2.1.13.3 Licencia de paternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de paternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación de la madre y no habrá lugar al reconocimiento proporcional por cotizaciones cuando hubiere cotizado por un periodo inferior al de la gestación.

*En los casos en que durante el periodo de gestación, el empleador del afiliado cotizante o **el trabajador independiente** no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones habrá lugar al reconocimiento de la licencia de paternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación. (Subrayado nuestro)*

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

(…)”

Finalmente, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se concluye, que sobre la entidad territorial con población superior a cien mil (100.000) habitantes, recae la obligación de afiliar a los Ediles al SGSSS y Riesgos Laborales y que como consecuencia de dicha afiliación adquieren la condición de cotizantes, lo que le permite gozar de la cobertura integral frente a las contingencias, que menoscaban la salud y la capacidad económica, mediante la prestación de servicios de salud y el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, derivadas de enfermedad común, licencias de maternidad y/o paternidad y accidente laboral.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁰⁴.

¹⁰⁴ 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.

Bogotá D.C.

URGENTE

Asunto: Período de representante de asociación de usuarios ante la Junta Directiva de una ESE
- Radicado Minsalud 201642402479692.

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta acerca del período del representante de asociación de usuarios ante la Junta Directiva del Hospital Rosario Pumarejo de Lopez ESE, teniendo en cuenta el concepto No 101291 de 2014, emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, nos permitimos indicar:

La sección quinta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado en sentencia del 16 de octubre de 2003 del Magistrado ponente Darío Quiñones Padilla, señaló respecto al período de representante de los usuarios de una ESE de II o III nivel de atención, lo siguiente:

“ (...)

Es indudable que en relación con el período de los representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios en las juntas directiva de las empresas sociales del Estado existe una contradicción normativa, por lo que debe definirse cual es la aplicable al caso. Para ello es necesario acudir a las reglas de interpretación de la ley previstas en los artículos 72 del Código Civil, 2 y 3 de, la Ley 153 de 1887.

En efecto, al tenor de lo dispuesto en los artículos 72 del Código Civil y 2 de la Ley 153 de 1887 la ley posterior prevalece sobre la ley anterior. Sin embargo, en este asunto ocurre que los Decretos 1876 y 1757 de 1994 fueron expedidos y publicados en mismo día, pues se expidieron el 3 de agosto de ese año y se publicaron el 5 de agosto siguiente, por lo que el único criterio que puede servir como fundamento para definir cual es posterior es el número del diario oficial en el que se publicaron. Así, el Decreto 1876 de 1994 aparece publicado en un número posterior, pues fue publicado en el Diario Oficial número 41480, mientras que el Decreto 1757 de 1994 lo fue en el Diario Oficial número 4177. Por ello, podría decirse que el Decreto 1876 de 1994 es posterior, y por ende, debe aplicarse.

No obstante lo anterior, se tiene que el artículo 3 de la Ley 153 de 1887 señala otra regla de interpretación, según la cual una ley especial prima sobre la ley general. Con base en ello, se encuentra que el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994 es norma especial mientras que el artículo 9 del Decreto 1876 de 1994 es norma general, pues la primera regula específicamente el período de los representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios en las juntas directivas de las empresas sociales del Estado, mientras que la segunda regula de manera general el período para todos los miembros de esas juntas. Por ello, la norma aplicable sería el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994.

(...)

Así las cosas, se tiene que para los miembros de las juntas directivas de las empresas sociales del Estado existen dos períodos diferentes. El primero, específicamente señalado en dos (2) años para los

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios, establecido en el artículo 12 del Decreto 1757 de 1994 y, el segundo, de tres (3) años para los demás miembros de la junta directiva de las empresas sociales del Estado, según la regla general establecida en el artículo 9 del Decreto 1876 de 1994. Luego, se concluye que el período del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios en la junta directiva del Hospital San Bernardo del Municipio de Filadelfia es de dos (2) años.”

(...)”

En razón a lo anteriormente expuesto, este Ministerio emitió concepto con radicado número 201411200389921 de fecha 27 de marzo de 2014 (se adjunta en seis folios), en el cual aclara lo concerniente a los representantes de la Asociación de usuarios ante la junta directiva de una Empresa Social del Estado, y precisa entre otras que el período que deben ejercer es de dos (2) años, y no de tres (3) años como lo expresa el concepto emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”

Bogotá D.C.

URGENTE

Asunto: Pago de incapacidad superior a 180 días.
Radicado Minsalud 201642302455662

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta acerca de quien es la entidad encargada de pagar las incapacidades por enfermedad general superior a 540 días de forma continúa. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, nos permitimos señalar:

En primer lugar, es importante resaltar que la Ley 100 de 1993¹⁰⁶ en su artículo 206, establece que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, reconocerá las incapacidades generadas en Enfermedad General, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

En tal sentido, durante los períodos de incapacidad derivada por enfermedad general, el afiliado cotizante percibe un auxilio monetario a cargo del SGSSS, que se liquida con base en el salario que devenga, a razón de las 2/3 partes por los primeros 90 días, y 1/2 por los otros 90. (Artículo 227¹⁰⁷ del Código Sustantivo del Trabajo).

De otra parte, los incisos 5 y 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012¹⁰⁸, que modifica el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, a su vez modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, establece:

“(...)

¹⁰⁶ “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones”.

¹⁰⁷ “**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”.

¹⁰⁸ Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

(...)"

De conformidad con la normas en cita, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el reconocimiento y pago de incapacidades por contingencias **de origen común**, para los afiliados cotizantes **es hasta por el termino de 180 días a cargo de la EPS, y cuando exista concepto favorable de rehabilitación por parte de dicha entidad, la Administradora de Fondos de Pensiones - AFP postergará el trámite de Calificación de Invalidez, hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario, adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la EPS, caso en el cual, se otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía percibiendo.**

En este orden de ideas, si bien es cierto la EPS no estaría obligada a reconocer una incapacidad superior a ciento (180) días, dicha entidad estará sujeta al deber de reconocer un subsidio equivalente a la incapacidad que venía asumiendo, en el evento de no haber expedido el concepto de rehabilitación con destino a la AFP, tal y como lo prevé para el efecto el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, a título de sanción.

En ese sentido, la Corte Constitucional ha señalado referentes normativos en relación con el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común superiores a 180 días, tal como expone en la Sentencia T – 333 de junio 11 de 2013, Magistrado Ponente: LUIS ERNESTO VARGAS SILVA:

“Así, vistas las modificaciones que introdujo el Decreto Ley 19, la Sala encuentra que el esquema de responsabilidades de los actores del SGSSI en el reconocimiento y pago de las incapacidades laborales de origen común sigue siendo el mismo, con una salvedad, relativa a que las EPS asumirán por cuenta propia el pago de las incapacidades laborales superiores a 180 días, cuando retrasen la emisión del concepto médico de rehabilitación. Las pautas normativas vigentes en la materia son, por lo tanto, las siguientes:

- ✓ *El pago de las incapacidades laborales de origen común iguales o menores a tres días corre por cuenta del empleador (Decreto 1409 de 1999, artículo 40, parágrafo 1)¹⁰⁹.*
- ✓ *Las incapacidades por enfermedad general que se causen desde entonces y hasta el día 180 deben ser pagadas por la EPS (Ley 100 de 1993, artículo 206). En todos los casos, corresponde al empleador adelantar el trámite para el reconocimiento de esas incapacidades (Decreto Ley 19 de 2012, artículo 121).*
- ✓ *La EPS deberá examinar al afiliado y emitir, antes de que se cumpla el día 120 de incapacidad temporal, el respectivo concepto de rehabilitación. El mencionado concepto deberá ser enviado a la AFP antes del día 150 de incapacidad (Decreto Ley 19 de 2012, artículo 142).*
- ✓ *Una vez reciba el concepto de rehabilitación favorable, la AFP deberá postergar el trámite de calificación de la invalidez hasta por 360 días adicionales, reconociendo el pago de las incapacidades causadas desde el día 181 en adelante, hasta que el afiliado restablezca su salud o hasta que se dictamine la pérdida de su capacidad laboral (Decreto 2463 de 2001, artículo 23).*
- ✓ *Si el concepto de rehabilitación no es expedido oportunamente, será la EPS la encargada de cancelar las incapacidades que se causen a partir del día 181. Dicha obligación subsistirá hasta la fecha en que el concepto médico sea emitido.*
- ✓ *Si el concepto de rehabilitación no es favorable, la AFP deberá remitir el caso a la junta de calificación de invalidez, para que esta verifique si se agotó el proceso de rehabilitación respectivo y, en ese caso, califique la pérdida de la capacidad laboral del afiliado. Si esta es superior al 50% y el trabajador cumple los demás requisitos del caso, la AFP deberá reconocer la pensión de invalidez respectiva. Si es menor del 50%, el trabajador deberá ser reintegrado a su cargo, o reubicado en uno acorde con su situación de incapacidad." (subrayado fuera de texto).*

Ahora bien, respecto de incapacidades que puedan llegar a superar los 540 días continuos, la Ley 1753 de 2015¹¹⁰, en su artículo 67, al señalar la destinación de los recursos que debe operar la entidad que administrará los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, indicó:

(...)

¹⁰⁹ Parágrafo 1 modificado por el artículo 1 del Decreto 2943 de 2013, hoy compilado en el artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 De 2016, el que establece que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran a cargo del respectivo empleador las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día. Así mismo, en el Sistema General de Riesgos Laborales, las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral. Lo anterior, tanto en el sector público como en el privado.

¹¹⁰ Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

“Estos recursos se destinarán a:

a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.

(...)” (Negrita fuera de texto)

Conforme con lo expuesto, la responsabilidad para el pago del auxilio de incapacidad a la que refiere su consulta, recaerá en las entidades a que refiere la normativa transcrita y la Corte Constitucional en el fallo ya indicado; con relación a lo previsto en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015¹¹¹, que dispone la asunción de esa prestación por parte de las EPS, este no ha sido reglamentado.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹¹².

¹¹¹ “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

¹¹² Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”

Bogotá D.C.,

ASUNTO: Cobro de fotocopias por parte de los Tribunales Éticos de Enfermería
Radicado 201542300032862

Señora,

Proveniente de la Secretaría de Salud de Bogotá, D.C, recibimos mediante el radicado del asunto, su solicitud, mediante la que previas consideraciones respecto de la normativa regente en materia de los tribunales éticos de enfermería, su financiación y ritualidades a observar en los procesos ético – disciplinarios que se adelantan contra los profesionales en enfermería, formula una serie de inquietudes relacionadas con el cobro de fotocopias por parte de dichos tribunales, las cuales procederemos a absolver en el mismo orden en que se formulan, no sin antes señalar que parte de la normativa en que sustenta sus peticiones (Decretos 196 de 1971 y 1400 de 1970, ha perdido vigencia por Leyes como la 1123 de 2007 y 1564 de 2012, respectivamente).

Aclarado lo anterior, nos pronunciamos, así:

1 y 2 – La Ley Estatutaria 1712 de 2014, consagró el Derecho de Acceso a la Información Pública como un derecho fundamental que tienen todas las personas para conocer de la existencia y acceder a la información pública que se encuentre en posesión o bajo control de los sujetos obligados, de los que hacen parte las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas, que ejerzan función pública o presten servicios públicos, respecto de la información directamente relacionada con tal actividad.

En su artículo 3º se enlistaron los diferentes principios que deben orientar la interpretación del derecho de acceso a la citada información, dentro de los que se contempla el de “gratuidad”, a cuyo tenor **“el acceso a la información pública es gratuito y no se podrá cobrar valores adicionales al costo de reproducción de la información.”** (Negrillas y subrayas ajenas al texto original).

Ahora bien, la mencionada ley fue reglamentada mediante Decreto 103 de 2015, que prevé:

Artículo 21. Motivación de los costos de reproducción de información pública. Los sujetos obligados deben determinar, motivadamente, mediante acto administrativo o documento equivalente según el régimen legal aplicable, los costos de reproducción de la información pública, individualizando el costo unitario de los diferentes tipos de formato a través de los cuales se puede reproducir la información en posesión, control o custodia del mismo, y teniendo como referencia los precios del lugar o zona de domicilio del sujeto obligado, de tal forma que estos se encuentren dentro de parámetros del mercado.

El acto mediante el cual se motiven los valores a cobrar por reproducción de información pública debe ser suscrito por funcionario o empleado del nivel directivo y

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

debe ser divulgado por el sujeto obligado, conforme a lo establecido en el artículo 4° del presente decreto.

Parágrafo 1°. *Para establecer los costos de reproducción de información, el sujeto obligado debe tener en cuenta que la información pública puede ser suministrada a través de los diferentes medios de acuerdo con su formato y medio de almacenamiento, entre ellos: fotocopias, medios magnéticos o electrónicos, memorias USB, Discos Compactos, DVD u otros que permitan reproducción, captura, distribución, e intercambio de información pública.*

(...)” (Negrillas ajenas al texto original).

Por su parte, la Ley 1755 de 2015, a través de la que se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, al tenor de su artículo 29 se pronuncia sobre la reproducción de documentos, señalando:

“(...) En ningún caso el precio de las copias podrá exceder el valor de la reproducción. Los costos de la expedición de las copias correrán por cuenta del interesado en obtenerlas”.

El valor de la reproducción no podrá ser superior al valor comercial de referencia en el mercado”.

De la normativa hasta aquí transcrita se colige la viabilidad y pertinencia de que los “sujetos obligados”¹¹³, cobren los costos de reproducción de documentos públicos, generados por la

¹¹³ “Artículo 5° del Decreto 103 de 2015. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Artículo corregido por el artículo 1 del Decreto 1494 de 2015. El nuevo texto es el siguiente: Las disposiciones de esta ley serán aplicables a las siguientes personas en calidad de sujetos obligados:

a) *Toda entidad pública, incluyendo las pertenecientes a todas las Ramas del Poder Público, en todos los niveles de la estructura estatal, central o descentralizada por servicios o territorialmente, en los órdenes nacional, departamental, municipal y distrital.*

b) *Los órganos, organismos y entidades estatales independientes o autónomos y de control.*

c) *Las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.*

d) *Cualquier persona natural, jurídica o dependencia de persona jurídica que desempeñe función pública o de autoridad pública, respecto de la información directamente relacionada con el desempeño de su función.*

expedición de medios como las fotocopias, previendo como limitante que para el efecto, no se podrán facturar valores adicionales al costo de reproducción de la información.

3 – De conformidad con lo establecido por el artículo 21 del Decreto 103 de 2015, los sujetos obligados, acepción ésta definida por el artículo 5º ibídem, ya transcrito, son los llamados a determinar mediante acto administrativo debidamente motivado o el documento equivalente según el régimen legal aplicable, los costos de reproducción de la respectiva información pública.

Ahora, el artículo 11 de la Ley 266 de 1996 se pronuncia sobre las funciones del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, previendo al tenor de su numeral 9º la de “*Crear y reglamentar la creación de los Tribunales de Ética de Enfermería Departamentales*”

Por su parte, la Ley 911 de 2004¹¹⁴, en el Capítulo I regula lo inherente al objeto y competencia de los tribunales éticos de enfermería, disponiendo:

ARTÍCULO 39. *El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento. (...)*

ARTÍCULO 40. *El Tribunal Nacional Ético de Enfermería actuará como órgano de segunda instancia en los procesos disciplinarios ético-profesionales y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, conocerán los procesos disciplinarios ético-profesionales en primera instancia”. (Negrillas ajenas al texto original).*

De la normativa anteriormente transcrita no se evidencia previsión alguna que en específico determine la autoridad que tendría que expedir la regulación respecto de la materia en cuestión (costos de reproducción de documentos generados por la expedición de medios como las fotocopias), vale decir, si ello tendría que hacerlo el Tribunal Nacional Ético de Enfermería o los tribunales departamentales.

Sin embargo, se encuentra que el artículo 39 de la Ley 911 de 2004, contempla como función de éstos últimos tribunales, la de dictarse su propio reglamento, por lo que se entendería que si dentro de su estructura está prevista una parte administrativa, que como tal, se encargue de definir y ejecutar los aspectos relacionados con la gestión y operatividad de tales órganos, serán éstos los llamados a adoptar la regulación en comento.

(...)”

¹¹⁴ “*Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*”.

Al punto, no debe perderse de vista que el artículo 21 del Decreto 103 de 2015, contempla como criterio para la fijación del costo de la reproducción de los documentos *“los precios del lugar o zona del domicilio del sujeto obligado, de tal forma que estos se encuentren dentro de parámetros del mercado”*, de lo que se tendría que la determinación de tales costos, ha de encontrar relación de proporcionalidad con los de la respectiva zona del domicilio del sujeto obligado y por tanto, que se trata de una labor que debe adelantarse regionalmente.

Ahora, respecto de la forma como habrá de adoptarse la decisión que fije los costos de reproducción, el mencionado artículo 21 dispone que ello se hará *“(...) motivadamente, mediante acto administrativo o documento equivalente según el régimen legal aplicable (...)”*.

Finalmente, en lo que respecta a la naturaleza de los recursos que se obtengan por concepto de los costos de reproducción de los documentos públicos, es pertinente señalar que en cuanto los tribunales de ética, para el caso, el de enfermería, ejerce función pública, los recursos que se recauden por dicho concepto, tendrán igualmente la connotación de públicos.

De esta forma se da respuesta a su solicitud, la cual tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹¹⁵.

¹¹⁵ *“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”*.

Bogotá D.C.,

ASUNTO: Cumplimiento de meta de resultado incluida en el Plan de Desarrollo
Municipal
Radicado No. 201542301009162

Doctora,

Hemos recibido el radicado del asunto, mediante el que se solicita concepto encaminado a determinar si esa secretaría de salud es competente para dar cumplimiento a ordenanzas y de ser así, indicar la base o fundamento jurídico para cumplir con determinada meta de resultado, contemplada en el plan de desarrollo de ese municipio.

Como antecedentes de la solicitud, se señala que de conformidad con el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, en materia de salud, a los entes territoriales municipales les corresponde “*Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción*”, así como “*identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado*”, acorde con lo estatuido en sus numerales 44.1 y 44.2, respectivamente.

Bajo ese contexto, también resalta que en el mencionado plan de desarrollo se contempla una meta de resultado, consistente en equipar con la infraestructura técnica necesaria (ambulancias, computadores, equipos de reanimación, tecnologías de comunicaciones, etc), a la Unidad de Reacción Inmediata en Salud – Defensor del Paciente, cuestiones éstas que motivan su solicitud de concepto.

Sobre el particular, nos permitimos señalar:

En primer lugar, debe resaltarse que los planes de desarrollo tanto de carácter nacional, como territorial, tienen fundamento constitucional.

Es así como el artículo 339 de la Constitución Política, modificado por el artículo 2º del Acto Legislativo 3 de 2011, frente a los planes de desarrollo de carácter territorial, dispone:

“(…)

Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

Por su parte, la Ley 152 de 1994, mediante la que se establece la “*Ley Orgánica del Plan de Desarrollo*”, prevé:

Artículo 3º.- Principios Generales. Los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación son:

*a) Autonomía. **La Nación y las entidades territoriales ejercerán libremente sus funciones en materia de planeación con estricta sujeción a las atribuciones que a cada una de ellas se les haya específicamente asignado en la Constitución y la ley, así como a las disposiciones y principios contenidos en la presente Ley Orgánica; (...)***

Artículo 32º.-

*Alcance de la planeación en las entidades territoriales. **Las entidades territoriales tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les han atribuido la Constitución y la Ley. (...)***

(...)

Artículo 38.

Los planes de las entidades territoriales. Se adoptarán con el fin de garantizar el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de sus funciones. La concertación de que trata el artículo 339 de la Constitución procederá cuando se trate de programas y proyectos de responsabilidad compartida entre la Nación y las entidades territoriales, o que deban ser objeto de cofinanciación.

(...)

Artículo 40º.-

Aprobación. Los planes serán sometidos a la consideración de la Asamblea o Concejo dentro de los primeros cuatro (4) meses del respectivo período del Gobernador o Alcalde para su aprobación. La Asamblea o Concejo deberá decidir sobre los Planes dentro del mes siguiente a su presentación y si transcurre ese lapso sin adoptar decisión alguna, el Gobernador o alcalde podrá adoptarlos mediante decreto. (...)" (Negritas ajenas al texto original).

Como se observa de la normativa hasta aquí expuesta, las entidades territoriales se encuentran revestidas de autonomía en materia de planeación del desarrollo económico y social, en el marco de sus competencias, recursos y responsabilidades que se les hayan asignado constitucional y legalmente.

Así las cosas, se tiene que al amparo de las potestades constitucionales, en especial, de las conferidas por los artículos 318 y 339, así como de las legales (Ley 152 de 1994), el Concejo Municipal de Ibagué, mediante Acuerdo 04 del 23 de mayo de 2012, adoptó el mencionado plan

de desarrollo, contentivo entre otros, del programa a que refiere el escrito del asunto y de la meta de resultado por cuyo cumplimiento se indaga.

En ese orden y como quiera que el referido plan de desarrollo fue adoptado conforme con precisas facultades tanto de índole constitucional, como legal de que se encontraba investido el Concejo de Ibagué, es claro que no tendría este Ministerio competencia para interferir o enervar los efectos del mencionado acuerdo y con él, de los diferentes programas de gobierno y metas allí contempladas, independientemente de que refieran a acciones relacionadas con temas de salud a nivel territorial, más aún si se tiene en cuenta que se está ante actos administrativos que gozan de la presunción de legalidad que les es inherente y que se tornan obligatorios mientras no sean anulados o suspendidos por la jurisdicción contenciosa administrativa.

Ahora, no está por demás señalar que conforme con lo preceptuado por las normas constitucionales y legales ya enunciadas, la finalidad de la formulación de los planes de desarrollo se encamina entre otros, a asegurar el uso eficiente de los recursos, de lo que se entendería que cuando dichos planes se estructuran y aprueban, se han consultado y previsto las fuentes con que se financiarán los diferentes proyectos y programas allí incluidos.

Al punto, también debe señalarse que en la financiación de los servicios de salud, confluyen diversas fuentes como lo son Sistema General de Participaciones – SGP y recursos propios de las entidades territoriales, a partir de lo cual, es claro que éstos últimos bien podrían financiar proyectos encaminados a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud de la respectiva jurisdicción.

En conclusión, no le asiste facultad a este Ministerio para determinar vía concepto si un ente territorial debe o no dar cumplimiento a ordenanzas o acuerdos que les impongan deberes y menos aún, cuando como se señaló, se está ante actos administrativos revestidos de presunción de legalidad y llamados a producir efectos jurídicos hasta tanto no sean anulados o suspendidos por la jurisdicción contenciosa administrativa.

De esta forma se da respuesta a su solicitud, la cual tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹¹⁶.

¹¹⁶ “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”.

Bogotá D.C.,

URGENTE

ASUNTO: Solicitud de concepto sobre inhabilidad miembro de Junta Directiva - Radicado: 201642302215552

Respetado:

Hemos recibido su consulta acerca de si el representante legal de una empresa contratista del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. que maneja negocios crediticios de libranza, puede ser miembro de la Junta directiva de la Entidad como representante de los usuarios. De igual forma, la institución que usted representa allega concepto emitido por la abogada externa del Sanatorio sobre el particular, que había sido solicitado por este Despacho mediante oficio 201611601936301 de octubre 13 de 2016, el cual es acertado frente al cuestionamiento planteado. Al respecto, nos permitimos señalar frente a su consulta lo siguiente:

I. Marco Normativo.

a) Constitución Política:

“ARTICULO 127. Modificado por el art. 1, Acto Legislativo 2 de 2004. Los servidores públicos no podrán celebrar, por sí o por interpuesta persona, o en representación de otro, contrato alguno con entidades públicas o con personas privadas que manejen o administren recursos públicos, salvo las excepciones legales. (subrayas fuera de texto)

(...)”

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

“Artículo 102°.- Inhabilidades e incompatibilidades. Los representantes legales y los miembros de los consejos y juntas directivas de los establecimientos públicos, de las empresas industriales y comerciales del Estado y de las sociedades de economía mixta en las que la Nación o sus entidades posean el noventa por ciento (90%) o más de su capital social y de las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios, estarán sujetos al régimen de inhabilidades, incompatibilidades, y responsabilidades previstas en el Decreto 128 de 1976 y demás normas que lo modifiquen o adicionen” (subrayas fuera de texto)

c) Ley 734 de 2002, por la cual se expide el Código Disciplinario Único.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

“Artículo 40. Conflicto de intereses. Todo servidor público deberá declararse impedido para actuar en un asunto cuando tenga interés particular y directo en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tuviere su cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho.

Cuando el interés general, propio de la función pública, entre en conflicto con un interés particular y directo del servidor público deberá declararse impedido.” (subrayas fuera de texto)

- d) Decreto Ley 128 de 1976, por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las juntas directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de estas.**

“Artículo 14°.- De las incompatibilidades de los miembros de las juntas y de los gerentes o directores. Los miembros de las juntas o consejos directivos y los gerentes o directores no podrán, en relación con la entidad a la que prestan sus servicios y con las que hagan parte del sector administrativo al cual pertenece aquella:

- a) Celebrar por si o por interpuesta persona contrato alguno;**
- b) Gestionar negocios propios o ajenos, salvo cuando contra ellos se entablen acciones por dichas entidades o se trate de reclamos por el cobro de impuestos o tasas que se hagan a los mismos, a su cónyuge o a sus hijos menores, o del cobro de prestaciones y salarios propios.**

Las prohibiciones contenidas en el presente artículo regirán durante el ejercicio de las funciones y dentro del año siguiente al retiro de la entidad.

Tampoco podrán las mismas personas intervenir, por ningún motivo y en ningún tiempo, en negocios que hubieren conocido o adelantado durante el desempeño de sus funciones.

No queda cobijado por las incompatibilidades de que trata el presente artículo el uso que se haga de los bienes o servicios que la respectiva entidad ofrezca al público bajo condiciones comunes a quienes los soliciten.

Quienes como funcionarios o miembros de las juntas o consejos directivos de los organismos a que se refiere este artículo admitieren la intervención de cualquier persona afectada por las prohibiciones que en él se consagran, incurrirán en mala conducta y deberán ser sancionados de acuerdo con la ley.” (subrayas fuera de texto)

- e) Artículo 2.5.3.8.4.2.4 del Decreto 780 de 2016 – Unico en Salud, que compila el artículo 8 del Decreto 1876 de 1994.**

“Artículo 2.5.3.8.4.2.4.- Requisitos para los miembros de las Juntas Directivas. Para poder ser miembro de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales de Salud se deben reunir los siguientes requisitos:

1. Los representantes del estamento político-administrativo, cuando no actúe el Ministerio de salud, el Jefe de la entidad territorial o el Director de Salud de la misma, deben:
 - a. Poseer título universitario; b) No hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la ley; c) Poseer experiencia mínima de dos años en la Administración de Entidades Públicas o privadas en cargos de nivel directivo, asesor o ejecutivo.

1. Los representantes de la comunidad deben:

- Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicio de Salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un año en un Comité de Usuarios.
- **No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.**

(...)” (subrayas y negrillas fuera de texto)

f) Ley 80 de 1993 – Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

“Artículo 8º.- De las Inhabilidades e Incompatibilidades para Contratar:

(...)

2o. Tampoco podrán participar en licitaciones o concursos ni celebrar contratos estatales con la entidad respectiva:

(...)

e) Los miembros de las juntas o consejos directivos. Esta incompatibilidad sólo se predica respecto de la entidad a la cual prestan sus servicios y de las del sector administrativo al que la misma esté adscrita o vinculada.”

g) Ley 1150 de 2007 - Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos.

“Artículo 13. Principios generales de la actividad contractual para entidades no sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Las entidades estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, respectivamente según sea el caso y estarán sometidas al régimen de

inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal.
(resaltado fuera de texto)

II. Marco jurisprudencial.

Es prioritario establecer la diferencia entre inhabilidades e incompatibilidades. Lo que se explica por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-015 de 2004, en los siguientes términos:

“De conformidad con la jurisprudencia constitucional, las inhabilidades son “aquellas circunstancias creadas por la Constitución o la ley que impiden o imposibilitan que una persona sea elegida, o designada para un cargo público y, en ciertos casos, impiden que la persona que ya viene vinculada al servicio público continúe en él; y tienen como objetivo primordial lograr la moralización, idoneidad, probidad, imparcialidad y eficacia de quienes van a ingresar o ya están desempeñando empleos públicos.” Las inhabilidades también han sido definidas por la Corte como “inelegibilidades”, es decir, como “hechos o circunstancias antecedentes, predicables de quien aspira a un empleo que, si se configuran en su caso en los términos de la respectiva norma, lo excluyen previamente y le impiden ser elegido o nombrado.” En esa medida, las inhabilidades se distinguen de las incompatibilidades, por cuanto estas últimas implican “una prohibición dirigida al titular de una función pública a quien, por ese hecho, se le impide ocuparse de ciertas actividades o ejercer, simultáneamente, las competencias propias de la función que desempeña y las correspondientes a otros cargos o empleos, en guarda del interés superior que puede verse afectado por una indebida acumulación de funciones o por la confluencia de intereses poco conciliables y capaces, en todo caso, de afectar la imparcialidad y la independencia que deben guiar las actuaciones de quien ejerce la autoridad en nombre del Estado”. Si bien las inhabilidades y las incompatibilidades son especies de un mismo género, es decir, son ambos tipos distintos de prohibiciones, se trata de dos categorías que no son equiparables. La diferencia entre una y otra, a pesar de compartir dicho propósito común, fue expuesta con claridad en la sentencia C-564 de 1997: “...con las inhabilidades se persigue que quienes aspiran a acceder a la función pública, para realizar actividades vinculadas a los intereses públicos o sociales de la comunidad, posean ciertas cualidades o condiciones que aseguren la gestión de dichos intereses con arreglo a los criterios de igualdad, eficiencia, moralidad e imparcialidad que informan el buen servicio y antepongan los intereses personales a los generales de la comunidad. // Igualmente, como garantía del recto ejercicio de la función pública se prevén incompatibilidades para los servidores públicos, que buscan, por razones de eficiencia y moralidad administrativa que no se acumulen funciones, actividades, facultades o cargos.”

Por otra parte, frente al tema de la inhabilidades e incompatibilidades, la Honorable Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado mediante concepto de 30 de octubre de 1996, con radicación No. 925, frente al Decreto 128 de 1976, ***“por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las juntas directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de estas”***, consideró lo siguiente:

“Las causales de inhabilidad e incompatibilidad deben estar expresas y taxativamente consagradas en la Constitución o en la ley y son de aplicación e interpretación restrictiva. Este principio tiene fundamento en el artículo 6 de la Constitución según el cual, los servidores públicos no pueden hacer sino aquello que expresamente les está atribuido por el ordenamiento jurídico;

los particulares pueden realizar todo lo que no les esté prohibido" "De otra parte, el artículo 10 del Decreto Ley 128 de 1976 " Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las juntas directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de estos", señala que los miembros de las juntas o consejos, durante el ejercicio de sus funciones y durante el año siguiente a su retiro, y los gerentes o directores, dentro del período últimamente señalado, no podrán prestar sus servicios profesionales en la entidad en la cual actúan o actuaron ni en los que hagan parte del sector administrativo al que aquélla pertenece." "En cuanto a la aplicación de la prohibición contenida en artículo 10 del Decreto Ley 128 de 1976 al segundo representante del estamento científico ante la junta directiva de una ESE, la prohibición en comento sobre dicho representante tiene plena validez y en este sentido, el miembro de una junta directiva de una ESE, no podrá tener vínculo (sic) laboral, contractual o a través de cooperativa de trabajo asociado con la entidad con la cual actúan o actuaron ni en las que hagan parte del sector administrativo al que aquella pertenece." (negrillas y subrayas fuera de texto)

III. Respuesta a la consulta en particular.

Para este Despacho, de conformidad con los fundamentos legales y jurisprudenciales expuestos, es claro que un miembro de la Junta Directiva de la E.S.E. Sanatorio Agua de Dios, que a la vez sea representante legal de una empresa contratista de la misma, se encuentra incurso en una causal de incompatibilidad para el ejercicio de sus funciones, en especial, la contenida en el artículo 14 del Decreto Ley 128 de 1976 y la consagrada en el literal e) del numeral 2 del artículo 8 de la Ley 80 de 1993, esta última prohibición aplicable en el entendido de que si bien la Empresa Social del Estado en su contratación se regula por las normas del derecho privado¹¹⁷, esa contratación en virtud de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, se sujeta al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal.

Por último, también se estaría contrariando manifiestamente lo que contempla el artículo 2.5.3.8.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, **transcrito en el acápite de Marco normativo.**

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹¹⁸.

¹¹⁷ **Ley 100 de 1993. ARTICULO. 195.-Régimen jurídico.** Las empresas sociales del Estado se someterán al siguiente régimen jurídico:

6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

¹¹⁸ 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.

Bogotá D.C.,

URGENTE

**Asunto: Cobro de prestaciones Económicas
Radicado No 201642300711112**

Respetada doctora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una serie de interrogantes relacionados con la obligación del empleador de realizar el pago de las prestaciones económicas derivadas de la enfermedad general, para luego efectuar el recobro a las Entidades Promotoras de Salud.

En primer lugar y con el fin de dar respuesta a su inquietud inicial, en la cual solicita se le indique: *“1. ¿Cuáles son las normas que en la actualidad regulan el pago de prestaciones económicas derivadas de las incapacidades por enfermedad general?”*, nos permitimos realizar el siguiente recuento normativo:

El artículo 206¹¹⁹ de la Ley 100 de 1993¹²⁰, establece que para los afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, es decir los cotizantes, el sistema a través de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, les reconocerá la incapacidad por enfermedad general.

En relación al pago de la incapacidad por enfermedad general, para los servidores públicos, dicha obligación se encuentra prevista en el artículo 18¹²¹ del Decreto Ley 3135 de 1968 *“Por el cual se prevé la integración de la seguridad social entre el sector público y el privado y se regula el régimen prestacional de los empleados públicos y trabajadores oficiales”*.

Hecha la precisión anterior y de conformidad con el artículo 206 de la Ley 100 de 1993, debe señalarse que la regla general en el –SGSSS-, es que la incapacidad sea reconocida por la EPS una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, caso en cual,

¹¹⁹ Artículo 206.-Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

¹²⁰ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

¹²¹ “ARTICULO 18. AUXILIO POR ENFERMEDAD. En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad, los empleados o trabajadores tendrán derecho a que la respectiva entidad de previsión social les pague, durante el tiempo de la enfermedad, las siguientes remuneraciones:

a. Cuando la enfermedad fuere profesional, el sueldo o salario completo durante ciento ochenta (180) días; y

b. Cuando la enfermedad no fuere profesional, las dos terceras (2/3) partes del sueldo o salario durante los primeros noventa (90) días, y la mitad del mismo por los noventa (90) días siguientes.

(...)”

dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.1.13.4 del Decreto 780 de 2016¹²², el cual reza:

“Artículo 2.1.13.4 Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones”.

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

De otro lado, en cuanto al 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, este se encuentra previsto en el artículo 2.2.3.1 del decreto en cita, que incorpora el artículo 24 del Decreto 4023 de 2011¹²³, el cual reza:

“Artículo 2.2.3.1 Pago de prestaciones económicas. A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante. (Negrilla fuera de texto)

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

¹²² Por medio de/cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

¹²³ Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Parágrafo 1. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el trámite 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.

Parágrafo 2. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, 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.

Finalmente, el artículo 121¹²⁴ del Decreto Ley 019 de 2012¹²⁵, dispone que será el empleador quien adelantará de manera directa ante las EPS los trámites para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad, siendo la única obligación del trabajador reportar el acaecimiento de cualquiera de aquellas.

2. “¿Qué norma obliga al empleador a efectuar el pago de las incapacidades por enfermedad general, para luego efectuar el cobro a la EPS?”

Con el fin de dar respuesta a su requerimiento, vale la pena traer a colación, el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011¹²⁶, el cual previó:

“Artículo 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la **fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador**”. (Negrilla fuera de texto)

Así mismo, en cuanto al objeto del pago de las incapacidades, la Corte Constitucional en Sentencia T – 140 de 2016, reitera lo expresado en Sentencia T – 311 de 1996, de la siguiente manera:

“(…)

No obstante, tratándose de incapacidades laborales la Corte ha entendido que estos pagos se constituyen en el medio de subsistencia de la persona que como consecuencia de una afectación en su estado de salud ha visto reducida la capacidad de procurarse por sus propios medios los recursos para su subsistencia y la de su familia¹²⁷. Sobre este particular, esta Corporación manifestó:

¹²⁴ **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

¹²⁵ Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública

¹²⁶ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

¹²⁷ Sentencias T-786 de 2009, T 263 de 2012, T-777 de 2013, T-097 de 2015

“El pago de incapacidades laborales sustituye al salario durante el tiempo en que el trabajador permanece retirado de sus labores por enfermedad debidamente certificada, según las disposiciones legales. Entonces, no solamente se constituye en una forma de remuneración del trabajo sino en garantía para la salud del trabajador, quien podrá recuperarse satisfactoriamente, como lo exige su dignidad humana, sin tener que preocuparse por reincorporarse de manera anticipada a sus actividades habituales con el objeto de ganar, por días laborados, su sustento y el de su familia”
(Negrilla fuera de texto).

(...)”

Teniendo en cuenta la previsión normativa del artículo 28 de la Ley 1438 de 2011, donde se establece que el empleador tiene el derecho de solicitar a las EPS el reembolso del pago de las prestaciones económicas y conforme a lo expuesto por la Corte Constitucional en la jurisprudencia antes reseñada, es dable concluir que la incapacidad tiene por objeto suplir el salario del trabajador que ha sido incapacitado, razón por la que resulta lógico que en cumplimiento de dicha premisa, sea el empleador quien realice el pago de la incapacidad, para que luego sea reconocida a este por la respectiva EPS, en los términos de lo previsto en el artículo 2.2.3.1 del Decreto 780 de 2016.

3. ***“¿Qué norma faculta al empleador a efectuar el recobro a la EPS de las incapacidades por enfermedad general pagadas a sus trabajadores?”***

La facultad del empleador para realizar el cobro de las prestaciones económicas, se deduce de lo previsto en el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011 y de lo señalado en el artículo 2.2.3.1 del Decreto 780 de 2016, referente al procedimiento para el pago de dichas prestaciones.

4. ***“De la derogación expresa del art. 21 del Decreto 1804/1999 (art. 89 del D. 2353 de 2015) y de la no inclusión en el art. 81 de la obligación del empleador de efectuar el cobro a las EPS de las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades por enfermedad general, se puede concluir que el empleador dejó de tener la obligación de efectuar el pago de estas incapacidades para luego recobrarlas a las EPS”.***

Sobre el particular, debe reiterarse que si bien es cierto el artículo 21 del Decreto 1804 de 1999¹²⁸, fue derogado por el artículo 81 del Decreto 2353 de 2015, conforme a la normativa y a la jurisprudencia antes reseñada, debe entenderse que continúa en cabeza del empleador la obligación de realizar el pago de las incapacidades de sus trabajadores, para luego realizar el cobro a la EPS respectiva, conforme al procedimiento del artículo 2.2.3.1 del Decreto 780 de 2016.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹²⁹.

¹²⁸ Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

¹²⁹ 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.

Bogotá D.C.,

URGENTE

Asunto: Aplicación de la Resolución 123 de 2015 a las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud

Respetado doctor :

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual solicita se le informe si en el marco de lo previsto para las cuentas de alto costo y la finalidad del sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, “(...) *¿Es procedente la exigencia a dichas entidades (entidades que administran planes voluntarios de salud), para que suministren la información de que trata la Resolución 123 de 2015?*”. Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar y con el fin de dar respuesta a su solicitud, nos permitimos realizar el siguiente recuento normativo:

En cuanto a la cuenta de alto costo, el artículo 1 del Decreto 2699 de 2007¹³⁰, ahora incorporado en el artículo 2.6.1.5.1 del Decreto 780 de 2016¹³¹, estableció que serán las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), quienes administraran financieramente sus recursos, así:

“Artículo 2.6.1.5.1 Cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) **administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en una cuenta denominada “cuenta de alto costo” que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados**”. (Negrilla fuera de texto)

Posteriormente, con la expedición del Decreto 1954 de 2012¹³², el cual fue compilado en el título 4 de la parte 8 del Decreto 780 de 2016, se establecieron las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, determinando que la recopilación y consolidación de dicha información, se realizará por única vez a través del organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, mencionado en el párrafo anterior.

Corolario de lo anterior, el artículo 2.8.4.2 del título 4 de la parte 8 del Decreto 780 de 2016, el cual compiló el artículo 2 del Decreto 1954 de 2012, conforme se expuso en su momento, señala que las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes

¹³⁰ Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

¹³¹ “Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”

¹³² Por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.

con enfermedades huérfanas, serán de obligatorio cumplimiento por parte de las siguientes entidades: “(...) **las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud**”. (Negrilla fuera de texto)

Teniendo en cuenta lo anterior y para iniciar la recopilación y consolidación de la información de que trata el decreto ibídem, (información censo de enfermedades huérfanas) se expidió la Resolución 3681 de 2013¹³³, a través de la cual se definieron los contenidos y requerimientos técnicos de la información a reportar por una única vez a la Cuenta de Alto Costo, precisando en su artículo 2, quienes serían sus destinatarios, así:

“Artículo 2. Destinatarios. Deberán reportar la información de que trata la presente resolución las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), **las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen de excepción y régimen especial de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud**. (Negrilla fuera de texto)

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) reportarán a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las del régimen de excepción y a las Direcciones Distritales y Municipales de Salud, la información en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. De la misma manera, las Direcciones Municipales reportarán a la Dirección Departamental respectiva”.

Ahora bien, tratándose de la Resolución 123 de 2015¹³⁴, la cual motiva su consulta, vale la pena traer a colación sus artículos 1 y 2, los cuales hacen referencia al objeto de la misma y a las entidades que se encuentran en el deber de reportar la información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías a la cuenta de alto costo, respectivamente, los cuales rezan:

“Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto establecer el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, a la Cuenta de Alto Costo **por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen de excepción y régimen especial de salud y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud**”. (Negrilla fuera de texto)

“Artículo 2. Reporte de la información. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, **pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales y distritales de salud deben reportar la información definida en la presente resolución** a más tardar el 30 de marzo de cada año, con la medición de las variables que se describen en el Anexo Técnico que hace parte integral de la misma, con corte al 31 de enero de cada año, utilizando para el efecto el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo”. (Negrilla fuera de texto)

¹³³ Por la cual se definen los contenidos y requerimientos técnicos de la información a reportar, por una única vez, a la Cuenta de Alto Costo, para la elaboración del censo de pacientes con enfermedades huérfanas.

¹³⁴ Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación a la cuenta de Alto Costo

Teniendo en cuenta lo establecido en la normativa antes descrita y frente a la obligatoriedad que tendrían las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud, entendiendo por estas las que administran planes de atención complementaria, planes de medicina prepagada y pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros, en el marco de lo previsto en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011¹³⁵, el cual modifica el artículo 169 de la Ley 100 de 1993¹³⁶, esta Dirección considera:

1. En cuanto al sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas contenido del título 4 del Decreto 780 de 2016, antes reseñado, debe precisarse, que en este no se encuentran expresamente determinadas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, como responsables del reporte de dicha información.
2. De otra parte, vale la pena indicar que en el marco de lo establecido para la implementación del sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas a la cuenta de Alto Costo, a la fecha no se ha emitido norma alguna que asimile a las Empresas Administradoras de Planes Voluntarios de Salud – EAPVS como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.
3. En este orden de ideas, cuando las Resoluciones 3681 de 2013 y 123 de 2015, refieren a las EAPB, debe entenderse que su aplicación se encuentra circunscrita a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, **pertenecientes** a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, razón por la que no puede hacerse extensivo a las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud, el reporte de la información allí solicitada.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹³⁷

¹³⁵ **Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.**

¹³⁶ **Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.**

¹³⁷ **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.**

Bogotá D.C.,

Asunto: Solicitud de autorización para el cobro de certificados ético – disciplinarios

Respetada doctora Eddy Mercedes:

Procedente de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud de este Ministerio, hemos recibido su comunicación, mediante la cual requiere se le autorice para realizar el cobro de certificados ético – profesionales de odontología. Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar, vale la pena señalar que el artículo 59 de la Ley 35 de 1989¹³⁸, creó el Tribunal Nacional de Ética Odontológica y los artículos 63 y 64, los Tribunales Seccionales, en los siguientes términos:

“ARTICULO 59. Créase el Tribunal Nacional de Ética Odontológica con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios Ético Profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia.”

“ARTICULO 60. El Tribunal Nacional de Ética Odontológica estará integrado por cinco profesionales de la odontología elegidos por el Ministerio de Salud de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales cinco (5) serán propuestos por la Federación Odontológica Colombiana y cinco (5) por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO).”

“ARTICULO 63. En cada departamento, intendencia o comisaría se constituirá un Tribunal Seccional de Ética Odontológica.”

“ARTICULO 64. El Tribunal Seccional de Ética Odontológica estará integrado por cinco profesionales de la odontología elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Odontológica, de conformidad con lo establecido en el artículo 63, escogidos de listas presentadas por las seccionales correspondientes, cuyo número en cada caso no podrá ser inferior a diez profesionales, salvo cuando en el respectivo territorio no existiere este número con el lleno de las calidades que más adelante se señalan.”

El artículo 69 señala, al igual que para los Tribunales Médicos, que los Odontólogos cumplen funciones públicas, pero sus integrantes por el solo hecho de serlo no adquieren el carácter de funcionarios públicos, aspecto sobre el cual la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en el Concepto No. 11001-03-06-000-2010-00077-00(2016) del 21 de octubre de 2010, señaló:

“(…)

¹³⁸ “Sobre ética del odontólogo colombiano”.

Ahora bien, esta Sala ha desarrollado una doctrina sobre la naturaleza y régimen de las organizaciones encargadas de la función disciplinaria enmarcada dentro de la obligación constitucional de inspección, control y vigilancia de algunas profesiones, -a los que la ley ha denominado en términos generales Consejos Profesionales o tribunales de ética-. Desde la diversidad de formas y figuras utilizadas por el legislador, se han encontrado en la mayoría de los casos rasgos comunes a estos organismos, como la carencia de personería jurídica, la falta de definición legal de su naturaleza jurídica, su dependencia presupuestal de la Nación, la relación directa con un Ministerio, **el ejercicio de una función pública**, etc. A partir de ello y pese a que no corresponden a las típicas clasificaciones usadas para la identificación de la generalidad de entidades públicas¹³⁹, tanto anteriores como posteriores a la Ley 489 de 1998, la Sala ha considerado en general que tales consejos y tribunales constituyen un tipo especial y sui generis de organismos públicos, integrados a la Administración Pública a partir de una especial relación interadministrativa, de la cual se derivan diversas consecuencias jurídicas y prácticas en su organización y funcionamiento.

(...)

En el caso objeto de estudio, la Sala encuentra entonces que si bien el legislador no definió de forma expresa su naturaleza, **los Tribunales de Ética Médica y Odontológica forman parte de ese grupo de organismos públicos atípicos o sui generis de origen legal, creados para el cumplimiento de funciones públicas** relacionadas con la inspección y vigilancia de las profesiones y cuyos costos se sufragan con recursos públicos; por lo mismo, su integración al sector central de la Administración es igualmente atípica (no asimilable a la de las entidades descentralizadas)(...)” (Negrilla fuera de texto)

Por su parte, el Decreto 491 de 1990¹⁴⁰, en sus artículos 21 y siguientes, reguló el funcionamiento, conformación, procedimiento para instruir los procesos ético profesionales y las sanciones aplicables por parte del Tribunal Nacional de Ética Odontológica.

Sin embargo, debe indicarse que ninguna disposición normativa ha contemplado como competencia de este Ministerio, el autorizar a los Tribunales de Ética Profesional para cobrar tarifas por la expedición de los antecedentes ético profesionales; de igual manera, tampoco esa posibilidad ha sido dispuesta en el Decreto Ley 4107 de 2011¹⁴¹ modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012¹⁴², por tal razón, no podría esta entidad emitir la autorización referida.

¹³⁹ Al analizar el régimen aplicable a estos organismos, se evidencia cómo frente a éstos el legislador se ha inclinado por alejarse de la unidad organizativa y de regulación para acudir a multiplicidad de formas a través de las cuales se desarrolla la actividad estatal y en las cuales los esquemas tradicionales de organización administrativa suelen resultar insuficientes. Así lo había advertido la doctrina desde hace varios años: “Como expresa el profesor francés PROSPER WEIL, la administración ha pasado de la acción directa a la acción indirecta, de la unidad de régimen aplicable a la variedad de regulaciones, de la unidad organizativa a la multiplicidad de formas a través de las cuales encaja y fluye la actividad estatal.” (TAFUR Galvis, Álvaro. *Las entidades descentralizadas*, Editorial Temis, Tercera Edición, 1984, p. 33)

¹⁴⁰ “Por el cual se reglamenta la ley 35 de 1989”.

¹⁴¹ “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”

¹⁴² Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

Al punto, resulta importante además señalar que en ejercicio de la función administrativa, nos encontramos obligados a actuar en el marco de las normas legales y de orden superior, tal como lo prevé el artículo 6º de la Constitución Política, en virtud del cual, los servidores públicos serán responsables no sólo por infringir la Constitución y las leyes, sino también por la omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones, por lo que reiteramos, no se encuentra en el ámbito de competencias de este Ministerio, el autorizar el cobro objeto de consulta, por parte de los Tribunales de Ética Profesional.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁴³.

¹⁴³ 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.

Bogotá D.C.

URGENTE

Asunto: Validez de la Resolución 0509 de 2014 expedida por la Gobernación del Casanare

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una serie de inquietudes relacionadas con la validez de la resolución del asunto, dado que la misma contraría lo previsto en el Decreto – Ley 019 de 2012, “*específicamente al pago de la expedición de licencia de expendedor de medicamentos*”. Al respecto, previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

En primer lugar, es importante traer a colación el numeral 4¹⁴⁴ del artículo 300 de la Constitución Política de Colombia, el cual, le otorga a la Asamblea Departamental la facultad para fijar tributos destinados al cumplimiento de las funciones del Departamento; así mismo, el artículo 338 ibídem, dispone:

“(…)

ARTICULO 338. *En tiempo de paz, solamente el Congreso, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales podrán imponer contribuciones fiscales o parafiscales. La ley, las ordenanzas y los acuerdos deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos.*

La ley, las ordenanzas y los acuerdos pueden permitir que las autoridades fijen la tarifa de las tasas y contribuciones que cobren a los contribuyentes, como recuperación de los costos de los servicios que les presten o participación en los beneficios que les proporcionen; pero el sistema y el método para definir tales costos y beneficios, y la forma de hacer su reparto, deben ser fijados por la ley, las ordenanzas o los acuerdos.

¹⁴⁴ **ARTICULO 300.** Modificado por el art. 2. Acto Legislativo No. 01 de 1996. El nuevo texto es el siguiente: Corresponde a las Asambleas Departamentales, por medio de ordenanzas:

“(…)

4. Decretar, de conformidad con la Ley, los tributos y contribuciones necesarios para el cumplimiento de las funciones departamentales.

(…)”

Las leyes, ordenanzas o acuerdos que regulen contribuciones en las que la base sea el resultado de hechos ocurridos durante un período determinado, no pueden aplicarse sino a partir del período que comience después de iniciar la vigencia de la respectiva ley, ordenanza o acuerdo.

(...)"

En el mismo sentido, el literal n) del artículo 11 de la Ley 10 de 1990¹⁴⁵, le confiere al departamento la competencia, para imponer en su jurisdicción determinadas contribuciones, así:

"(...)

Artículo 11º.- *Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los departamentos, intendencias y comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:*

(...)

n). Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

(...)"

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es claro, que las entidades territoriales del orden departamental o municipal, están facultadas para fijar y cobrar contribuciones en sus respectivas jurisdicciones, previa expedición de una ordenanza departamental o acuerdo municipal, que así las autorice y con observancia de los requisitos definidos en el artículo 338 de la Constitución Política de Colombia.

De otra parte, frente a la solicitud de su escrito, acerca de: *"se pronuncie al respecto de, si la Resolución 0509 de la Gobernación de Casanare, tiene validez jurídica y es de obligatorio cumplimiento, aunque vaya en contravía de lo dictaminado en el Decreto 19 de 2012"*, vale la pena traer resaltar, que los actos administrativos expedidos por las diferentes entidades, gozan de presunción de legalidad, tal como lo prevé el artículo 88 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en los siguientes términos:

"(...)

Artículo 88. Presunción de legalidad del acto administrativo. *Los actos administrativos se presumen legales mientras no hayan sido anulados por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. Cuando fueren suspendidos, no podrán ejecutarse hasta tanto se resuelva definitivamente sobre su legalidad o se levante dicha medida cautelar.*

(...)"

¹⁴⁵ Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

En ese orden de ideas, se puede colegir que la Resolución 0509 de 2014, *“Por la cual se establecen algunas tarifas por los servicios prestados en...”* emitida por la Secretaría de Salud Departamental del Casanare, goza de la presunción de legalidad como se expuso líneas atrás, por ende, vía concepto no podemos definir su validez jurídica u obligatoriedad de cumplimiento, toda vez que, será la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, previo el ejercicio del medio de control de nulidad, quien determine si el citado acto administrativo viola el Decreto - Ley 019 de 2012, la Ley, la Constitución Política o cualquier otra normatividad vigente.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁴⁶.

¹⁴⁶ 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.

Bogotá D.C.,

URGENTE

Asunto: Consulta sobre la obligación de reportar información a la Cuenta de Alto Costo

Respetado doctor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta en el marco de la normativa que rige a la cuenta de alto costo si: “(...) *es obligación de las entidades de medicina prepagada de reportar información a la Cuenta de Alto Costo?*”. Al respecto nos permitimos señalar:

En primer lugar y con el fin de dar respuesta a su solicitud, nos permitimos realizar el siguiente recuento normativo:

En cuanto a la cuenta de alto costo, el artículo 1 del Decreto 2699 de 2007¹⁴⁷, ahora incorporado en el artículo 2.6.1.5.1 del Decreto 780 de 2016¹⁴⁸, estableció que serán las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), quienes administraran financieramente sus recursos, así:

“Artículo 2.6.1.5.1 Cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) **administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo**, que en sendos casos determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en una cuenta denominada “cuenta de alto costo” que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados”. (Negrilla fuera de texto)

Posteriormente, con la expedición del Decreto 1954 de 2012¹⁴⁹, el cual fue compilado en el título 4 de la parte 8 del Decreto 780 de 2016, se establecieron las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, determinando que la recopilación y consolidación de dicha información, se realizará por única vez a través del organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, mencionado en el párrafo anterior.

Corolario de lo anterior, el artículo 2.8.4.2 del título 4 de la parte 8 del Decreto 780 de 2016, el cual compiló el artículo 2 del Decreto 1954 de 2012, conforme se expuso en su momento, señala que las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, serán de obligatorio cumplimiento por parte de las siguientes entidades: “(...) **las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de**

¹⁴⁷ Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁴⁸ “Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”

¹⁴⁹ Por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas.

Servicios de Salud (IPS), entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud". (Negrilla fuera de texto)

Teniendo en cuenta lo anterior y para iniciar la recopilación y consolidación de la información de que trata el decreto ibídem, (información censo de enfermedades huérfanas) se expidió la Resolución 3681 de 2013¹⁵⁰, a través de la cual se definieron los contenidos y requerimientos técnicos de la información a reportar por una única vez a la Cuenta de Alto Costo, precisando en su artículo 2, quienes serían sus destinatarios, así:

"Artículo 2. Destinatarios. Deberán reportar la información de que trata la presente resolución las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen de excepción y régimen especial de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. (Negrilla fuera de texto)

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) reportarán a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las del régimen de excepción y a las Direcciones Distritales y Municipales de Salud, la información en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. De la misma manera, las Direcciones Municipales reportarán a la Dirección Departamental respectiva".

Ahora bien, tratándose de la Resolución 123 de 2015¹⁵¹, la cual motiva su consulta, vale la pena traer a colación sus artículos 1 y 2, los cuales hacen referencia al objeto de la misma y a las entidades que se encuentran en el deber de reportar la información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías a la cuenta de alto costo, respectivamente, los cuales rezan:

"Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto establecer el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, a la Cuenta de Alto Costo **por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen de excepción y régimen especial de salud y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud**". (Negrilla fuera de texto)

"Artículo 2. Reporte de la información. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales y distritales de salud deben reportar la información definida en la presente resolución a más tardar el 30 de marzo de cada año, con la medición de las variables que se describen en el Anexo Técnico que hace parte integral de la misma, con corte al 31 de enero de cada año, utilizando para el efecto el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo". (Negrilla fuera de texto)

Teniendo en cuenta lo establecido en la normativa antes descrita y frente a la obligatoriedad que tendrían las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud, entendiendo por estas las que administran planes de atención complementaria, planes de medicina prepagada y pólizas

¹⁵⁰ Por la cual se definen los contenidos y requerimientos técnicos de la información a reportar, por una única vez, a la Cuenta de Alto Costo, para la elaboración del censo de pacientes con enfermedades huérfanas.

¹⁵¹ Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación a la cuenta de Alto Costo

de seguros emitidos por compañías de seguros, en el marco de lo previsto en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011¹⁵², el cual modifica el artículo 169 de la Ley 100 de 1993¹⁵³, esta Dirección considera:

1. En cuanto al sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas contenido del título 4 del Decreto 780 de 2016, antes reseñado, debe precisarse, que en este no se encuentran expresamente determinadas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, como responsables del reporte de dicha información.
2. De otra parte, vale la pena indicar que en el marco de lo establecido para la implementación del sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas a la cuenta de Alto Costo, a la fecha no se ha emitido norma alguna que asimile a las Empresas Administradoras de Planes Voluntarios de Salud – EAPVS como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.
3. En este orden de ideas, cuando las Resoluciones 3681 de 2013 y 123 de 2015, refieren a las EAPB, debe entenderse que su aplicación se encuentra circunscrita a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, **pertenecientes** a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, razón por la que no puede hacerse extensivo a las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud, el reporte de la información allí solicitada.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁵⁴

¹⁵² **Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.**

¹⁵³ **Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.**

¹⁵⁴ **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.**