



1
República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Tribunal Administrativo de Cundinamarca
Secretaría Sección Primera

Sres. Magistrados
Tribunal Administrativo de Cundinamarca (Reparto)
Ciudad

Constancia de Recepción de demandas para reparto
FOLIOS DE LA DEMANDA 59
FOLIOS ANEXOS DE LA DEMANDA 4157
NÚMERO DE TRASLADOS 196
FOLIOS TRASLADOS
FOLIOS ANEXOS A LOS TRASLADOS
CON SUSPENSIÓN PROVISIONAL NO. 131
FOLIOS
FIRMA DE QUIEN RECIBE
FECHA

REF: Acción de Popular de Anibal Rodríguez Guerrero, Mary Alejandra Céspedes Castillo, Aydee Sánchez Salazar Vs el Ministerio de Salud y Protección Social

1.- NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DE QUIENES EJERCEN LA ACCIÓN

(Artículo 18 literal g) Ley 472 de 1998).

Anibal Rodríguez Guerrero, ciudadano identificado con la CC. 79.262.500, con domicilio en la Carrera 14 # 75- 58 de Bogotá, Mary Alejandra Céspedes Castillo, identificada con la CC 1.128.224.769, con domicilio en la Calle 62N 35A-25 apto 107 en Bogotá, Aydee Sánchez Salazar identificada con la CC 52.836.611, con domicilio en la Calle 180 No.15-42 de Bogotá, en calidad de ciudadanos afiliados al sistema de salud, legitimados por los artículos 12 y 13 de la Ley 472 de 1998 para ser titulares y ejercer directamente la presente acción, por este documento presentamos ante su despacho **ACCIÓN POPULAR** para la protección del derecho e interés colectivo, al **"ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD "**, vulnerado por el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que en abierta violación a lo mandado en: 1) Los artículos 6, 8 y 15 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud; 2) La sentencia C313 de 2014; 3) Los autos 410 de 2015 y 1 de 2017 de la Corte Constitucional, profirió las resoluciones 6408 y 3951 de 2016, por las cuales definió unos contenidos de servicios de salud que, violando el régimen constitucional, restringen el acceso a las coberturas que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe brindar a los **37,4¹ millones de ciudadanos afiliados al sistema de salud.**

Cabe precisar que conforme lo previsto en el inciso 2º del artículo 144 del CPAyCA, la presente acción se ejerce contra las resoluciones 6408 y 3951 de 2016 del Ministerio de Salud, dado que la vulneración del derecho colectivo proviene de la expedición de dichos actos administrativos.

2.- AUTORIDAD PÚBLICA RESPONSABLE DEL AGRAVIO

(Artículo 18 literal d) Ley 472 de 1998).

En mayo 29 de 2014, la H Corte Constitucional profirió la sentencia C313, en la que hizo el control previo de constitucionalidad del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 Cámara, el cual posteriormente se materializó en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

¹ Ministerio de Salud y protección Social, Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para Garantizar el Plan de Beneficios en Salud para el año 2017, páginas 64,65,70 y 71, total de población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado: 37.414.557
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/Estudio-suficiencia-ano-2017.7z>





En dicha providencia se declaró inconstitucional la expresión "...para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema.." contenida en el inciso 4 del artículo 15 del entonces proyecto de ley, en el entendido que por los principios "pro homine" e "integralidad" **resulta inconstitucional que se definan las prestaciones de salud cubiertas por el sistema**, cuando el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías que se requieran para la atención en salud, salvo los que se excluyan taxativa y expresamente por cumplir los criterios contenidos en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015.

Empero, el Ministerio de Salud y Protección Social, violentando la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la sentencia C313 de 2014, los autos 410 de 2016 y 1 de 2017 de la Corte Constitucional, expidió las resoluciones 6408 y 3951, ambas de 2016, contrariando el orden constitucional.

En consecuencia, la entidad pública accionada, responsable del agravio es:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, entidad pública de la orden nacional, creada mediante la Ley 1444 de 2011, domiciliada en la Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311, representada por el Dr. Alejandro Gaviria Uribe quien funge como ministro de salud según decreto 1847 de 2012, o quien haga sus veces.

3.- COMPETENCIA.

(Artículo 152 numeral 16 del CPAyCA)

Conforme a lo establecido en el artículo 152 numeral 16 del CPAyCA, corresponde a los Tribunales Administrativos, en primera instancia, el conocimiento de las "Acciones de Protección de Derechos e Intereses Colectivos" que se dirijan contra las autoridades del orden nacional, en este caso el Ministerio de Salud y Protección Social, cuya sede se encuentra en la ciudad de Bogotá DC.

4.- CUMPLIMIENTO DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD

(Art 144 CPAyCA)

Acatando lo establecido en el inciso 3º del artículo 144 y en el numeral 4º del artículo 161, ambos del CPAyCA, previa a la presentación de la presente acción, los actores populares, mediante oficios 201742300774402 del 17 de abril de 2017; 201742300915092 del 4 de mayo de 2017; 201742301074712 del 23 de mayo, solicitamos al Ministerio de Salud y Protección Social, la eliminación de los listados de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud; esto es, los anexos 1, 2, 3 de la resolución 6408 de 2016, por ser inconstitucionales, y así mismo se le pidió que respetara la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional obligatoria contenida en la sentencia C313 de 2014, y los autos 410 de 2016 y 1 de 2017.

Empero, en oficios 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, Ministerio de Salud y Protección social, **SE NEGÓ A LO PEDIDO.**



5.- VIGENCIA TEMPORAL DE LA ACCIÓN

(Artículo 11º de la Ley 472 de 1998).

De conformidad con lo establecido en el artículo 11 de la Ley 472 de 1998, la Acción de Protección de Derechos e Intereses Colectivos puede promoverse durante el tiempo que subsista la amenaza o peligro al derecho e interés colectivo, o dentro de los cinco (5) años, posteriores a la acción que produjo la alteración, cuando la finalidad la acción sea volver las cosas a su estado anterior.

En este contexto normativo, como quiera que la presente acción busca hacer cesar la vulneración, peligro, amenaza, y agravio sistemático y masivo del derecho colectivo de 37,4 millones de ciudadanos colombianos al "ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD", la presente acción es temporalmente vigente por subsistir a la fecha (junio de 2017) la vulneración, peligro, amenaza, y agravio del derecho colectivo cuya protección se depreca.

6.- HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA ACCIÓN

(Artículo 18 literal b) Ley 472 de 1998).

Los hechos u omisiones que fundamentan la presente acción son los siguientes:

1. En el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se estableció que el Sistema General de Seguridad Social de Salud contaba con una lista de servicios que se denominaba Plan Obligatorio de Salud (POS), la cual consistía en una relación detallada de procedimientos, insumos, medicamentos y otros servicios de salud, que se ofrecían a los ciudadanos afiliados al sistema general de seguridad social en salud.
2. En el año 2013, el Congreso de la República aprobó el proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, "*por el cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*".
3. En junio del año 2013, para los fines de control previo de constitucionalidad establecidos en el artículo 281 numeral 8 de la Constitución Política, el presidente del Senado de la República remitió a la H Corte Constitucional el proyecto de ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, "*por el cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*".
4. El 29 de mayo de 2014, la Corte Constitucional profirió la sentencia C 313 de 2014, en la que declaró exequible, en cuanto a su trámite, el proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, "*por el cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*".
5. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional encontró ajustado a la constitución, el principio "*pro homine*" consagrado en el artículo 6º del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, en razón a que consideró que, bajo la nueva normatividad, en el sistema de salud colombiano, la inclusión de servicios de salud es la regla, y la exclusión de servicios la excepción.



- 
6. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional encontró ajustado a la constitución, el principio de **"integralidad"** consagrado en el artículo 8º del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, el cual consiste en que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, de manera que en los que casos en que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por sistema de salud, se entiende que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada...".
7. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional declaró inconstitucional el párrafo del artículo 8º del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, **"por el cual se regula el derecho fundamental a la salud"**, norma que limitaba el alcance del derecho fundamental a la salud, en cuanto consideraba que los servicios de salud que se proveían eran aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico.
8. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional declaró inconstitucional el párrafo del artículo 8º del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, **"por el cual se regula el derecho fundamental a la salud"**, por considerar, en el numeral 5.2.8.3. de la sentencia, que **por el principio "pro homine" deben proscribirse las decisiones arbitrarias de agentes del sistema, que consideren unilateralmente que algunos servicios de salud no deben ser brindados.**
9. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional declaró inconstitucional la expresión **"para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema"** contenida en el inciso 4º del artículo 15º del entonces proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, por considerar, en el numeral 5.2.8.3, que a la luz de los principios **"pro homine"** e **"integralidad"**, **todos los servicios de salud se entienden incluidos, salvo los que expresamente se excluyan.**
10. En la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional declaró exequibles los literales a) a f) del artículo 15 del proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara, por considerar ajustados a la constitución los criterios de exclusión de servicios de salud correspondientes a: i) servicios de salud con fines cosméticos o suntuarios; ii) servicios de salud que carezcan de evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica; iii) servicios de salud cuyo uso no hayan sido no autorizado por la autoridad competente; iv) servicios de salud que se encuentren en fase de experimentación; y, v) servicios de salud que se presten en el exterior.
11. El 16 de febrero de 2015, luego de la revisión de constitucionalidad contenida en la sentencia C313 de 2014 y de la sanción presidencial, fue publicada en el Diario Oficial 49.427, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 **"por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones"**, correspondiente al proyecto de Ley Estatutaria 209 Senado y 267 Cámara.

REPUBLICA
DE LA
CIUDAD DE
MADRID
NOTARI
11

12. **La Ley 1751 de 2015 y la sentencia C313 de 2014, modificaron la estructura del sistema de salud de un modelo basado en “inclusiones” (ley 100 de 1003), a un sistema de cobertura integral con explícitos y taxativos servicios de salud excluidos.**
13. El 5 de septiembre de 2016, la Corte Constitucional, a través de la Sala de Seguimiento de la Sentencia T760 de 2008, profirió el auto 410, en el cual, a partir de las consideraciones de constitucionalidad contenidas en la sentencia C313 de 2014, recordó que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, esto es, que en principio **“el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios”**.
14. El 5 de septiembre de 2016, la Corte Constitucional, sala de seguimiento de la sentencia T 760 de 2008, en el numeral 6º de la parte resolutive del auto 410, **advirtió** al Sr. Ministro de Salud y Protección Social, para que en la elaboración del plan de beneficios que entraría a regir a partir del 16 de febrero de 2017 (*inicio de vigencia de la Ley Estatutaria 1751 de 2015*), siguiera expresamente los lineamientos establecidos en los artículos 8º y 15º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como lo mandado en la sentencia C-313 de 2014 de dicha corporación.
15. El día 26 de diciembre de 2016, el Sr Ministro de Salud, expidió la resolución 6408, por la cual, creó el Plan de Beneficios en Salud (PBS), que contiene tres (3) listados específicos de i) Medicamentos, ii) Procedimientos, y iii) Laboratorio Clínico, servicios de salud incluidos, a los que los 37,4 millones de colombianos usuarios del sistema de salud, podemos acceder a través de las Entidades Promotoras de Salud.
16. **En los anexos 1, 2, 3 de la resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, se “definieron las prestaciones cubiertas por el sistema”, **DESACATANDO** abiertamente el numeral 10 de la sentencia C313 de 2014, que declaró inconstitucional la expresión “para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema”, contenida en el inciso 4º del artículo 15 del entonces proyecto de Ley Estatutaria del derecho fundamental a la salud 209 Senado y 267 Cámara, hoy Ley Estatutaria 1751 de 2015.**
17. El 13 de enero de 2017, la Corte Constitucional, Sala de Seguimiento de la sentencia T760 de 2008, expidió el auto 1, en el cual corroboró que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, estableció una nueva forma de actualización del plan de salud, basada en un sistema de exclusiones, en el que, se cubren todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados.
18. El 16 de febrero de 2017 venció el plazo de dos (2) años que el parágrafo 1º del artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 otorgó al Ministerio de Salud, para implementar la lista de servicios de salud, que según los criterios contenidos en los numerales a) a f) del artículo 15 de la Ley estatutaria 1751, expresa y taxativamente están excluidos de cobertura.





19. El 1 de abril de 2017, entró en vigencia la resolución 3951 de 2016, por la cual el Ministerio de Salud reglamentó el suministro de servicios de salud no contenidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), a través de una aplicación creada por mismo Ministerio y conocida como "MIPRES".
20. El día 9 de mayo de 2017, por presentar sangrado rectal y dolor abdominal, la Sra. Aydee Sánchez Salazar, ciudadana afiliada al sistema de salud a través de la EPS Compensar, y quien padece la patología "*colitis ulcerativa*", consultó al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio en Bogotá, en donde los médicos conceptuaron que el no suministro continuo y oportuno del medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML, puede ocasionar serias complicaciones a su salud, que pueden llegar a la **MUERTE**.
21. La patología "*colitis ulcerativa*", que sufre la Sra. Aydee Sánchez Salazar, consiste en llagas que de manera espontánea aparecen en el intestino y que producen intenso dolor, sangrado rectal y que sin tratamiento médico oportuno pueden perforarse ocasionado una peritonitis.
22. El día 22 de mayo de 2017, la Sra. Aydee Sánchez Salazar, asistió a consulta de gastroenterología en la IPS Emidiagnóstica SAS en la ciudad de Bogotá, donde le formularon el medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCION INYECTABLE 40MS/0.8ML, en una dosis quincenal por tres meses, para el tratamiento de la enfermedad "*colitis ulcerativa*".
23. La receta médica del día 22 de mayo de 2017, expedida a la Sra. Aydee Sánchez Salazar, para el suministro del medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCION INYECTABLE 40MS/0.8ML, solo 20 días después de ser emitida pudo ser aprobada por formulario 024360933 del 12 de junio de 2017, previo ejercicio de la acción de tutela 11001220400020170130400.
24. La Sra. Aydee Sánchez Salazar no pudo acceder de manera oportuna al medicamento ADALIMUMAB en razón a que en el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud por la cual se "*definieron las prestaciones cubiertas por el sistema*", **no se incluyó** al ADALIMUMAB para tratar la "*colitis ulcerativa*".
25. En el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud por la cual se "*definieron las prestaciones cubiertas por el sistema*", **se incluyó** al medicamento ADALIMUMAB 40MG 0.8ML solo para tratar la "*artritis reumatoidea*".
26. El medicamento ADALIMUMAB cuenta con registro sanitario INVIMA 2014M-0002933-R1 que autoriza su uso para el tratamiento de diversas patologías entre las que se encuentra: 1) "*colitis ulcerativa*", 2) artritis reumatoide, 3) artritis psoriatica, 4) espondilitis anquilosante, 5) espondiloartritis axial no radiográfica, 6) psoriasis, 7) enfermedad de Crohn, 8) artritis idiopática juvenil poliarticular, 9) hidradenitis supurativa.

[Faint, illegible text covering the majority of the page, likely bleed-through from the reverse side.]



27. El medicamento ADALIMUMAB, no es un fármaco cosmético, sin evidencia científica, o que se encuentre en experimentación, razón por la que no puede ser suprimido de las coberturas del sistema de salud, al no cumplir con los criterios de exclusión de servicios de salud enlistados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

28. En el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 por la cual el Ministerio de Salud creó el Plan de Beneficios en Salud (PBS), además del ADALIMUMAB se limitó la plena provisión de los siguientes 83 medicamentos, pese a que tienen registros sanitarios con usos aprobados por el INVIMA, y no cumplen con los criterios de exclusión de servicios de salud expresa y taxativamente enlistados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

Abatacept; Adalimumab; Alendrónico Ácido; Alendrónico Ácido + Colecalciferol (Vit. D3); Alteplasa; Amoxicilina – Clavulanato; Anastrozol; Aripiprazol; Azitromicina; Bevacizumab; Bicalutamida; Capecitabina; Carvedilol; Cefuroxima; Certolizumab Pegol; Claritromicina; Clopidogrel; Dinoprostona; Docetaxel; Doxazosina; Entacapona / Carbidopa / Levodopa; Epirubicina; Escitalopram; Esomeprazol; Espiramicina; Estradiol; Etanercept; Exemestano; Fingolimod; Fluvoxamina; Fondaparinux; Fulvestrant; Gemcitabina; Glatirámero Acetato; Glucagón; Golimumab; Imatinib; Infliximab; Interferón Beta-1ª; Interferón Beta-1b; Labetalol; Lacosamida; Lamotrigina; Leflunomida; Letrozol; Levetiracetam; Levofloxacina; Levonorgestrel; Metoprolol Succinato; Micofenolato; Minoxidil; Misoprostol; Moxifloxacina; Natalizumab; Nimodipina; Octreotide; Olanzapina; Olanzapina; Omeprazol; Ondansetron; Oxcarbazepina; Palivizumab; Paroxetina; Pegfilgrastim; Prasugrel; Quetiapina; Ranitidina (Clorhidrato); Risperidona; Risperidona; Rituximab; Rivastigmina; Somatostatina; Somatropina; Tacrolimus; Terlipresina; Tirofibán; Tocilizumab; Topiramato; Trastuzumab; Vacuna Contra Neumococo; Valaciclovir; Vigabatrina; Zinc Sulfato.

29. En los anexos 2 y 3 de la resolución 6804 de 2016 por la cual el Ministerio de Salud creó el Plan de Beneficios en Salud (PBS), también se limitó el acceso a los servicios de la seguridad social en salud, a más de 200 procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio clínico, pese a que no cumplen con los criterios de exclusión de servicios de salud expresa y taxativamente enlistados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

30. El Ministerio de Salud y Protección Social, en los oficios los 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, confirmó que en la resolución 6408 de 2016, implementó un "mecanismo de protección colectiva" denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS), para dar acceso a servicios de salud al: " ... i)...85% de los procedimientos realizados en el país", y al "ii)...50% de los medicamentos disponibles en Colombia..."



31. El Ministerio de Salud y Protección Social, para acatar el auto 071 de 2016 de la Corte Constitucional, expidió la resolución 3951 de 2016, en la que implementó una herramienta tecnológica denominada MIPRES, cuya finalidad era la de simplificar el proceso de recobros al Fosyga por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)
32. El Ministerio de Salud y Protección Social, en oficios los 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, eludiendo que la finalidad del MIPRES se relaciona con el auto 071 de 2016 de la corte constitucional, indicó que el propósito de la herramienta tecnológica es el de dar acceso a servicios de salud al: " ... i)...15% de los procedimientos realizados en el país", y al "ii)...50% de los medicamentos disponibles en Colombia...", lo que denominó un "mecanismo de protección individual".
33. El aplicativo MIPRES, desarrollado en la resolución 3951 de 2016, contiene unas tablas que limitan la libre formulación y prescripción de medicamentos y procedimientos quirúrgicos que son parte de la cobertura del sistema de seguridad social en salud por no cumplir los criterios de exclusión contenidos en los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.
34. La Corte Constitucional en el auto 1 de 2017, determinó que el aplicativo MIPRES, debe usarse exclusivamente para la aprobación de servicios de salud expresa y taxativamente excluidos de cobertura, en el entendido "que pese a la existencia de un nuevo catálogo que cubre todas las prestaciones a excepción de las explícitamente excluidas, persistirán situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirán de estas tecnologías y se debe contar con un trámite para su autorización".
35. A la fecha (junio de 2017), El Ministerio de Salud y Protección Social no ha implementado el listado expreso y taxativo de todos los servicios de salud excluidos del sistema de seguridad social en salud, acorde con lo mandado los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

7.- ENUNCIACIÓN DE LAS PRETENCIONES

(Artículo 18 literal a) Ley 472 de 1998).

En el marco establecido en el artículo 144 del CPAyCA (Ley 1437 de 2011) la presente acción popular pretende:

PRIMERO. Que se declare que el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL es responsable de la vulneración, agravio, peligro y amenaza del derecho e interés colectivo al "ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD", para los más de treinta y siete (37) millones de ciudadanos afiliados al sistema de salud, al desconocer deliberadamente el modelo de acceso a servicios de salud definido en la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, y en la Sentencia C313 de 2014.

AMERICAN
LIBRARY
LONDON

SEGUNDO: Que para hacer cesar la vulneración, agravio, peligro y amenaza del derecho e interés colectivo al “ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, se ordene al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, que elimine las restricciones a los servicios de salud, impuestas en los anexos 1, 2, 3 de la resolución 6408 de 2016, de manera que los colombianos, conforme a lo mandado en la sentencia C313 de 2014., tengan acceso irrestricto a todos los servicios de salud que no cumplan con los criterios de exclusión contenidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud,

TERCERO: Que para hacer cesar la vulneración, agravio, peligro y amenaza del derecho e interés colectivo al “ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social, que expida el listado expreso y taxativo de servicios de salud no cubiertos por el sistema de seguridad social en salud, por cumplir los criterios de exclusión contenidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, conforme a lo mandado en la sentencia C313 de 2014.

CUARTO: Que para hacer cesar la vulneración, agravio, peligro y amenaza del derecho e interés colectivo al “ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social, que suspenda el uso indebido del aplicativo MIPRES regulando en la resolución 3951 de 2016, y que según lo mandado en el auto 1 de 2017 de la Corte Constitucional, utilice dicha herramienta tecnológica, exclusivamente para la autorización de los servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios.

QUINTO: Que en los términos del artículo 34 de la Ley 472 de 1998, y del literal a) del Artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del derecho a la Salud y que exige al Estado: “...*Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas...*”, ese H Tribunal adopte todas las medidas de hacer y no hacer, que estime necesarias orientadas a que no se repita la violación al derecho colectivo al ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

8.- INTERÉS COLECTIVO VULNERADO Y CONCEPTO DE LA VIOLACIÓN

(Artículo 18 literal a) Ley 472 de 1998).

El artículo 49 de la Carta Política establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado.

Por su parte, el Art 4 de la Ley 100 de 1993 dispone que el servicio público de la seguridad social es “*esencial*” en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



De otro lado, la Ley 472 de 1998, literal j) del artículo 4º, instaura el "acceso a los servicios públicos", como un derecho colectivo, cuya defensa y protección se posibilita a través de las acciones populares consagradas en el artículo 88 de la Carta.

En similar sentido, la ley Estatutaria 1751 de 2015, consagró al derecho a la salud como de rango fundamental, y fijó a los principios "*pro homine*"² y de "*integralidad*" como derroteros para el goce efectivo del mismo.

En este marco de un derecho colectivo, esencial y fundamental, de carácter integral y basado en una interpretación de las normas en favor del ser humano, la presente acción busca la protección de 37,4 millones de ciudadanos afiliados al sistema de salud, cuyo derecho colectivo al "**ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**" resulta vulnerado, agraviado, puesto en peligro y amenazado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de las resoluciones 6408 y 3951 ambas de 2016, actos administrativos en los que se viola abiertamente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la sentencia C313 de 2014, los auto 410/16 y 1 /17, imponiendo limitaciones inconstitucionales a los servicios de salud a que pueden acceder los colombianos, violentando con ello derechos colectivos fundamentales.

A partir de esta premisa, a continuación, se exponen en detalle los conceptos de la violación que en se funda la presente acción:

8.1. – EN LAS RESOLUCIONES 6408 Y 3951 DE 2014, EL MINISTERIO DE SALUD ABIERTAMENTE INCUMPLIÓ LO ORDENADO EN LA SENTENCIA C313 Y EN LOS ARTÍCULOS 6º, 8º Y 15º DE LA LEY ESTATORIA 1751 DE 2015, AL EXPEDIR UN LISTADO DE SERVICIOS DE SALUD DECLARADO INEXEQUIBLE.

En la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en los artículos 6º, 8º y 15º, se consagraron los elementos y principios fundamentales que rigen el sistema de seguridad social en salud actualmente vigente:

Específicamente, en el artículo 6º se plasmaron los elementos esenciales e interrelacionados que orientan el sentido del derecho fundamental a la salud.

Dentro de los parámetros enlistados en el mentado artículo 6º, se incluyó el principio "*pro homine*", que se definió como el deber de las autoridades y demás actores del sistema de salud, de adoptar "*la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas*"

Por su parte, en el artículo 8º el legislador delimitó el alcance del derecho fundamental a la salud, con base en el principio de "*integralidad*" que definió así:

² Ley 1751 de 2017, artículo 6º "*...Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas...*"

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

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada...”

A partir de la interpretación “*pro homine*” y del alcance “*integral*” del derecho fundamental a la salud, en el artículo 15 de la Ley 1751 Estatutaria del derecho Fundamental a la Salud, el legislador definió de forma general y amplia las prestaciones de salud cubiertas, y fijó los precisos y expresos criterios de exclusión de servicios de salud.

La norma dice lo siguiente:

“...Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la **prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud**, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.



... (mirrored text) ...

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud....

Respecto de la norma anterior (*artículo 15 de la ley 1751*), es fundamental precisar que inicialmente, el Congreso de la República al aprobar la Ley Estatutaria, en el inciso 4° había previsto un mecanismo participativo para la definición de los contenidos que el sistema de salud brinda a los colombianos.

El texto ***inicial*** del entonces proyecto del inciso 4° del artículo 15, aprobado por el Congreso era el siguiente:

***“...Artículo 15. Prestaciones de salud...
....Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema...”***

Nótese que en desarrollo del control previo establecido en el artículo 281 numeral 8 de la Constitución Política, la H Corte Constitucional profirió la sentencia C313 de 2014, en la que, entre otras decisiones, declaró la inexequibilidad de la expresión ***“...para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema..”*** contenida en el inciso 4 del artículo 15 del entonces proyecto de ley, en el entendido que ***por los principios “pro homine” e “integralidad” resulta inconstitucional que se definan las prestaciones de salud cubiertas.***

Textualmente, lo dicho por el Tribunal Constitucional fue.

“...En cuanto al inciso 4° que incorpora un mecanismo para definir las prestaciones de salud cubiertas, considera la Corte que al especificarse como finalidad la anotada, resulta manifiestamente opuesto a lo considerado en esta providencia, pues, parte del inaceptable presupuesto de servicios y tecnologías no cubiertos por el sistema pero que tampoco corresponden a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador. La presencia de esta finalidad comporta una restricción indeterminada al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud, lo cual ya ha sido objeto de consideración y estimación en otros enunciados del proyecto como el caso de los incisos 2° y 3° del artículo 8°.

Para la Sala, la configuración por el legislador ordinario de un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para el logro progresivo de beneficios no resulta inconstitucional, lo que resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, atendiendo que, salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión “para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema”. Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un telos que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2° y 49 de la Carta...³”

³Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, páginas 461, 462

Como corolario de estos fundamentos constitucionales, en el numeral decimo (10º) de la sentencia C313 de 2014, la Corte Constitucional declaró la inexecutable de la definición de las prestaciones de salud cubiertas por el sistema que en el inciso 4º del artículo 15 del entonces proyecto, había previsto por el legislador:

La decisión de inconstitucionalidad fue la siguiente:

“...Décimo. - Declarar EXEQUIBLE el artículo 15, salvo las expresiones “para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema” que se declara INEXEQUIBLES y el párrafo 2, que se declara EXEQUIBLE en el entendido de que no puede dar lugar a menoscabar la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos fundamentales...”

Resulta importante llamar la atención de la Sala respecto de las implicaciones de la decisión de constitucionalidad en comento, pues a juicio de la Corte Constitucional, con la nueva Ley Estatutaria (*hoy Ley 1751 de 2015*), el derecho fundamental a la salud no requiere una definición de las prestaciones cubiertas por el sistema, sino que este adquiere una nueva dimensión, estructurada a partir de la inclusión de todos los servicios y tecnologías necesarios para la atención en salud, salvo aquellos que se excluyan taxativa y expresamente, por cumplir con los precisos criterios de exclusión contenidos en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015.

Esta novedosa concepción de la estructura del sistema de salud implantada en la Ley 1751 de 2015, fue descrita en la sentencia C313 de 2013 de la siguiente forma:

“...Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo. Entiende la Sala que el legislador incorporó en el artículo 15 una cláusula restrictiva expresa, la cual establece los servicios y tecnologías excluidos de la prestación del servicio...”⁴

Valga recordar que, en los términos del párrafo 1º del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 atrás citado, el Ministerio de Salud contaba con un plazo de hasta dos (2) años para “implementar” el nuevo modelo de prestaciones en salud, esto es, tomando la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española para el vocablo “implementar”⁵, para febrero 16 de 2017, no debería existir un listado de servicios de salud incluidos, sino que el Ministerio de Salud tenía el deber legal de expedir el listado de los servicios de salud expresa y taxativamente excluidos.

Sin embargo, de forma deliberada el Ministerio de Salud ignoró el régimen jurídico contenido en la ley estatutaria 1751, e incluso irrespetó los llamados de atención que en dicho sentido le hizo la Corte Constitucional, como se ilustra a continuación:

⁴ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, página 361

⁵ Real Academia Española: “...Implementar: Poner en funcionamiento o aplicar métodos, medidas, etc., para llevar algo a cabo...” <http://dle.rae.es/?id=L4eKVkR>



8.1.1.- EL MINISTERIO DE SALUD ABIERTAMENTE DESCONOCIÓ EL AUTO 410 DE 2016 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, QUE LE ADVIRTIÓ SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 175 Y LA SENTENCIA C313

Frente al trascendental cambio en la estructura del sistema de salud hasta entonces imperante, es necesario hacer ver al H Tribunal Administrativo que antes de expiración de dicho plazo, la Corte Constitucional, a través de la Sala de Seguimiento de la sentencia T760 de 2008, en el auto 410 del 15 de septiembre de 2016, no solo recabó la novedosa estructura del sistema de salud, sino que además, "**advirtió**" expresamente al Ministerio de Salud, para que respetara los preceptos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como las decisiones de constitucionalidad adoptadas en la sentencia C313.

Lo textualmente dicho por la Corporación Constitucional fue:

*"...Sexto. **Advertir al Ministerio de Salud y la Protección Social que en la elaboración del próximo plan de beneficios que entrará a regir a partir del 16 de febrero de 2017, deberá seguir expresamente los lineamientos establecidos en la ley estatutaria de salud (art. 15) y la jurisprudencia de esta Corporación (sentencia C-313 de 2014 fundamento jurídico número 5.2.15.3.1. y siguientes), a fin de contar con criterios específicos de exclusión, que no lleve a ambigüedades que vayan en detrimento de la efectiva garantía del derecho a la salud...**"*

Empero, pese a: 1) la advertencia de la Corte; 2) al deber de la autoridad pública de acatar la Constitución y la Ley; y, 3) al mandato del artículo 48 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, que impone efecto obligatorio general a las sentencias proferidas en cumplimiento del control de constitucionalidad, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió las resoluciones 6408 y 3951 de 2016, con las cuales, "definió unos listados" explícitos e implícitos de servicios de salud que se brindan a los colombianos, contrariando con ello lo mandado en la sentencia C313 de 2014.

Con esta deliberada conducta, el Ministerio de Salud violó el derecho colectivo de por lo menos 37,4⁶ millones de ciudadanos al "**ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**", al abiertamente ignorar la inexecutable de la expresión "*para definir las prestaciones cubiertas por el sistema*", así como los principios "*pro homine*", "*integralidad*", y la "*regla general de cobertura total de servicios de salud y exclusiones expresas*", consagradas en los artículos 6º, 8º y 15º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

⁶ Ministerio de Salud y protección Social, Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para Garantizar el Plan de Beneficios en Salud para el año 2017, páginas 64, 65, 70 y 71, total población afiliada al sistema de seguridad social en salud: los regímenes contributivo y subsidiado: 37.414.557

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/Estudio-suficiencia-ano-2017.7z>

NOTARIAL PUBLIC
STATE OF NEW YORK
JUN 10 1964



Este palmar despropósito de violación de la Ley y desacato a las decisiones de constitucionalidad, fue sofisticadamente explicado por el Ministerio de Salud en los oficios 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo de 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, con los que se respondieron los requerimientos previos al inicio de la presente acción, como la implantación de un “*mecanismo de protección colectiva*” consistente en un **listado detallado** de servicios que se brindan a todos los ciudadanos (*Plan de Beneficios en Salud - resolución 6408/16*), complementado con un “*mecanismo de protección individual*” para la autorización, **caso a caso**, de servicios de salud que los ciudadanos lleguen a requerir y que no estén cubiertos en el listado (*MIPRES-resolución 3951/16*).

Lo anterior fue descrito por el Ministerio de Salud⁷ en los siguientes términos:

*“Las prestaciones de salud cubiertas en el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) son las que hacen parte del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la resolución 6408 de 2016 y sus anexos: 1 “**Listado** de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” ...2 “**Listado** de Procedimientos en salud del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC”, y 3 “ **Listado** de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”..”*

Sin embargo, se reitera que a raíz de la inexequibilidad de: 1) la expresión “*para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema*”; y 2) del párrafo del art 8º del entonces proyecto de ley estatutaria⁸, ordenadas en los numerales 6º y 10º de la sentencia C 313 de 2014, **fue proscrito del ordenamiento constitucional la estructura de la cobertura de servicios de salud basada en un listado de inclusiones, bien sea este explícito o implícito.**

Al respecto, cabe insistir en lo dicho de forma tajante por la H Corte Constitucional en la sentencia C313 de 2014, sobre que las prestaciones en salud que se brindan a los ciudadanos no pueden depender del criterio arbitrario de la autoridad administrativa, como pretende el Ministerio de Salud en las resoluciones 6408 y 3951, sino que todos los servicios de salud necesarios se encuentran incluidos, salvo los expresamente excluidos por cumplir los criterios contenidos en los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

⁷ Petición 201742301074712 de la accionante Aydee Sánchez Salazar al Ministerio de Salud para corrección de las omisiones en la parametrización del aplicativo MIPRES

⁸ Congreso de la Republica, Proyecto de Ley Estatutaria Ley Estatutaria No. 209 de 2013 Senado y 267 Cámara, por el cual se regula el derecho fundamental a la salud, Artículo 8º Parágrafo. “...*Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado...*”



Lo anterior por cuanto la dimensión e impacto del cambio de estructura del sistema de salud de un “*modelo de inclusiones*” contenido en la Ley 100 de 1993, a un “*modelo de exclusiones*” reglado en la Ley 1751 de 2015, fue avizorado por la propia Corte en la sentencia C313 de 2014, en la que proscribió que las autoridades públicas persistieran en imponer criterios arbitrarios para limitar la cobertura de servicios de salud.

Este capital postulado del Tribunal Constitucional se plasmó de la siguiente manera:

“...Para la Sala, preceptos como el contenido en el párrafo del artículo 8º, en lugar de reforzar el principio de integralidad, **dan pábulo para que agentes del sistema consideren que servicios cubiertos por el sistema de salud, no deben ser brindados, generando con ello un detrimento al derecho fundamental a la salud.** Entiende la Corte que esos márgenes de indefinición son los que han dado lugar a las denominadas “lagunas” o “zonas grises”, en las cuales, se encuentran servicios o tecnologías que ni están incluidos en el sistema de salud, ni están excluidos del mismo. Esa situación, es la que ha dado lugar, en no pocas ocasiones, a que el juez de tutela sea convocado a proteger un derecho fundamental, esto es, a restaurar el valor normativo de la Constitución en casos concretos.

Para la Corte el enunciado legal revisado, **da lugar a una limitación indeterminada de un derecho fundamental**, con lo cual, se desconoce el mandato establecido en el artículo 2º de la Carta que establece como un fin del Estado, la realización efectiva de los derechos. Igualmente, se quebranta el imperativo contenido en el inciso 1º del artículo 49 del Texto Superior que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. **No se entiende cómo se avendría con tal garantía constitucional, una disposición que da pie para poner en duda la garantía misma.** Esta precisión resulta indispensable porque más allá de lo indeseable de las consecuencias prácticas del mandato, son razones de orden constitucional las que impelen a este Tribunal Constitucional a excluir del ordenamiento jurídico

No sobra anotar que, si se proscribiese la condición del vínculo directo con el tratamiento para permitir el financiamiento y, consecuentemente, el acceso al servicio; continuarían las restricciones indefinidas en contravía de los mandatos constitucionales que garantizan efectivamente el derecho. **Para la Corporación, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo. Entiende la Sala que el legislador incorporó en el artículo 15 una cláusula restrictiva expresa, la cual establece los servicios y tecnologías excluidos de la prestación del servicio...⁹**

Como corolario de lo anotado, al expedir las resoluciones 6408 y 3951 de 2016, y establecer un listado expreso y otro implícito de servicios de salud que se cubren a por lo menos los 37,4 millones de colombianos afiliados al sistema de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, desacató la jurisprudencia obligatoria contenida en la sentencia C313 de 2014, y violó los artículos 6º, 8º y 15º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, desconociendo de forma grave y deliberada que, la declaratoria de inexecutable de la expresión “**para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema**” le impedía expedir dichos listados por cuanto, a juicio de la Corte, resultan inconducentes, como se repite a continuación:

⁹ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, páginas 360 y 361.



36

10

*"...lo que resulta **inconstitucional** es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones..."¹⁰*

Resta anotar que, en adición al grave esguince que el Ministerio de Salud y Protección Social hace a cumplir la ley y la jurisprudencia, dicho ente también incumplió el deber impuesto por el parágrafo 1º del artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, al no implementar el sistema de exclusiones expresas y taxativas que son el eje de nuevo modelo de salud "pro homine" e "integral", que rige en Colombia desde el 16 de febrero de 2017, según se plasmó en la norma así:

"...Artículo 15. Prestaciones de salud....

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud..."

8.2. – EL MINISTERIO DE SALUD PRETEXTANDO RAZONES ECONÓMICAS PROSCRITAS POR EL ARTICULO 8º DE LA LEY 1751 DE 2015 Y POR LA SENTENCIA C313 DE 2014, CON LAS RESOLUCIONES 6408 Y 3951 DE 2016, IMPUSO UNA BARRERA Y FRACTURÓ LA "INTEGRALIDAD" EN EL ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Sin perjuicio de la potísima violación del orden constitucional expuesta en el punto precedente, hay que poner en evidencia la ilegalidad de las razones que el Ministerio de Salud, invocó para expedición de las resoluciones 6408 y 3951.

Respecto la resolución 6408/16, dice la entidad accionada que, corresponde a un "mecanismo de protección colectiva" denominado Plan de Beneficios en salud, integrado por tres (3) listados que detallan los servicios de salud que se brindan a los afiliados así: 1) los medicamentos; 2) los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos; y 3) los servicios de laboratorio clínico.

En lo que atañe a la resolución 3951/16, indicó el Ministerio de Salud que consiste en un "mecanismo de protección individual" para acceder a los servicios de salud no incluidos en los listados, que se lleva a cabo por medio del aplicativo MIPRES, y que opera cuando "surge una necesidad individual y excepcional, sobre la cual no aplica la protección colectiva"¹¹

Cabe resaltar que esta dualidad en la cobertura de servicios de salud, entre el Plan de Beneficios en Salud (PBS), "protección colectiva" y la "protección individual" regulada por el aplicativo MIPRES, la explica el Ministerio de Salud como resultado de la siguiente razón financiera:

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, páginas 460 y 461

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social, oficio 201733201025581, 30 de mayo de 2017, de respuesta al actor Sr Aníbal Rodríguez Guerrero, a la petición 201742300774402, previa al inicio de una acción popular

- El “**componente colectivo**” se financia con la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- El “**componente individual**” se cubre con recursos del Fosyga (*régimen contributivo*), y con recursos de las entidades territoriales (*régimen subsidiado*).

Hay que resaltar que la anterior consideración que el Ministerio de Salud hizo a quienes fungimos como actores populares y que está contenida en los oficios 201733201025581¹², 201733201025771¹³, 201734101102831¹⁴, **es ilegal y recaba el desacato a la sentencia C313 de 2014 y el incumplimiento a lo mandado en la ley estatutaria 1751**, pues la ley y la jurisprudencia proscriben que, invocando razones financieras, se expidan actos administrativos con los que se violen los derechos colectivos de los ciudadanos.

Sobre este particular sea lo primero precisar que, las resoluciones 6408 y 3951 son un mero cambio semántico para mantener el modelo de salud creado en la Ley 100 de 1993, para lo cual solo se reemplazó el “Plan Obligatorio de Salud” (POS) por el “Plan de Beneficios en Salud” (PBS), y los “recobros” por servicios NO POS, por el “MIPRES”.

En segundo lugar, las razones financieras en que el Ministerio de Salud sustenta la expedición de las resoluciones 6408 y 3951, riñen abiertamente con el artículo 8º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la salud, que **expresamente proscribió** que, por motivos meramente financieros, se violente el principio de “*integralidad*” en la atención en salud.

La simple lectura de la norma ilustra sin hesitación el atropello a los derechos colectivos en que, invocando razones financieras, incurre el Ministerio de Salud:

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

De lo hasta aquí expuesto, se aprecia de plano la renuencia del Ministerio de Salud a llevar a cabo la transformación estructural del modelo de salud basado en “*inclusiones*” creado en 1993 por Ley 100, al modelo de cobertura integral fundado en “*exclusiones*”, que desde febrero de 2017 debe regir según lo prescrito en la Ley 1751 de 2015.

¹² Enviado a Aníbal Rodríguez Guerrero.

¹³ Enviado a Mary Alejandra Céspedes Castillo

¹⁴ Enviado a Aydee Sánchez Salazar.



Pero la ilegalidad y falta de fundamento de las razones financieras expuestas por el Ministerio de Salud para justificar la fractura en la cobertura de los servicios de salud, conducen además a que el "*mecanismo individual*" denominado MIPRES (resolución 3951/16) imponga y constituya una velada barrera al acceso al servicio público esencial de la seguridad social en salud.

Valga recabar que el propio Ministerio de Salud que en el oficio 201733201025581, indicó que el MIPRES opera frente a "*necesidades excepcionales*¹⁵" que son calificadas como tales, según el criterio arbitrario de los funcionarios del Ministerio de Salud, luego no es cierto que se trate de una herramienta que garantice a los ciudadanos el acceso pleno a los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, sino que la herramienta tecnológica corresponde a una velada barrera que se impone a los ciudadanos.

Las consecuencias de esta fractura a la "*integralidad*" y subrepticia barrera al acceso al servicio público esencial de la salud, se ilustran con el caso de la Sra. Aydee Sánchez Salazar, quien hace parte de los actores populares y es víctima directa de dicha situación, como a continuación se ilustra:

1. La Sra. Aydee Sánchez Salazar padece la enfermedad "*colitis ulcerativa*" que consiste en unas llagas que de manera espontánea aparecen en el intestino y que producen intenso dolor, sangrado rectal y enorme riesgo de perforación con compromiso de la vida.
2. Para el tratamiento de dicha enfermedad, la Sra. Sánchez Salazar requiere el medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML, el cual consume desde hace más de un (1) año.
3. En consulta del día 9 de mayo de 2017, los médicos especialistas en gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio en Bogotá conceptuaron que, el no suministro continuo y oportuno del medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML, puede ocasionar serias complicaciones a la salud, que pueden llegar a la **MUERTE** de la Sra. Aydee Sánchez Salazar.
4. El medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML **no está incluido** en el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016 Plan de Beneficios en Salud; para el tratamiento de la "*colitis ulcerativa*"
5. El medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML **está incluido** en el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016 Plan de Beneficios en Salud, **solo para el tratamiento de la "*artritis reumatoidea*"**, como se aprecia a continuación:

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, oficio 201733201025581, 30 de mayo de 2017, de respuesta al actor Sr Aníbal Rodríguez Guerrero, a la petición 201742300774402, previa al inicio de una acción popular

NOTAR
AMER DEL
REPUBLICA
DE LA

			
Anexo 1 Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC			
A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO			
MEDICAMENTOS CON LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DESCRITAS A CONTINUACIÓN:			
a. Los medicamentos con los principios activos, concentraciones y formas farmacéuticas descritas como incluidos en este plan de beneficios se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC).			
b. Los medicamentos no incluidos en este plan de beneficios, también se cubren si cumplen lo dispuesto en el artículo 134 del presente acto administrativo.			
ID	LÍNEA	ADALIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS
ADALIMUMAB		CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS	

6. El medicamento ADALIMUMAB (comercialmente conocido como HUMIRA) cuenta con registro sanitario INVIMA 2014M-0002933-R1 para el tratamiento de la "colitis ulcerativa", e incluso sus indicaciones terapéuticas desbordan ampliamente el limitado uso que se autoriza el MinSalud en el Plan de Beneficios en Salud, como se aprecia en el reporte del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA:

Indicaciones	ADULTOS: INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS E INHIBIR LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA A SEVERAMENTE ACTIVA QUE NO HAN RESPONDIDO SATISFACTORIAMENTE A UNO O MÁS AGENTES ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD (ARME). PUEDE EMPLEARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO Y OTROS AGENTES ARME. ARTRITIS PSORIÁTICA Y ARTRITIS TEMPRANA. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (ESPONDILOARTRITIS AXIAL SIN EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE EA), HUMIRA ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL ACTIVA, NO RADIOGRÁFICA, QUIENES TIENEN RESPUESTA INADECUADA, SON INTOLERANTES O TIENEN CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR AINES TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACA CRÓNICA MODERADA A SEVERA. INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL Y MEJORA EN LA FUNCIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA. EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPIA CONVENCIONAL O HAN PERDIDO RESPUESTA O SON INTOLERANTES AL INFILIXIMAB, HUMIRA® HA DEMOSTRADO CURACIÓN DE LA MUCOSA Y CIERRE DE LA FÍSTULA EN FORMA COMPLETA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA ILEOCOLÓNICA. HUMIRA® INDUCE Y MANTIENE LA RESPUESTA CLÍNICA A LARGO PLAZO Y LA REMISIÓN EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA. HUMIRA REDUCE EL RIESGO DE RE-HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD DE CROHN. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE COLITIS ULCERATIVA ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES ADULTOS QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL, INCLUYENDO CORTICOSTEROIDES Y 6-MERCAPTOPURINA (6-MP) O AZATIOPRINA (AZA), O QUIENES SON INTOLERANTES A ESAS TERAPIAS O TIENEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA DICHAS TERAPIAS. PEDIATRÍA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES DE 2 AÑOS DE EDAD Y MAYORES. HUMIRA® PUEDE USARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS E INDUCIR Y MANTENER LA REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, DE 6 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA DE MODERADA A SEVERA QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL. ARTRITIS RELACIONADA CON ENTERITIS: HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS RELACIONADA CON ENTERITIS, EN PACIENTES DE 6 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA, O QUE SON INTOLERANTES A LA TERAPIA CONVENCIONAL. PSORIASIS EN PLACA EN PEDIATRÍA HUMIRA ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA CRÓNICA Y SEVERA, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES A PARTIR DE LOS 4 AÑOS DE EDAD QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA O QUE SON CANDIDATOS INAPROPIADOS PARA TERAPIA TÓPICA O FOTOTERAPIA. EN ADULTOS: HIDRADEITIS SUPURATIVA: HUMIRA ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE HIDRADEITIS SUPURATIVA ACTIVA DE MODERADA A SEVERA (ACNÉ INVERSO) EN PACIENTES ADULTOS CON RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL DE LA HS.
---------------------	---

7. El Ministerio de Salud no puede restringir de la cobertura del sistema de salud al medicamento ADALIMUMAB PEN AUTOPLICADOR SOLUCIÓN INYECTABLE 40MS/0.8ML para el tratamiento de la "colitis ulcerativa", pues dicho fármaco no cumple con los criterios de exclusión de servicios de salud expresa y taxativamente enlistados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud.

NOTARY PUBLIC
ANGELES
CALIFORNIA
808
NOTARIO

8. El Ministerio de Salud pretexto¹⁶ que la Sra. Aydee Sánchez Salazar puede acceder al medicamento ADALIMUMAB a través del “*mecanismo individual*” denominado MIPRES, sin embargo, la Sra. Aydee Sánchez Salazar tuvo que acudir a la acción de tutela¹⁷ para que le fuera provisto el medicamento.

Como se puede apreciar, las resoluciones 6408 y 3951 impusieron una barrera a los servicios de salud, que fractura la integralidad en el “ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, situación que palmariamente aqueja a la Sra. Aydee Sánchez Salazar, y que afecta también a miles y posiblemente a millones de colombianos, pues en el mismo caso del medicamento ADALIMUMAB, están los siguientes 83 medicamentos, a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 por razones financieras subrepticias, se limita su provisión a las indicaciones terapéuticas arbitrariamente elegidas por el Ministerio de Salud, incluso a costa de ignorar los usos terapéuticos aprobados por el INVIMA:

Abatacept; Adalimumab; Alendrónico Ácido; Alendrónico Ácido + Colecalciferol (Vit. D3); Alteplasa; Amoxicilina – Clavulanato; Anastrozol; Aripiprazol; Azitromicina; Bevacizumab; Bicalutamida; Capecitabina; Carvedilol; Cefuroxima; Certolizumab Pegol; Claritromicina; Clopidogrel; Dinoprostona; Docetaxel; Doxazosina; Entacapona / Carbidopa / Levodopa; Epirubicina; Escitalopram; Esomeprazol; Espiramicina; Estradiol; Etanercept; Exemestano; Fingolimod; Fluvoxamina; Fondaparinux; Fulvestrant; Gemcitabina; Glatirámero Acetato; Glucagón; Golimumab; Imatinib; Infliximab; Interferón Beta-1^a; Interferón Beta-1b; Labetalol; Lacosamida; Lamotrigina; Leflunomida; Letrozol; Levetiracetam; Levofloxacin; Levonorgestrel; Metoprolol Succinato; Micoferolato; Minoxidil; Misoprostol; Moxifloxacin; Natalizumab; Nimodipina; Octreotide; Olanzapina; Olanzapina; Omeprazol; Ondansetron; Oxcarbazepina; Palivizumab; Paroxetina; Pegfilgrastim; Prasugrel; Quetiapina; Ranitidina (Clorhidrato); Risperidona; Risperidona; Rituximab; Rivastigmina; Somatostatina; Somatropina; Tacrolimus; Terlipresina; Tirofibán; Tocilizumab; Topiramato; Trastuzumab; Vacuna Contra Neumococo; Valaciclovir; Vigabatrina; Zinc Sulfato.

Cabe agregar que esta situación de fractura en el acceso a los servicios de la seguridad social en salud, afecta también a más de 200 procedimientos quirúrgicos a los que, el anexo 2 de la resolución 6804 de 2016, les condiciona su provisión a que el aplicativo MIPRES (*resolución 3951/16*), aleatoria y arbitrariamente los autorice para que se suministren a los usuarios.

Para ilustrar al Tribunal Administrativo sobre la dimensión de la fractura en la integralidad en el “ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, baste mencionar que el Ministerio de Salud en el oficio 201733201025581 del 30 de mayo de 2017, al dar respuesta a uno de los requerimientos previos al inicio de la presente acción, indicó:

¹⁶ Ministerio de Salud, oficio 201734101102831 del 8 de junio de 2017.

¹⁷ Tribunal Superior de Bogotá, sala penal, acción de tutela 11001220400020170130400 de Aydee Sánchez Salazar Vs Ministerio de Salud y Compensar EPS

- “Mediante este mecanismo (protección colectiva denominado Plan de Beneficios en Salud – resolución 6408/16) se ha garantizado el derecho a la salud así: ... i) El 85% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia...”
- “Mediante este mecanismo (protección individual denominado MIPRES – resolución 3951/16), se ha garantizado el derecho a la salud así: ... i) El 15% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia...”¹⁸”

Frente a esta clara e inobjetable barrera y fractura en el acceso integral al servicio público esencial de la seguridad social en salud que, el Ministerio de Salud justifica como una dualidad debida al modelo de financiación, en que unos servicios de salud se financian con la UPC y otros con recursos del Fosyga, baste citar las palabras de la Corte Constitucional expuestas en la sentencia C313 de 2014, providencia en la que de forma tajante se proscribió dicho argumento:

“...En suma, son palmarias las evidencias de la necesidad de cumplir de manera urgente, el deber de adoptar la regulación y las políticas para financiar de manera sostenible el sistema de salud. Sin embargo, esta conclusión no puede conducir al equivoco de estimar que la presencia de dicho deber, en el ordenamiento jurídico, es una patente de curso para proferir normas y tomar decisiones que lesionen los derechos de los usuarios del sistema y, desconozcan la jurisprudencia de esta Corporación ...”¹⁹”

De lo expuesto, se concluye que los fundamentos financieros invocados por el Ministerio de Salud para la expedición de las resoluciones 6408 y 3951: 1) violan la integralidad en el acceso al servicio público de la salud, 2) desconocen la prohibición de invocar barreras financieras para afectar este principio (art 8 ley 1751), 3) desconocen la jurisprudencia constitucional obligatoria contenida en la sentencia C313, y 4) imponen una barrera subrepticia a los ciudadanos al goce efectivo del servicio público esencial de la salud.

8.3.- LA FRACTURA EN EL ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL OCASIONADA CON LAS RESOLUCIONES 6408 Y 3951 DE 2016, QUIEBRA ADEMÁS LA PREVALENCIA DEL “ASEGURAMIENTO EN SALUD” CONTENIDO EN LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1753 DE 2015 (PLAN NACIONAL DE DESARROLLO).

En la ley 1122²⁰ de 2007, se definió que el mecanismo de acceso al servicio público esencial de la seguridad social en salud se hace a través de un modelo de

¹⁸ Ministerio de Salud, oficio 201733201025581 del 30 de mayo de 2017, página 2.

¹⁹ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, página 276.

²⁰ Ley 1122 de 2007, artículo 14: “...Artículo 14. **Organización del Aseguramiento.** Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

REPUBLIC
RELADEI
NOTAR

“aseguramiento”, en donde las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por cada usuario afiliado, reciben un valor denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), el cual dichas entidades tienen el deber de destinar a financiar la atención de los ciudadanos afiliados al sistema de salud.

Valga agregar que el modelo se denomina “aseguramiento”, pues el dinero se entrega a las EPS de manera previa a la enfermedad y en un valor igual por cada afiliado.



En este contexto, cabe recordar que como se mencionó en el numeral 8.2 precedente, por razones económicas, las resoluciones 6408 y 3951 de 2016, fracturaron el principio de “integralidad” en el acceso al servicio público de la seguridad social en salud, pues dispusieron que las EPS “aseguren” el acceso solo a los limitados servicios de salud enlistados en los anexos 1, 2, 3 de la resolución 6408 de 2016 (*mecanismo de protección colectiva*²¹), mientras que el Ministerio de Salud, y a través de la resolución 3951/16 implantó la herramienta tecnológica MIPRES (*mecanismo de protección individual*²²), entrometiéndose en el acto médico, para definir, arbitrariamente y de manera electrónica y particular a cada ciudadano, si este puede o no acceder a servicios de salud que no hayan sido enlistados en el Plan de Beneficios en salud (*hoy PBS antes POS*).

No sobra recordar que los espurios mecanismos “colectivo” e “individual” creados por el Ministerio de Salud en las resoluciones 6408 y 3951, se basan en violentar el régimen jurídico y constitucional, al desconocer los principios de “integralidad” en la atención, y el modelo de “exclusiones” que limita la negación del acceso a los servicios de salud solo a aquellos expresa y taxativamente excluidos, como lo mandan los artículos 8º y 15º de la ley Estatutaria 1751 de 2015.

Entonces, además de las razones atrás expuestas, los sofisticados mecanismos “colectivo” e “individual” instituidos por el Ministerio de Salud en las resoluciones 6408 y 3951, claramente vulneran el “acceso al servicio público esencial de la seguridad social en salud”, pues arrasan con la prevalencia del “aseguramiento obligatorio en salud”, contenido en la Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo del cuatrienio 2014 –2018 (PND 2014-2018).

Sobre este particular, hay que llamar la atención respecto del artículo 66 del PND 2014-2018²³, que creó una entidad pública de naturaleza especial, denominada “Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” adscrita al Ministerio de Salud, y cuya finalidad es la de garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento....

²¹ Ministerio de Salud y Protección social, oficios 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017.

²² Ibidem

²³ Ley 1753 de 2015, Plan Nacional Desarrollo 2014-2015, Diario Oficial 49.539, 9 de junio de 2015.

NOTAR
PUBLIC
STATE OF
NEW YORK

Nótese que, en el inciso 5º del comentado artículo 66, dentro de las funciones de esta institución, el legislador estableció que en la estructuración del presupuesto de gastos se daría **“prioridad al aseguramiento obligatorio en salud”**, para lo cual debe reconocer y pagar a las EPS, las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud (*literal c) artículo 66 ley 1753 de 2015*)

Así mismo, en consonancia con el concepto prevalente de **“aseguramiento en salud”**, en el artículo 67 literal h) del PND 2014-2018, el legislador previó que los dineros públicos que maneja la **“Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”**, deben cubrir también **“el pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, que venían siendo financiados con recursos del Fosyga”**.

Entonces, en el contexto de lo definido en la Ley Estatutaria 1751/15 sobre un concepto del servicio de salud, en el cual **“la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás constituye la regla y las exclusiones la excepción²⁴”**, lo mandado en el literal h) del artículo 67 de la Ley 1753/15 del Plan Nacional de Desarrollo, corresponde indefectiblemente al sistema de financiación de las **“prestaciones no incluidas en el plan de beneficios”**; esto es, de aquellas que expresa y taxativamente sean excluidas de la cobertura del sistema de salud por cumplir los criterios contenidos en los literales a) a f) del artículo 15 de la ley 1751.

Así, resulta palmar que las resoluciones del Ministerio de Salud 6408 y 3951, contradicen totalmente la estructura jurídica del sistema de seguridad social en salud, pues lo que mandan, tanto la ley 1751 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, como la ley 1753 del Plan Nacional de Desarrollo, es que se **“priorice el aseguramiento”** a través del cual las EPS brindan todos los servicios, tecnologías y demás atenciones en salud, a lo que se agrega la financiación con recursos públicos de aquellos servicios no incluidos en el plan de beneficios, que presten las EPS y que forzosamente corresponden a los expresa y taxativamente excluidos.

Entonces, el resultado de los mecanismos de protección **“colectiva”** e **“individual”** creados en las resoluciones 6408 y 3951, es el total quiebre del ordenamiento jurídico pues se recaba, ni la ley 1751 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, ni tampoco la ley 1753 del Plan Nacional de Desarrollo, facultan al Ministerio de Salud para que establezca un modelo dual de salud, en el que, 1) unos servicios de salud se **“aseguran”** a través de las EPS, mientras que 2) otros servicios de salud no asegurados, su acceso se define de manera arbitraria por una aplicación tecnológica creada y controlada por el Ministerio de salud.

Claramente este diseño de mecanismos de protección **“colectiva”** e **“individual”** inventado en las resoluciones 6408 y 3951, contradice la estructura de **“aseguramiento en salud”**, el cual en los términos de la ley 1751 de 2015, y de la ley 1753, se basan en una cobertura total de servicios, salvo las exclusiones que deben ser expresas y taxativas, tal y como lo definió la ley 1751 y lo precisó la Corte Constitucional en la sentencia C313 de 2014, en los siguientes términos:

²⁴ Corte Constitucional auto 1 de 2017 página 45.

The undersigned, a duly qualified and licensed Attorney at Law, State of New York, do hereby certify that the foregoing is a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the County of Westchester, New York.



In witness whereof, I have hereunto set my hand and the seal of my office, at Westchester, New York, this 1st day of May, 1954.

JOHN J. HARRIS
Notary Public
Westchester County, New York

Attest:
My commission expires this 1st day of May, 1954.

Notary Public
Westchester County, New York

JOHN J. HARRIS
Notary Public
Westchester County, New York

WESTCHESTER COUNTY, NEW YORK

“...Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas.

Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas...²⁵”

Como resultado de lo expuesto, en las resoluciones 6408/16 (*Plan de beneficios en salud - mecanismo de protección colectiva*) y 3951/16 (*MIPRES- mecanismo de protección individual*) se altera el orden jurídico, pues se quiebra el modelo de aseguramiento en salud, en la medida que el acceso a los servicios de salud no puede fraccionarse para brindar una parte de la cobertura de servicios de salud a través de las Entidades Promotoras de Salud, y dejar el acceso a un grupo significativo de servicios de salud, al criterio arbitrario de una herramienta tecnológica, cuya parametrización, de forma arbitraria, se llevó a cabo por el Ministerio de Salud.

8.4.- LA RESOLUCIÓN 3951 DE 2015, QUE DESARROLLA EL APLICATIVO MIPRES, VIOLA EN AUTO 1 DE 2017 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, QUE DEFINE EL ALCANCE DE DICHA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA, COMO ENFOCADA DE MANERA EXCLUSIVA, A LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EXCLUIDOS DEL NUEVO PLAN DE BENEFICIOS.

Como se explicó atrás, en los oficios, 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, con que el Ministerio de Salud y Protección Social dio respuesta a los requerimientos previos al inicio de la presente acción, la autoridad pública manifestó que las coberturas de servicios de salud plasmadas en las resoluciones 6408 y 3951 de 2016, corresponden respectivamente a: 1) un “*mecanismo de protección colectiva*” denominado Plan de Beneficios en Salud; y 2) un “*mecanismo de protección individual*”, denominado MIPRES.

Sin embargo, es menester hacer ver al H Tribunal Administrativo que la génesis del “*mecanismo de protección individual*”, denominado MIPRES, en realidad obedece a una perentoria orden de la Corte Constitucional contenida en el auto 071 de 2016, cuyo antecedente esta en las órdenes dictadas en la sentencia T760 de 2008.

²⁵ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, página 449.

En dicha providencia²⁶; la sala de seguimiento de la Corte Constitucional encontró que después de 8 años, el Ministerio de Salud había dado un “*cumplimiento bajo*” a la orden vigesimoséptima de la sentencia T760 de 2008, en la cual se le había ordenado que adoptara:

*“...las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de **recobro** funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias...”²⁷”*

Pese a que dicho mandato data del año 2008, en el año 2016, la Corte encontró que el Ministerio de Salud no había atendido la orden impartida años atrás (8), por lo que en el comentado auto 071, nuevamente dispuso que, en un plazo terminante de tres (3) meses el Ministerio de Salud debía rediseñar el proceso de recobros por servicios de salud no incluidos en el POS.

Lo ordenado textualmente fue:

*“rediseñe de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, **con obligatoria observancia** de los lineamientos expuestos en el considerando 3.9. del Auto 263 de 2012 y en los apartados 4.2.3. a 4.2.5. de la presente providencia...”²⁸”*

En desarrollo de este mandato constitucional, el Ministerio de Salud, expidió inicialmente las resoluciones 1328 y 2158 de 2016, por las cuales creó el MIPRES, como un mecanismo para el pago de los recobros que las EPS hacen al Fosyga con ocasión de la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y cuya provisión a los usuarios se ordenaba en fallos de tutela o por decisiones de los Comités Técnico Científicos (CTC). de las Entidades Promotoras de Salud.

Valga aclarar que el Ministerio de Salud para dar un cumplimiento meramente formal al plazo dado por la Corte en el auto 071, expidió las resoluciones 1328 y 2158 de 2016, por las cuales creó el MIPRES, pero dichos actos administrativos nunca rigieron y fueron reemplazados por la resolución 3951 de 2016, que entró en vigencia el 1 de abril de 2017.

De lo anterior se tiene que la herramienta “MIPRES”, fue originalmente concebida como un instrumento para que las EPS llevaran a cabo los recobros al Fosyga por servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (POS), génesis que incluso consta en las consideraciones²⁹ de la resolución 3951 de 2016. Sin

²⁶ Auto 071 de 2016, corte constitucional, sala de seguimiento sentencia T760 de 2008.
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2016/A071-16.htm>

²⁷ Corte Constitucional, sentencia T760 de 2008, página 273.

²⁸ Corte Constitucional, sala de seguimiento sentencia T760 de 2008, Auto 071 de 2016, página 74.

²⁹ Ministerio de Salud, resolución 3951 de 2016, página 3: “...**Que posteriormente a través del Auto de Seguimiento 071 de 2016, la Corte Constitucional ordenó rediseñar de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro...**”



embargo, la actual concepción de la herramienta MIPRES como un “*mecanismo de protección individual*”, claramente se aparta de la finalidad que le dio origen, lo cual muestra un indebido propósito de la autoridad pública de eludir el cumplimiento de la ley estatutaria 1751 y la sentencia C313 de 2014, como enseguida se ilustra:

8.4.1.- Como resultado de la implantación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y de la sentencia C313/14, el POS como mecanismo de “*inclusión*” de servicios de salud debía desaparecer y ser reemplazado por la lista de “*exclusiones*” expresas y taxativas, contexto en el que la Corte Constitucional, en el auto 1 de 2017, encontró que el MIPRES tiene entonces la finalidad exclusiva de permitir a los ciudadanos, acceder a los servicios de salud que hayan sido expresa y taxativamente excluidos de cobertura.

El alcance que la Corte dio al MIPRES fue descrito en los siguientes términos:

“...En este contexto, el esquema del nuevo plan de beneficios hace alusión a la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás que se constituye en regla y las exclusiones en la excepción, en procura de alcanzar el más alto nivel de salud posible, por lo que las limitaciones al derecho a la salud deben ser expresas y taxativas....

...4.2. En este punto, la Sala considera importante aclarar que en el concerniente a la orden 23 el parámetro de análisis debe cambiar en atención a la nueva regulación estatutaria antes mencionada, de forma que en adelante el mandato no se deberá encaminar al procedimiento de autorización directa para los servicios de salud no incluidos y procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas si no que el mandato se deberá enfocar exclusivamente hacia la autorización de los servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios.

Ello bajo el entendido que pese a la existencia de un nuevo catálogo que cubre todas las prestaciones a excepción de las explícitamente excluidas, persistirán situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirán de estas últimas tecnologías y se debe contar con un trámite para su autorización...³⁰”

Hay que advertir entonces que, en términos de la Corte Constitucional, el MIPRES, que se originó en lo ordenado en los autos 071 de 2016 y la sentencia T760 de 2008, en la actualidad, bajo los postulados de la ley 1751 de 2015, debe enfocarse de manera exclusiva hacia la autorización de servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios con cobertura integral.

Lo anterior, porque pese a la calidad “*integral*” y “*pro homine*” que la Ley 1751 de 2015 y la sentencia C313 de 2014 dan al derecho fundamental a la salud, existen servicios médicos que legítimamente pueden ser excluidos de provisión a los ciudadanos cuando ellos cumplan alguno de los criterios taxativamente enlistados en el artículo 15 de la Ley 1751, y que corresponden a: 1) procedimientos estéticos o suntuarios, 2) servicios que al ser experimentales carezcan de evidencia científica, 3) servicios no aprobados para su uso en el país, 4) o incluso atenciones que siendo científicamente avaladas, no sean provistas en el país.

³⁰ Corte Constitucional, sala de seguimiento sentencia T760 de 2008, auto 1 de 2017, página 45

Entonces, frente a estas exclusiones expresas y taxativas, es que la herramienta tecnológica MIPRES adquiere su plena validez, pues, en los términos del auto 1 de 2017, para la Corte Constitucional, el aplicativo garantiza el pleno goce del derecho fundamental a la salud, logrando a través de este, que se aprueben servicios excluidos, cuando a juicio de los profesionales tratantes, se requiera para materializar el goce del derecho a la salud.

8.4.2.- No obstante, como se ha expuesto en este acápite, en la resolución 3951 de 2015, el Ministerio de Salud dio un enfoque diferente e ilegal al aplicativo MIPRES, pues pese a su eufemístico nombre de "*mecanismo de protección individual*", se concibe y usa como un instrumento para perpetuar un modelo de salud basado en un listado de servicios "incluidos", soslayando que, como se explicó en el punto 8.1, la definición de "*las prestaciones de salud cubiertas por el sistema*" fue declarada inconstitucional en la sentencia C313 de 2014.

El colofón de esta concepción constitucional del MIPRES, no es otro que evidenciar la violación por parte de la resolución 3951 de 2016 del derecho colectivo al acceso al servicio público esencial de la seguridad social en salud, pues el **Ministerio de Salud distorsionó la finalidad original de la herramienta tecnológica, para convertirla en un "*mecanismo de protección individual*", cuya finalidad es "controlar" y "limitar" el acceso de millones de colombianos al: *i) El 15% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia...***³¹

Entonces, la resolución 3951 de 2016, viola la estructura del sistema de salud definido en la Ley 1751 de 2015 y en la sentencia C313 de 2014, y con ello vulnera el "*derecho colectivo al acceso al servicio público esencial de la seguridad social en salud*", por cuanto al haberse implantado un modelo de servicios de salud de cobertura plena, la función de la herramienta tecnológica MIPRES debe ser exclusivamente la definida en el auto 1 de 2017 de la Corte; esto es, propender por el acceso a los servicios de salud expresa y taxativamente excluidos, lo que claramente no corresponde a la restrictiva finalidad actual de "controlar" el acceso al:

" i)..15% de los procedimientos realizados en el país... y al ...ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia..."

8.5.- EN EL CONTEXTO DEL AUTO 1 DE 2017 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, LA RESOLUCIÓN 3951 DE 2016, QUE DESARROLLA LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA "MIPRES", NO PUEDE OPERAR PUES EL MINISTERIO DE SALUD NO HA IMPLANTADO EL LISTADO EXPRESO Y TAXATIVO DE SERVICIOS DE SALUD EXCLUIDOS, IMPIDIENDO A LOS CIUDADANOS OBTENER ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD QUE REQUIEREN.

³¹ Ministerio de Salud, oficio 201733201025581 del 30 de mayo de 2017, página 2.



Como se acaba de explicar, el uso que en la resolución 3951 de 2016 el Ministerio de Salud da la herramienta tecnológica "MIPRES", se aparta de la finalidad que el auto 1 de 2017 de la corte constitucional, otorgó a dicho aplicativo, el cual, se repite, en el contexto de un sistema de salud con cobertura plena en el que todos los servicios de salud se proveen, el mencionado software permite que se cubran los servicios de salud expresamente excluidos, cuando el ciudadano los requiera a criterio del profesional tratante.

En tal sentido, y aunque el legislador, en el parágrafo 1 del artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, impuso al Ministerio de Salud el deber de implementar en un plazo de dos (2) años el sistema de exclusiones a que se refiere la norma, a la **fecha de interposición de esta acción popular (junio de 2017), el Ministerio de Salud no ha expedido el listado de servicios de salud excluidos, lo que, por sustracción de materia, impide que la herramienta MIPRES pueda operar.**

Llamamos la atención del Tribunal Administrativo, sobre el hecho que el 14 de febrero de 2017, esto es, el último día antes de la entrada en vigencia del artículo 15 de la ley 1751 de 2015, el Ministerio de Salud profirió la resolución 330 de 2017³², por la cual adoptó el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías excluidos de cobertura.

Al respecto, rogamos a la Sala que note la deliberada intención del Ministerio de Salud de esquivar y dilatar el cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1751 y en la sentencia C313, pues solo el último día del plazo, esto es el 14 de febrero de 2017, la autoridad pública adoptó el mecanismo para excluir los servicios de salud no cubiertos, pero no expidió el listado de servicios excluidos que corresponde al nuevo modelo de salud creado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Frente a la anterior omisión, por el contrario, descolla la expedición de la resolución 6408 de 2016, en la cual en abierto desacato a la declaratoria de inconstitucionalidad de la expresión "*para definir las prestaciones cubiertas por el sistema*"³³ contenida en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, el Ministerio de Salud definió un listado de servicios de salud cubiertos por el sistema.

Como corolario de lo anterior, la herramienta tecnológica "MIPRES" creada por el Ministerio de Salud en la resolución 3951 de 2016, está en imposibilidad de cumplir el cometido que le atribuyó la Corte Constitucional en el auto 1 de 2017, por cuanto a la fecha, el Ministerio de Salud aún no ha expedido el listado de servicios de salud excluidos de cobertura, lo que de contera viola el derecho colectivo al "*acceso al servicio público de la seguridad social en salud*", al impedirse a los ciudadanos obtener acceso a algunos servicios de salud que, pese a cumplir con los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, a criterio del profesional tratante, podrían requerirse.

³² Diario Oficial 50.150 del 17 de febrero de 2017

³³ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, pagina 548: "...Décimo. - Declarar EXEQUIBLE el artículo 15, salvo las expresiones "*para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema*" que se declara INEXEQUIBLES..."



En adición a lo anterior, resulta urgente mencionar, que la ciudadana Mary Alejandra Céspedes Castillo, madre de una menor que sufre “*parálisis cerebral*”, en el mes de marzo de 2017, quiso participar en una convocatoria pública del Ministerio de Salud para debatir con los usuarios la exclusión de algunos servicios de salud para personas con discapacidad, sin embargo, la experiencia vivida por la Sra. Céspedes Castillo, cuya declaración, en el acápite de pruebas pedimos a ese H tribunal recepcionar, evidencia un total irrespeto por lo mandado en inciso 3º del artículo 15 de la ley 1751 de 2015.

Para ilustrar a la sala, el proceso de exclusión de algunos servicios de salud que se llevó a cabo en marzo de 2017, se dio sin cumplir los criterios de exclusión contenidos los literales a) a f) del artículo 15 de la ley 1751, pues se conminó a los usuarios a que en un plazo no mayor a 24 horas, entregaran al Ministerio de Salud sustentos científicos que impidieran las exclusiones que proponía el ministerio, desconociendo los derechos de la población discapacitada y el suministro previo de servicios de salud que se pretenden excluir, arrasando con el principio de progresividad que en el auto 1 de 2017, la Corte Constitucional definió así:

“...En este contexto, cuando se excluye un tratamiento, procedimiento o medicamento del plan de beneficios debe tener una justificación, a partir de criterios técnicos, de priorización en el servicio de salud o de la evaluación del impacto social. Así, en la citada sentencia C-313 de 2014, al referirse al deber del Estado de establecer la estructura del sistema de salud, la Corporación puntualizó que las autoridades competentes deben tomar como punto de partida los elementos existentes en la actualidad, es decir, que no pueden partir de “cero”, toda vez que “[u]n entendimiento de la definición del sistema en términos de disminución de cualquiera de los factores que lo configuran es inaceptable constitucionalmente”. Ello adquiere relevancia si se tiene en cuenta que el mandato de progresividad implica que una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos en un aspecto: “todo retroceso respecto al nivel de protección alcanzado debe presumirse en principio inconstitucional, y por ello está sometido a un control judicial estricto...”³⁴”.

Como corolario de lo anterior, el aplicativo MIPRES, implementado en la resolución 3951/15, no solo no puede operar por la inexistencia del listado de exclusiones ordenado en el artículo 15 de la ley 1751, sino por que dichas restricciones al derecho a la salud deben adoptarse respetando los límites básicos ya existentes, así como la “*progresividad*” en el acceso al servicio público de la salud.

8.6.- LA PRESCRIPCIÓN, A TRAVÉS DEL APLICATIVO MIPRES (RESOLUCIÓN 3951 DE 2016), DE SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN LOS LISTADOS DE LA RESOLUCIÓN 6408 DE 2016, VIOLA EL PRINCIPIO DE “AUTONOMÍA PROFESIONAL” CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1751 DE 2015, LESIONA EL “ACTO MÉDICO” Y CERCENA LA “PROGRESIVIDAD” EN LA COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD.

³⁴ Corte Constitucional, auto 1 de 2017, página 44.



En el artículo 17 de la ley 1751 de 2015, Estatutaria del Derecho Fundamental a la salud, se consagró como postulado esencial del sistema de salud el principio de “*autonomía médica*”, que el legislador definió en los siguientes términos:

*“...Artículo 17. **Autonomía profesional.** Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.*

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente...”

Por su parte, en la literatura científica colombiana³⁵, algunos autores definen al acto médico como aquel:

“...en el cual se concreta la relación médico-paciente es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alteración en su salud, a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente.

A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal es para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo...”

Entonces, la regulación del principio de “*autonomía*” que se plasmó en la ley estatutaria 1751 de 2016, garantiza al profesional de la salud que, en el ejercicio de su actividad, no sea objeto de ningún tipo de interferencia o afectación tal y como lo interpretó la Corte Constitucional en la sentencia C313 de 2014, en los siguientes términos:

“...Se puede afirmar entonces que la autonomía en el marco de la profesión es la expresión de la idea más general de libertad. Por ende, el mandato que garantiza la autonomía de los profesionales de la salud es constitucional. Y los elementos que fungen como límites a esa autodeterminación resultan admisibles en la medida en que ninguno de ellos se evidencia como una intromisión arbitraria. La fuerza de la evidencia científica y la racionalidad, el peso de la ética, la necesidad de autorregulación resultan imprescindibles en el ejercicio de la actividad médica...”³⁶

³⁵ El acto médico implicaciones éticas y legales, Fernando Guzmán, Eduardo Franco, María Cristina Morales de Barrios, Juan Mendoza Vega
http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1994-05-El_acto_medico.pdf

³⁶ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, página 484.

Cabe advertir que el Tribunal Constitucional encontró ajustados a la carta política los límites impuestos en el mismo artículo 17 de la ley estatutaria al ejercicio profesional en el sector salud, que se contraen a la: 1) autorregulación, 2) la ética, 3) la racionalidad y, 4) la evidencia científica, lo que quiere decir que la actividad de la práctica profesional en el sector salud, es libre y autónoma, pero sometida a mecanismos que contralan su ejercicio.

Sin embargo, alterando el marco normativo estatutario en mención, y además desbordando las funciones que como ente rector del sistema de salud legalmente le competen, **el Ministerio de Salud, subrepticamente irrumpió en el acto médico**, al imponer a los profesionales de la salud límites a su libre ejercicio científico, compeliéndolos a un control electrónico que excede la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Fue así como en la resolución 3951 de 2016, se conminó a los profesionales de la salud a prescribir un grupo significativo de servicios de salud a través aplicativo MIPRES³⁷, el cual desconoce: 1) Los usos terapéuticos aprobados por el INVIMA, y, 2) Construye el ejercicio profesional a la arbitraria parametrización del programa hecha por el Ministerio de Salud.

Cabe recordar que en los oficios 201733201025581 del 30 de mayo de 2017; 201733201025771 del 30 de mayo 2017; 201734101102831 del 8 de junio de 2017, con que el Ministerio de Salud y Protección Social dio respuesta al requerimiento previo al inicio de la presente acción indicando que a través del aplicativo MIPRES los profesionales de la salud deben prescribir:

“... i) El 15% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia...”

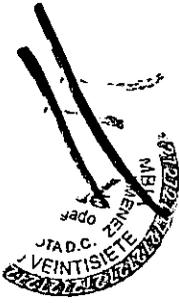
Al respecto hay que evocar lo dicho en el numeral 8.2 de este documento, respecto del medicamento ADALIMUMAB, cuyo registro sanitario INVIMA 2014M-0002933-R1 autoriza su uso para el tratamiento de diversas patologías entre las que se encuentran: 1) artritis reumatoide, 2) artritis psoriática, 3) espondilitis anquilosante, 3) espondiloartritis axial no radiográfica, 4) psoriasis, 5) enfermedad de Crohn, 6) colitis ulcerativa, 7) artritis idiopática juvenil poliarticular, 8) hidradenitis supurativa. Empero, el Ministerio de Salud violentando el acto médico, en el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016, limitó la prescripción y uso del ADALIMUMAB solo a la “*artritis reumatoide*”, cercenando la libre autonomía profesional, y conminando a los médicos a utilizar el aplicativo MIPRES, cuando las opciones terapéuticas

³⁷ Ministerio de Salud, resolución 3951 de 2016: “...Artículo 5. Reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC será realizada por el profesional de la salud, el cual debe hacer parte de la red definida por las EPS—E0C, a través del aplicativo que para tal efecto disponga este Ministerio, el cual operará mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica...”

NOTA
ANGWA
REPUBLIC
LEADER

correspondan a los otros usos diferentes a la "artritis reumatoide", pese a que la autorización del INVIMA califica de legítimos los otros usos terapéuticos, los cuales el Ministerio de Salud cercena.

Esta intromisión en el acto médico fue incluso abiertamente reconocida por el Ministerio de salud en el oficio 201734101102831 del 8 de junio de 2017 que dicho ente envió a la actora Sra. Aydee Sánchez Salazar, y en el cual le indica que el uso del ADALIMUMAB en artritis reumatoidea está incluido en el plan de beneficios y que otros usos solo son posibles a través del aplicativo MIPRES:



"...Tal y como puede apreciar en la imagen que se adjunta el medicamento si se encuentra parametrizado en MIPRES. De hecho, la misma pantalla que se origina al escribir el principio activo en el aplicativo MIPRES le proporciona varios avisos al médico prescriptor, como que el uso en artritis reumatoide refractaria a tratamiento con FARME se encuentra cubierto mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales), es decir la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC). También le indica que existen indicaciones no incluidas en el registro sanitario pero que se encuentran autorizadas para su uso teniendo en cuenta que hace parte de la lista UNIRS, y finalmente le señala que la concentración disponible es de 40mg/0,8 mL en solución de administración parenteral....

...Por lo anterior se entiende que el medicamento Adalimumab se puede prescribir mediante MIPRES para los usos que no están cubiertos por el PBSUPC (Incluidos los usos de la lista UNIRS) sin necesidad de tener que enviar comunicaciones a la junta de profesionales de la salud, por cuanto no les corresponde a ellos autorizar...³⁸"

La anterior situación conduce al absurdo de permitir la formulación del medicamento ADALIMUMAB si el uso terapéutico se relaciona con la patología "artritis reumatoidea", pero restringir el mismo medicamento cuando el profesional desea utilizarlo en el tratamiento de otras patologías como 1) artritis psoriásica, 2) espondilitis anquilosante, 3) espondiloartritis axial no radiográfica, 4) psoriasis, 5) enfermedad de Crohn, 6) colitis ulcerativa, 7) artritis idiopática juvenil poliarticular, 8) hidradenitis supurativa, cuyo uso fue aprobado por el INVIMA, pero cercenado por el Ministerio de Salud.

Se aprecia entonces que, pese a que los límites de la autonomía profesional fueron expresamente definidos en el artículo 17 de la ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la Salud, el Ministerio de Salud, con las resoluciones 6408 y 3951, vulneró el acto médico, segmentado la prescripción de medicamentos y procedimientos, imponiendo límites ilegales al autónomo ejercicio de los profesionales de la salud, a quienes les permite que unos servicios de salud puedan ser recetados sin intromisiones, pero a la vez les limita otros usos del mismo servicio de salud, a la aprobación de una aplicación de computador, que interfiere en el acto médico, y cuyos parámetros arbitrariamente define el Ministerio.

³⁸ Ministerio de Salud, oficio 201734101102831 de junio 8 de 2017 dirigido a la actora Sra. Aydee Sánchez Salazar

Sobre este particular, hay que llamar la atención respecto de las conclusiones que presentó la Defensoría del Pueblo a la Corte Constitucional en relación con la operación de la aplicación MIPRES (*Oficio N. B-591/2017 del 19 de mayo de 2017*), las cuales ponen de presente la seria vulneración a la “*autonomía médica*”, y de contera a la “*seguridad social en salud*” de los miles de afiliados al sistema de salud:

Textualmente lo advertido por la Defensoría del Pueblo fue:

“....

3. ***La promulgación e implementación de la Ley Estatutaria en Salud, caso específico de la reglamentación del MIPRES, en su praxis, es una estrategia posiblemente efectiva para la contención de costos o su variabilidad dependiente de la práctica médica, pero, para su estado actual, interfiere con la atención del usuario, la relación médico paciente y presenta riesgos para la autonomía médica.***
4. ***Respecto a este aspecto, la autonomía médica, la Ley Estatutaria estableció que el médico es el ordenador del gasto y al estar registrados en el registro MIPRES, podrían formular sin barreras y el tiempo de respuesta para los inicios de tratamientos de los pacientes es casi inmediato. Sin embargo, la realidad evidencia lo contrario y los afectados, como se mencionó, son los usuarios, a quienes se les sigue negando servicios....***
6. ***Sobre este aspecto, riesgos para la autonomía médica, observa con mucha preocupación la Defensoría del Pueblo, el impacto negativo sobre el mecanismo de tutela, donde los jueces pueden perder de vista el fallo en derecho sobre una necesidad individual que es calificada por el médico, dentro de un conjunto de parámetros fundamentados en criterios de costo efectividad.***
7. ***Recuerda la Defensoría del Pueblo que la obligación médica es una obligación ético-jurídica y moral de protección, por ende, privada, en la cual las consideraciones de responsabilidad económica ante lo público interfieren en esta relación.***

Resta solo anotar que no existe fundamento técnico ni jurídico para esta afectación de la autonomía médica, máxime por cuanto la única diferencia que la ley 1751 de 2015 creó, fue la de 1) servicios de salud cubiertos, y 2) servicios de salud excluidos:

“...concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción...”³⁹

De esta forma, al no estar el 15% de los procedimientos realizados en el país, y el 50% de los medicamentos disponibles en Colombia expresamente excluidos de cobertura, no existe razón alguna que justifique que la formulación de estos no dependa de criterio del profesional tratante, sino que deba estar condicionada a una aprobación por parte del aplicativo MIPRES, el cual no es más que una herramienta que cercena la autonomía del profesional de la salud e irrumpe en el acto médico, como se acaba de exponer.

³⁹ Corte Constitucional, sentencia C313 de 2014, página 471.

9. PRUEBAS

(Artículo 18 literal e) Ley 472 de 1998).

De conformidad con lo establecido en el artículo 18 literal e. de la Ley 472 de 1998, solicito se tengan en cuenta y se decreten las siguientes pruebas:

9.1.- DOCUMENTOS

1. Estudio del Ministerio de Salud de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para Garantizar el Plan de Beneficios en Salud para el año 2017 (Hojas 1, 63, 64, 65, 70 y 71).
En este documento consta que el total de la población afiliada a los regímenes contributivo + subsidiado del sistema general de seguridad social en salud es de 37.414.557.
2. Certificación del Fosyga sobre afiliación del Sr Aníbal Rodríguez Guerrero al sistema de seguridad social en salud.
3. Certificación del Fosyga sobre afiliación de la Sra. Mary Alejandra Céspedes Castillo al sistema de seguridad social en salud.
4. Certificación del Fosyga sobre afiliación de la Sra. Aydee Sánchez Salazar al sistema de seguridad social en salud.
5. Petición 201742300774402 del 17 de abril de 2017, previa al inicio de Acción de Protección al Derecho e Interés Colectivo al "**ACCESO AL SERVICIOS PÚBLICO ESENCIAL DE LA SALUD**", presentada al Ministerio de Salud y Protección Social por el ciudadano Anibal Rodriguez Guerrero.
6. Petición 201742300915092 del 4 de mayo de 2017, previa al inicio de Acción de Protección al Derecho e Interés Colectivo al "**ACCESO AL SERVICIOS PÚBLICO ESENCIAL DE LA SALUD**", presentada al Ministerio de Salud y Protección Social por la ciudadana Mary Alejandra Céspedes Castillo.
7. Petición 201742301074712 del 23 de mayo de 2017, previa al inicio de Acción de Protección al Derecho e Interés Colectivo al "**ACCESO AL SERVICIOS PÚBLICO ESENCIAL DE LA SALUD**", presentada a la Superintendencia Nacional de Salud por la ciudadana Aydee Sánchez Salazar.
8. Oficio 201733201025581 del 30 de mayo de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social, de respuesta a la petición previa 201742300774402 presentada por el ciudadano Aníbal Rodríguez Guerrero.
9. Oficio 201733201025771 del 30 de mayo de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social, de respuesta a la petición previa 201742300915092 presentada por la ciudadana Mary Alejandra céspedes Castillo.



10. Oficio 201734101102831 del 8 de junio de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social, de respuesta a la petición previa 201742301074712 presentada por la ciudadana Aydee Sánchez Salazar.
11. Resolución 6408 de 2016 (Hojas 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 20), por la cual el Ministerio de Salud definió las coberturas de medicamentos, procedimientos e insumos del Plan de Beneficios en Salud.

En medio magnético se anexa la totalidad de acto administrativo con sus 3 anexos así:

- 11.1.- Anexo 1 - Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud
 11.2.- Anexo 2 – Procedimientos quirúrgicos del Plan de Beneficios en Salud.
 11.3.- Anexo 3 – Laboratorio clínico del Plan de Beneficios en Salud.

12. Copia del anexo 1 de la resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud - "listado de medicamentos del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC", en la parte correspondiente al medicamento ADALIMUMAB.

En este documento consta la inclusión del medicamento ADALIMUMAB solo para el tratamiento de la patología "artritis reumatoidea".

13. Copia del registro sanitario INVIMA 2014M-00029933-R1 correspondiente al medicamento ADALIMUMAB, cuyas indicaciones terapéuticas comprenden 1) artritis reumatoide, 2) artritis psoriatica, 3) espondilitis anquilosante, 3) espondiloartritis axial no radiográfica, 4) psoriasis, 5) enfermedad de Crohn, 6) colitis ulcerativa, 7) artritis idiopatica juvenil poliarticular, 8) hidradenitis supurativa

14. Sentencia C313 de 2014 de la Corte Constitucional (hojas 1, 297, 304 a 310, 357 a 361, 448 a 461, 547 a 549).

En esta providencia la Corte analizó la constitucionalidad de los artículos 6º, 8º y 15º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria del derecho fundamental a la salud, y determinó que todos los servicios de salud se entienden incluidos, excepto los que se excluyen expresamente por cumplir con los criterios contenidos en dicha norma, relacionados con fines de estéticos, carencia de evidencia científica, uso no autorizado, estado experimental, o prestación en el exterior.

En medio magnético se anexa la totalidad de la providencia.

15. Auto 410 de 2016 Corte Constitucional (hojas 1, 45, 46, 47., 48, 55, 117, 118, 119)

En esta providencia, la Corte advirtió al Ministerio de Salud y la Protección Social para que en la elaboración del plan de beneficios que entraría a regir a partir del 16 de febrero de 2017, debería seguir expresamente los lineamientos establecidos en la ley estatutaria de salud (art. 15) y la sentencia C-313 de 2014 fundamento jurídico número 5.2.15.3.1.

En medio magnético se anexa la totalidad de la providencia.



16. Auto 1 de 2017 Corte Constitucional (hojas 1, 2, 32, 43, 44, 45, 60, 65, 69, 71, 73)

En esta providencia, la Corte reitera que la cobertura actual del sistema de salud comprende todos los servicios que se requieran, y que los servicios de salud excluidos son solo aquellos que se encuentran en las situaciones definidas en el artículo 15 de la Ley estatutaria 1751 de 2015.

La Corte definió, que el MIPRES es la herramienta para el acceso a los servicios de salud excluidos de cobertura.

En medio magnético se anexa la totalidad de la providencia.

17. Auto 071 de 2016 de la Corte Constitucional (hojas 1 y 74).

En esta providencia, la corte ordenó al ministerio el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, con obligatoria observancia de los lineamientos expuestos en el considerando 3.9. del Auto 263 de 2012 y en los apartados 4.2.3. a 4.2.5. de mismo auto 071.

En medio magnético se anexa la totalidad de la providencia.

18. Resolución 3951 de 2016 del Ministerio de Salud. (hojas 1, 3, 5)

En este acto administrativo el Ministerio de Salud puso en operación el aplicativo MIPRES a partir del 1 de abril de 2017

19. Ley 1751 de 2015, Estatutaria del derecho Fundamental a la Salud.

Por tratarse de una norma legal de alcance nacional no debo aportar al proceso (art 177 GCP); sin perjuicio de lo cual, en medio magnético se anexa la disposición en su totalidad y las hojas 1,3,5,8, 9.

20. Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Por tratarse de una norma legal de alcance nacional no debo aportar al proceso (art 177 GCP); sin perjuicio de lo cual, en medio magnético se anexa la disposición en su totalidad y las hojas. 1,37,38

21. Auto del 7 de abril de 2017 - Corte Constitucional.

En este documento se informa al actor popular Sr. Aníbal Rodríguez Guerrero sobre el inicio por parte de la sala de seguimiento de la sentencia T760 de 2008, de un análisis a la operación del aplicativo MIPRES.

22. Oficio N. B-591/2017 de la Defensoría del Pueblo.

En este documento fechado el 18 de mayo de 2017, la Defensoría del Pueblo informa a la Corte Constitucional sobre las deficiencias en la operación del aplicativo MIPRES, que afecta la acción de tutela y restringe el acceso al servicio público de la seguridad social en salud

23. Historia clínica de la atención que el día 9 de mayo de 2017 recibió la Sra. Aydee Sánchez Salazar en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio y en la cual se hacen constar las complicaciones que derivan de la interrupción en el suministro del medicamento Adalimumab, las cuales pueden llegar a la muerte de la paciente.

ON REPLY
TO
NO. 1000

24. Fórmula médica – sin número- de la IPS Emdiagnostica SAS – Compensar EPS, del 22 de mayo de 2017, para el suministro a la Sra. Aydee Sánchez Salazar del medicamento Adalimumab sol inyectable 40MG, una ampolla auto aplicable cada 15 días, fórmula para 3 meses – 6 ampollas.

25. Fallo de tutela 11001220400020170130400 de Aydee Sánchez Salazar

9.2.- DECLARACIÓN DE PARTE

9.2.1.- Declaración de parte de la actora Sra. Mary Alejandra Céspedes Castillo para que deponga sobre la forma como opera el mecanismo de exclusión de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud.

9.3.- OFICIOS

Solicito a los Sres. (as) magistrados(as) que se oficie a las siguientes entidades para que aporten con destino al proceso lo siguiente:

9.3.1.- Al Ministerio de Salud y Protección Social:

Domicilio en la Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Email: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

1. Lista de servicios de salud, a junio 30 de 2017, expresa y taxativamente hayan sido excluidos de cobertura del sistema general de seguridad social en salud, precisando el acto administrativo con el que se adoptó la exclusión.
2. Las actas de las sesiones del órgano participativo a que hace referencia el artículo 15 de la ley 1751, en las que se concertaron los servicios de salud excluidos de cobertura del sistema general de seguridad social en salud a junio 30 de 2017.
3. La lista detallada de todos los medicamentos que se aprueban por aplicativo MIPRES y que corresponden al 50% de los disponibles en el país
4. La lista detallada de todos los procedimientos quirúrgicos que se aprueban por el aplicativo MIPRES y que corresponden al 15% de los que se realizan en el país
5. La lista detallada de todos los demás servicios de salud que no correspondan a medicamento y procedimientos que se aprueban por el aplicativo MIPRES

9.3.2.- Al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos:

Domicilio en la Cra. 10 No. 64 – 28 Bogotá

1. Lista detallada de todos los medicamentos con registro sanitario vigente, detallando los usos de cada uno de ellos.

1927
PUBLIC
NOTAR:
ANGEL
DELP

10.- ANEXOS

En la presente acción se allegan:

1. Los documentos relacionados como pruebas documentales.
2. Copia (1) de la demanda y sus anexos para la notificación del auto admisorio a la entidad accionada.
3. Copia (1) de la demanda para la comunicación del auto admisorio al Ministerio Público (*art 21 Ley 472 de 1998*).
4. Copia (1) de la demanda para la comunicación del auto admisorio a la Defensoría del Pueblo (*art13 Ley 472 de 1998*).
5. Copia (1) de la demanda para la comunicación del auto admisorio a la Agencia de Defensa Jurídica del Estado (*art 6º 13 Ley 472 de 1998*).
6. Copia (1) de la demanda para el archivo.

11.- NOTIFICACIONES

(Artículo 18 literal f) Ley 472 de 1998).

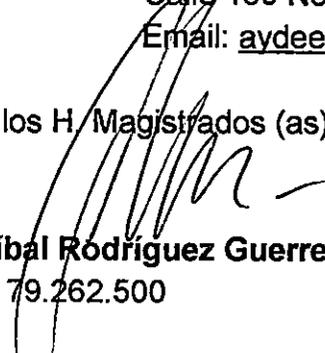
La entidad accionada en:

1. Ministerio de Salud y Protección Social, en la Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Email: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Los suscritos actores populares en:

1. **Aníbal Rodríguez Guerrero**
Carrera 14 # 75 58 piso 2 Bogotá /
Email: anibalroque@hotmail.com.com
2. **Mary Alejandra Céspedes Castillo**
Calle 62N 35A-25 apto 107 en Bogotá
Email: maryalecespedes@gmail.com
3. **Aydee Sánchez Salazar**
Calle 180 No.15-42 de Bogotá
Email: aydeesanchez79@gmail.com

De los H. Magistrados (as)


Aníbal Rodríguez Guerrero
CC 79.262.500


Mary Alejandra Céspedes Castillo
CC 1.128.224.769


Aydee Sánchez Salazar
CC 52.836.611





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



19733

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el cuatro (04) de julio de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Veintisiete (27) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

AYDEE SANCHEZ SALAZAR, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0052836611 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Aydee Sanchez Salazar

----- Firma autógrafa -----



32v01qtmh7x1
04/07/2017 - 10:01:16:390



ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0079262500 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Anibal Rodriguez Guerrero

----- Firma autógrafa -----



2eae6zx8b23u
04/07/2017 - 10:02:49:517



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, los comparecientes fueron identificados mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento en el que aparecen como partes 2.

Ángela del Pilar Conde Jiménez



ÁNGELA DEL PILAR CONDE JÍMENEZ

Notaria veintisiete (27) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: 32v01qtmh7x1





DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



19734

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el cuatro (04) de julio de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Veintisiete (27) del Círculo de Bogotá D.C., compareció:

MARY ALEJANDRA CESPEDES CASTILLO, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1128224769 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



36ganxfzm18v
04/07/2017 - 10:23:44:266



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento en el que aparecen como partes 1.



ÁNGELA DEL PILAR CONDE JÍMENEZ

Notaria veintisiete (27) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

El presente documento puede ser consultado en la página web www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: 36ganxfzm18v



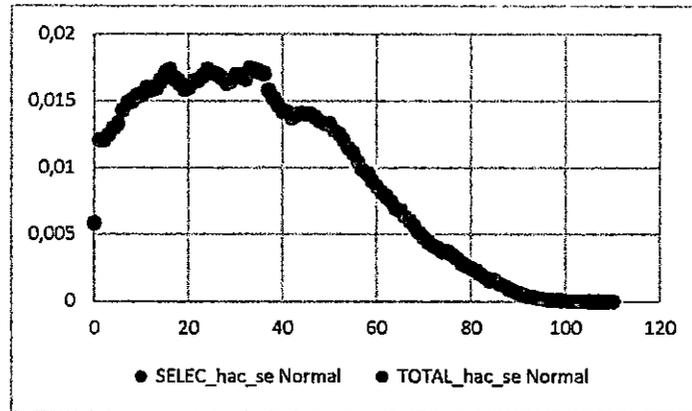
ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE
AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD
DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL
PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017

**Informe a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos,
Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud**

2017

ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017.

Gráfica 18. Distribución poblacional Zona Normal, Régimen Contributivo Vs. EPS seleccionadas.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de compensación Año 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Colombia 2016.

Al realizar un análisis de esta misma información por EPS, se encuentran 16 EPS que reportaron información en el Régimen Contributivo; se observa que Cafesalud (EPS003), Coomeva (EPS016) y Nueva EPS (EPS037) acumulan un 48.49% de los afiliados equivalentes; Saludvida (EPS033), Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia (EAS027) y EPP de Medellín (EAS016) son las que menos afiliados equivalentes reportan, presentando un 0.33%, 0.22% y un 0.05% respectivamente, acumulando un 0.6% del total de afiliados equivalentes al Régimen Contributivo a nivel nacional (Tabla 22).

Tabla 22. Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Contributivo.

EPS	Nombre EPS	Total	%
EPS003	CAFESALUD	4.199.238	20.88
EPS016	COOMEVA	2.807.409	13.96
EPS037	NUEVA EPS	2.746.430	13.66
EPS010	SURA	2.001.703	9.95
EPS002	SALUD TOTAL	1.940.840	9.65
EPS017	FAMISANAR	1.581.358	7.86
EPS005	SANITAS	1.350.457	6.71
EPS008	COMPENSAR	1.052.430	5.23
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	878.307	4.37
EPS023	CRUZ BLANCA	523.135	2.60
EPS013	SALUDCOOP LIQUIDADA	461.966	2.30
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	251.051	1.25
EPS001	ALIANSA SALUD	196.877	0.98

ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017.

EPS033	SALUDVIDA S.A.	66.498	0.33
EAS027	FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	44.313	0.22
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	10.799	0.05
Total		20.112.811	100.00

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, Años 2015. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2016.

El análisis de la población equivalente por departamento, muestra en su distribución geográfica consistencia con la estructura poblacional del territorio nacional, siendo Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca los departamentos con mayor población afiliada equivalente con un 27.30%, 16.36% y un 11.44% respectivamente, acumulando entre los tres un 55.11% del total. Los menores aportes corresponden a los departamentos que conforman los antiguos territorios nacionales (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Contributivo.

Cod_Depto	Nombre Depto	Total	%
11	Bogotá, D.C.	5.491.408	27,30
05	Antioquia	3.291.299	16,36
76	Valle Del Cauca	2.300.625	11,44
25	Cundinamarca	1.165.465	5,79
68	Santander	1.015.838	5,05
08	Atlántico	1.011.115	5,03
13	Bolívar	591.381	2,94
66	Risaralda	477.204	2,37
73	Tolima	453.131	2,25
15	Boyacá	425.047	2,11
17	Caldas	409.124	2,03
54	Norte De Santander	408.361	2,03
50	Meta	389.900	1,94
47	Magdalena	352.612	1,75
41	Huila	299.537	1,49
23	Córdoba	299.416	1,49
20	Cesar	289.840	1,44
19	Cauca	254.530	1,27
52	Nariño	245.813	1,22
63	Quindío	228.769	1,14
70	Sucre	156.208	0,78
44	La Guajira	140.752	0,70
85	Casanare	140.358	0,70

ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017.

Cod_Depto	Nombre Depto	Total	%
18	Caquetá	66.214	0,33
27	Chocó	47.980	0,24
86	Putumayo	42.828	0,21
81	Arauca	39.986	0,20
88	Archipiélago De San Andrés	37.866	0,19
95	Guaviare	13.715	0,07
91	Amazonas	13.133	0,07
99	Vichada	6.231	0,03
94	Guainía	4.240	0,02
97	Vaupés	2.885	0,01
Total		20.112.811	100,00

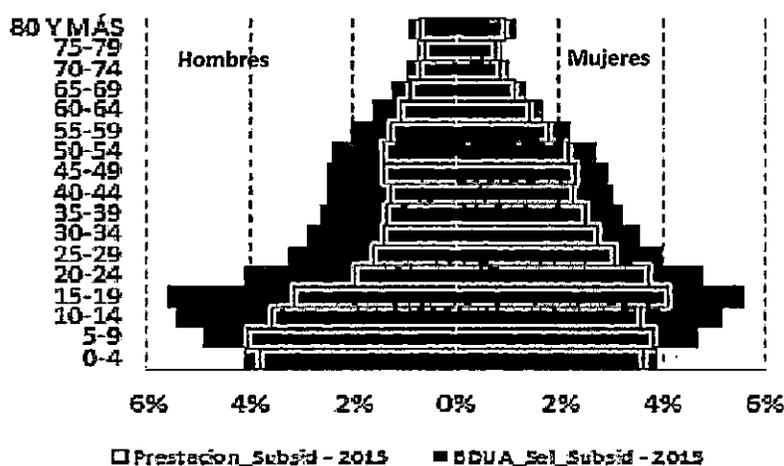
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, Años 2015. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2016.

b. Régimen Subsidiado

1. Comportamiento de la población afiliada

El 71.20% de la población afiliada al Régimen Subsidiado utiliza los servicios de salud y se observa un índice de masculinidad que evidencia que por cada 100 mujeres que acceden a los servicios de salud, se presentan 74 hombres, lo cual es inferior con respecto al Régimen Contributivo. Al observar la estructura por grupos de edad, los mayores porcentajes de uso de los servicios con respecto a la población afiliada, corresponden a los niños menores a 5 años de edad y los adultos mayores a 65 años de edad.

Gráfica 19. Extensión de Uso Régimen Subsidiado Año 2015



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA y la base de Prestación de Servicios, Años 2015. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017.

De acuerdo con los resultados hallados, la zona alejada no es representativa dado que las EPS seleccionadas dentro del estudio no presentan población afiliada en esta zona.

Al realizar un análisis por EPS de los afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado, se encuentran 30 EPS que reportaron información, de las cuales las EPS con mayor cantidad de afiliados equivalentes son: Emssanar (ESS118) con un 9.57%, Coosalud E.S.S. (ESS024) con un 9.49%, AsmetSalud (ESS062) con un 9.46% y Comparta (ESS133) con un 9.17%; estas 4 EPS acumulan un 37.69% del total de afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado. Por su parte, las EPS que reportan menos del 1% de los afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado son: Capresoca (EPS025), Comfachoco (CCF102), Comfamiliar Guajira (CCF023), Anas Wayuu (EPSI04), Comfaoriental (CCF049), Comfaboy (CCF009), Comfasucre (CCF033), Comfacundi (CCF053) y Pijaos (EPSI06).

Tabla 25. Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Subsidiado.

EPS	Nombre EPS	Total	%
ESS118	EMSSANAR	1.655.286	9,57
ESS024	COOSALUD E.S.S.	1.641.393	9,49
ESS062	ASMETSALUD	1.637.050	9,46
ESS133	COMPARTA	1.586.373	9,17
EPSS33	SALUDVIDA	1.342.273	7,76
ESS207	MUTUALSER	1.172.128	6,77
EPSS34	CAPITAL SALUD	1.069.862	6,18
EPSS03	CAFESALUD	1.018.615	5,89
ESS076	AMBUQ	917.074	5,30
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	564.586	3,26
CCF015	COMFACOR	553.511	3,20
EPSS40	SAVIA SALUD - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA	546.068	3,16
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	493.751	2,85
EPSI03	AIC	436.174	2,52
EPS022	CONVIDA	419.467	2,42
ESS091	ECOOPSOS	304.384	1,76
EPSI05	MALLAMAS	296.377	1,71
EPSI01	DUSAKAWI	231.749	1,34
EPSI02	MANEXKA	221.306	1,28
CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	178.965	1,03
EPS025	CAPRESOCA	143.463	0,83
CCF102	C.C.F. COMFACHOCO	141.212	0,82

ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2017.

EPS	Nombre EPS	Total	%
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	127.382	0,74
EPSI04	ANAS WAYUU	125.975	0,73
CCF049	COMFAORIENTE	111.523	0,64
CCF009	COMFABOY	101.918	0,59
CCF033	CCF de Sucre COMFASUCRE	97.550	0,56
CCF053	COMFACUNDI	87.731	0,51
EPSI06	PIJAOS	78.600	0,45
Total		17.301.746	100,00

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de la liquidación mensual de Afiliados – LMA, Año 2015. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2016.

La Distribución geográfica por lugar de residencia de los afiliados equivalentes liquidados muestra su mayor concentración en el departamento del Valle del Cauca con un 8.89% y los siguientes departamentos con aportes mayores al 5% son: Atlántico con un 6.34%, Nariño con un 6.27%, Bolívar con un 6.04%, Bogotá D.C. con un 5.55%, Córdoba con un 5.51% y Antioquia con un 5.40%; estos 6 departamentos junto con el distrito capital acumulan el 44.01% del total de afiliados equivalentes liquidados

Las menores concentraciones se observan en los departamentos que conforman los antiguos territorios nacionales, similar a lo observado en el Régimen Contributivo.

Tabla 26. Distribución de la población afiliada equivalente por departamento. Régimen Subsidiado.

Cod_Depto	Nombre Depto	Total	%
76	Valle Del Cauca	1.538.979	8,89
08	Atlántico	1.097.668	6,34
52	Nariño	1.083.958	6,27
13	Bolívar	1.045.761	6,04
11	Bogotá, D.C.	959.843	5,55
23	Córdoba	953.605	5,51
05	Antioquia	934.151	5,40
19	Cauca	856.942	4,95
47	Magdalena	798.816	4,62
70	Sucre	733.112	4,24
54	Norte De Santander	732.631	4,23

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 06/22/2017 14:56:59
 Estación de origen: 201.184.36.55

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79262500
NOMBRES	ANIBAL
APELLIDOS	RODRIGUEZ GUERRERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSA E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2014	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 06/22/2017 14:55:50

Estación de origen: 201.184.36.55

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1128224769
NOMBRES	MARY ALEJANDRA
APELLIDOS	CESPEDES CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO	01/02/2008	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

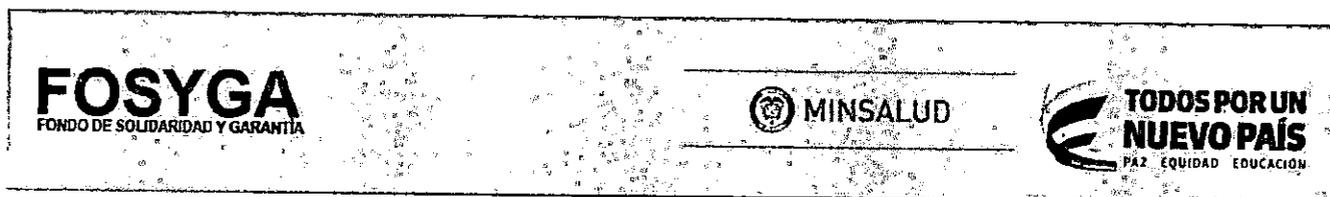
La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S, Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 06/22/2017 14:56:21

Estación de origen: 201.184.36.55

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52836611
NOMBRES	AYDEE
APELLIDOS	SANCHEZ SALAZAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2017	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

Bogotá, 17 de abril de 2017.

Dr.
Alejandro Gaviria Uribe
 Ministro de Salud
 Ciudad



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

 Radicado No: 201742300774402
 DEST: 4240 G. ATENCIÓN AL REM: ANIBAL ROD
 2017-04-17 08:47 Fol: 5 Anex: Desc Anex:
 Consulte su trámite en <http://www.minsalud.gov.co> Cód vert: ce7c3

REF: PETICIÓN PREVIA AL INICIO DE UNA ACCIÓN POPULAR PARA PROTECCIÓN DEL DERECHO COLECTIVO AL ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Respetado Sr Ministro:

Aníbal Rodríguez Guerrero, ciudadano identificado con la CC 79.262.500, en calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por este documento y conforme a lo mandado en el artículo 144 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, (*Ley 1437 de 2011*) le solicito que adopte las medidas necesarias para la protección del derecho colectivo al **ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**, conculcado por su despacho a través de las resoluciones 6408 y 3951, ambas de 2016, por las cuales respectivamente se establece el Plan de Beneficios en Salud y se regula la prescripción de servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Resulta esencial anotar que en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se consagró como postulado esencial el que: *"...El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas..."*

Es de anotar que en relación con este capital postulado del artículo 15 de la Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, la H Corte Constitucional en la sentencia C313 de 2014, manifestó:

"...Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas...¹."

Entonces, la estructura del sistema de salud contenida en las resoluciones 6408 (PBS) y 3951 (MIPRES) viola la Ley Estatutaria y la jurisprudencia, pues dichos actos administrativos desconocen la inexequibilidad que en la sentencia C313

¹ Sentencia C313 de 2014, Corte Constitucional página 451.

de 2014 hizo la corte del inciso 4º del entonces proyecto de ley estatutaria del derecho a la Salud, y que quedó plasmado en los siguientes términos:

*“...resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, **atendiendo que salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión “para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema”**. Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un telos que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2º y 49 de la Carta...”*
Sentencia C313 de 2014, página 460.

En adición a lo anterior que de jure los deja sin efectos, los actos administrativos en comento incurren en los siguientes yerros: 1) Desconocen el concepto de integralidad de la atención en salud, al establecer una categoría intermedia de servicios médicos que no están incluidos en el Plan de Beneficios, pero tampoco están expresamente excluidos, y que se brindan a los ciudadanos según el criterio de un programa de computador (MIPRES) desarrollado arbitrariamente por el Ministerio de Salud; 2) Afectan la autonomía de los profesionales de la salud contenida en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, al condicionar el criterio médico a las aprobaciones que emita el aludido programa de computador; 3) Violentan el ejercicio de la acción de tutela, dado que las negaciones de servicios de salud no serán resultado de una decisión de una autoridad pública o de un particular, sino de un software el cual no puede ser demandado en una acción de tutela.

Es de anotar que si bien la resolución 6408 de 2016 consagra un listado expreso de servicios de salud que el sistema de salud brinda a los ciudadanos (PBS), dicho listado es parcial y arbitrariamente selectivo, en cuanto un grupo importante de servicios de salud (*más de 80 medicamentos y 200 procedimientos*), conforme a la resolución 3951 de 2016, solo puede prestarse si la formulación que hace el profesional de la salud tratante, es aprobada por el programa de computador que arbitrariamente controla el Ministerio de Salud, y que es el que define si un servicio de salud puede o no ser suministrado a un usuario.

Cabe recordar que según lo plasmando en la sentencia C313 de 2014, la inclusión de todos los servicios y tecnologías en salud constituye la regla, y las exclusiones son la excepción, razón por la cual los servicios de salud que no se brinden a los ciudadanos deber ser precisa y expresamente excluidos, lo que no ocurre en los actos administrativos en mención.

El caso del medicamento HUMIRA (adalumimab) ilustra el punto:

En el anexo 1 de la resolución 6408 de 2016, **se incluyó solo para tratar artritis:**

No.	Código ATC	PRINCIPIO ACTIVO	COBERTURA	ACLARACIÓN
10	L04AB04	ADALIMUMAB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS

Sin embargo, al consultar el registro sanitario INVIMA 19939766 correspondiente a dicho medicamento, **sus indicaciones terapéuticas desbordan ampliamente el limitado uso que se autoriza en la resolución 6408.**

Indicaciones	<p>ADULTOS: INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS E INHIBIR LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA A SEVERAMENTE ACTIVA QUE NO HAN RESPONDIDO SATISFACTORIAMENTE A UNO O MÁS AGENTES ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD (ARME). PUEDE EMPLEARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO Y OTROS AGENTES ARME. ARTRITIS PSORIÁTICA Y ARTRITIS TEMPRANA. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (ESPONDILOARTRITIS AXIAL SIN EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE EA). HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL ACTIVA, NO RADIOGRÁFICA. QUIENES TIENEN RESPUESTA INADECUADA, SON INTOLERANTES O TIENEN CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR AINES. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACA CRÓNICA MODERADA A SEVERA. INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL Y MEJORA EN LA FUNCIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA. EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPIA CONVENCIONAL O HAN PERDIDO RESPUESTA O SON INTOLERANTES AL INFILIXIMAB. HUMIRA® HA DEMOSTRADO CURACIÓN DE LA MUCOSA Y CIERRE DE LA FÍSTULA EN FORMA COMPLETA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA ILEOCOLÓNICA. HUMIRA® INDUCE Y MANTIENE LA RESPUESTA CLÍNICA A LARGO PLAZO Y LA REMISIÓN EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA. HUMIRA® REDUCE EL RIESGO DE RE-HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD DE CROHN. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE COLITIS ULCERATIVA ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES ADULTOS QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL, INCLUYENDO CORTICOSTEROIDES Y 6-MERCAPTOPURINA (6-MP) O AZATIOPRINA (AZA), O QUIENES SON INTOLERANTES A ESAS TERAPIAS O TIENEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA DICHAS TERAPIAS. PEDIATRÍA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PIJA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES DE 2 AÑOS DE EDAD Y MAYORES. HUMIRA® PUEDE USARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS E INDUCIR Y MANTENER LA REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, DE 6 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA DE MODERADA A SEVERA QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL. ARTRITIS RELACIONADA CON ENTESITIS: HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS RELACIONADA CON ENTESITIS, EN PACIENTES DE 6 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA, O QUE SON INTOLERANTES A LA TERAPIA CONVENCIONAL. PSORIASIS EN PLACA EN PEDIATRÍA. HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA CRÓNICA Y SEVERA, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES A PARTIR DE LOS 4 AÑOS DE EDAD QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA O QUE SON CANDIDATOS INAPROPIADOS PARA TERAPIA TÓPICA O FOTOTERAPIA. EN ADULTOS: HIDRADENITIS SUPURATIVA: HUMIRA® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA ACTIVA DE MODERADA A SEVERA (ACNE INVERSO) EN PACIENTES ADULTOS CON RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL DE LA HS.</p>
--------------	--

Se aprecia entonces que, desconociendo la Ley Estatutaria 1751/15 y la sentencia C313 de 2014, el Ministerio de Salud expidió la resolución 3951 de 2016, en cuyo artículo 5º dispuso que los servicios no incluidos en el PBS, pero tampoco expresamente excluidos (*verbi gratia* HUMIRA), podrán ser provistos a través de un programa de computador, en el cual el profesional tratante debe solicitar al Ministerio de Salud la autorización respectiva.

De esta forma, se crea una categoría de servicios de salud no incluidos en el PBS, pero tampoco excluidos de este, y cuya decisión de provisión no depende del criterio del profesional tratante dentro del marco de integralidad del servicio de salud contenida en la Ley, sino que el servicio de salud es autorizado por un software que controla la decisión del médico o profesional tratante, llegando a negar la formulación hecha si los algoritmos del programa definidos por el Ministerio de Salud así lo consideran.

El resultado de lo anterior, es la imposición de exclusiones de servicios de salud que no son expresas ni taxativas, y que violan el acceso al derecho colectivo del servicio público esencial de la seguridad social en salud.

En el mismo caso del HUMIRA, están los siguientes 83 medicamentos a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 limita su provisión a las indicaciones terapéuticas arbitrariamente elegidas por el Ministerio de Salud, ignorando los usos aprobados por el INVIMA:

Abatacept; Adalimumab; Alendrónico Ácido; Alendrónico Ácido + Colecalciferol (Vit. D3); Alteplasa; Amoxicilina – Clavulanato; Anastrozol; Aripiprazol; Azitromicina; Bevacizumab; Bicalutamida; Capecitabina; Carvedilol; Cefuroxima; Certolizumab Pegol; Claritromicina; Clopidogrel; Dinoprostona; Docetaxel; Doxazosina; Entacapona / Carbidopa / Levodopa; Epirubicina; Escitalopram; Esomeprazol; Espiramicina; Estradiol; Etanercept; Exemestano; Fingolimod; Fluvoxamina; Fondaparinux; Fulvestrant; Gemcitabina; Glatirámero Acetato; Glucagón; Golimumab; Imatinib; Infliximab; Interferón Beta-1^a; Interferón Beta-1b; Labetalol; Lacosamida; Lamotrigina; Leflunomida; Letrozol; Levetiracetam; Levofloxacina; Levonorgestrel; Metoprolol Succinato; Micofenolato; Minoxidil; Misoprostol; Moxifloxacina; Natalizumab; Nimodipina; Octreotide; Olanzapina; Olanzapina; Omeprazol; Ondansetron; Oxcarbazepina; Palivizumab; Paroxetina; Pegfilgrastim; Prasugrel; Quetiapina; Ranitidina (Clorhidrato); Risperidona; Risperidona; Rituximab; Rivastigmina; Somatostatina; Somatropina; Tacrolimus; Terlipresina; Tirofibán; Tocilizumab; Topiramato; Trastuzumab; Vacuna Contra Neumococo; Valaciclovir; Vigabatrina; Zinc Sulfato.

Esta situación de veladas limitaciones al acceso a los servicios de la seguridad social en salud, también se presenta con más de 200 procedimientos quirúrgicos a los que el anexo 2 de la resolución 6804 de 2016 se les condiciona su provisión a que el software del Ministerio de Salud, aleatoria y arbitrariamente los autorice que se suministren a los usuarios:

En conclusión, esta delicada situación afecta a los usuarios del sistema de salud, a los profesionales, por las siguientes razones:

1. **Se viola la Ley estatutaria y la sentencia C313 de 2104, pues se estableció un listado de servicios de salud incluidos, desconociendo que este fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional.**
2. **Se viola el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C313 de 2014, al imponerse a los ciudadanos limitaciones a los servicios de salud que no son explícitas ni taxativas.**
3. **Se viola el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que prohíbe la interferencia en la autonomía médica, al limitarse la capacidad de los profesionales de la salud para decidir los medicamentos u otros servicios de salud a que deben tener acceso los ciudadanos, los cuales de manera arbitraria se aprueban solo si el Ministerio de Salud, por intermedio de una herramienta tecnológica, estima que pueden ser provistos a los ciudadanos.**
4. **Se viola el amparo constitucional de la acción de tutela, pues ante la no aprobación de los servicios de salud cuya provisión no autorice el software del Ministerio de Salud, el usuario carece de medios de defensa judicial dado que la EPS no es ya responsable de la negación del servicio de salud, tampoco lo es el profesional tratante dado que la decisión resultó de un programa de computador, ante el cual el usuario no puede jurídicamente impetrar una acción de tutela.**

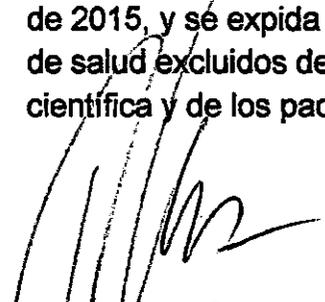
PETICIÓN:

En virtud que los hechos anotados que conllevan una grave violación del derecho colectivo al acceso al servicio público de la seguridad social, de conformidad con lo previsto en el artículo 144 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le solicito que adopte las medidas correspondientes para que cesen las afectaciones de que somos víctimas los ciudadanos colombianos afiliados al sistema de seguridad social en salud.

Las medidas concretas que le solicito adoptar son:

1. Eliminen de la resolución 6804 de 2016, los listados de servicios incluidos en el Plan de Benéficos en Salud, los cuales son inconstitucionales según lo ordenado en la sentencia C313 de 2014.
2. Elimine el artículo 5º de la resolución 3951 de 2016, en cuanto resulta ilegal un programa de computador que se fundamenta en un listado inconstitucional de servicios de salud no incluidos, para cuya formulación de servicios se cercena el concepto integral de salud contenido en los artículos 80 y 150 de la Ley 1751 de 2015, se vulnera el criterio de los profesionales de la salud en la formulación de medicamento o servicios de salud, cuyo uso ya ha sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
3. Se respete el termino contenido en el artículo 15 de la ley estatutaria 1751 de 2015, y se expida de inmediato el listado, expreso y taxativo, de servicios de salud excluidos de prestación, el cual debe concertarse con la comunidad científica y de los pacientes.

Atte.


Aníbal Rodríguez Guerrero

CC 79.262.500

Ciudadano y usuario del sistema de salud

Notificaciones: Carreara 14 # 75 – 58 piso 2, Bogotá

Bogotá, 3 de mayo de 2017

Dr.
Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud
Ciudad



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Radicado No: 201742300915092
DEST: 4240 G. ATENCION AL REM: MARY ALEJANDRA
2017-05-04 11:05 For: 4 Area: Desc Area:
Consulte su trámite en <http://www.minsalud.gov.co> Cód Verif: 4308

REF: PETICION PREVIA AL INICIO DE UNA ACCION POPULAR PARA PROTECCION DEL DERECHO COLECTIVO AL ACCESO AL SERVICIO PUBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Respetado Sr Ministro:

Mary Alejandra Céspedes Castillo, identificada con la CC 1.128.224.769, en calidad de ciudadana y afiliada al sistema de salud, por este documento y en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 144 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (*Ley 14337 de 2011*), le solicito que suspenda las violaciones que se desprenden de las resoluciones 6408 y 3951 ambas de 2016, con las cuales su despacho incumple las decisiones de constitucionalidad adoptadas en la sentencia C313 de 2014, así como la Ley Estatutaria 1751 de 2015

Los fundamentos de esta petición son:

- 1º.- La Ley 100 de 1993, en el artículo 162 consagró al Plan Obligatorio de Salud (POS) como el conjunto de servicios de salud a los cuales los usuarios tienen derechos.
- 2º.- Durante el tiempo de vigencia de dicha norma, el Ministerio de Salud expidió recurrentes actos administrativos en los cuales se enlistaba cada uno de los servicios de salud que hacen parte del POS¹ y a los que los ciudadanos podían acceder, es decir, la concepción de la Ley 100 de 1993 era la de un plan de salud que brindaba solo los servicios incluidos expresamente, entendiendo que los no enlistados no eran cubiertos por el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- 3º.- En el año 2015, con la expedición de la Ley 1751, Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, en el artículo 15 se consagró como postulado esencial el que: "El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas..."

¹ El último de estos actos administrativos fue la resolución 5521 de 2013, que fue reemplazada por 5592 de 2015.

4°.- Es de anotar que en relación con este capital postulado del artículo 15 de la Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, la H Corte Constitucional en la sentencia C313 de 2014, manifestó:

“Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8°, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.”

5°.- Este axioma de un sistema de salud basado en exclusiones en lugar de inclusiones determinó que en la sentencia C313 de 2014, se declarara la inconstitucionalidad de parte del inciso 4 del artículo 15 del entonces proyecto, que consagraba un mecanismo “... para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema...”, lo que la Corte rechazó en los siguientes términos:

“Para la Sala, la configuración por el legislador ordinario de un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para el logro progresivo de beneficios no resulta inconstitucional, lo que resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, atendiendo que, salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión “para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema”. Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un texto que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2° y 49 de la Carta.”

6°.- Cabe agregar que por auto 1 del 13 de enero de 2017, la Sala de Seguimiento de la Sentencia T760/08, reiteró la construcción del sistema de salud a partir de un modelo en donde la inclusión de servicios de salud es la regla, y las exclusiones una excepción expresa y taxativas.

Lo dicho por la Corte en la mencionada providencia fue: “...”

En este contexto, el esquema del nuevo plan de beneficios hace alusión a la inclusión indirecta de todos los servicios, tecnologías y demás que se constituyen en regla y las exclusiones en la excepción, en procura de alcanzar el más alto nivel de salud posible, por lo que las limitaciones al derecho a la salud deben ser expresas y taxativas. Proceso que en todo caso debe atender, propiamente y garantizar la participación ciudadana que es una fuente insoslayable del modelo actual del Estado colombiano, no solo en su construcción u organización, sino en su construcción a partir de principios, valores y derechos constitucionales.”

Sentencia C313 de 2014, Corte Constitucional página 451.
Sentencia C313 de 2014, Corte Constitucional página 451.
Sentencia C313 de 2014, Corte Constitucional página 450.

7.- Bajo en anterior supuesto, se tiene que el aplicativo MIPRES desarrollado en la resolución 3951, debe estar técnicamente construido a partir de los servicios de salud taxativa y expresamente excluidos, a los cuales podría acceder el usuario si el médico tratante así lo determina, concepción que la Corte definió en los siguientes términos:

4.2. En este punto, la Sala considera importante aclarar que en lo concerniente a la orden 25 el parámetro de análisis debe cambiar en atención a la nueva regulación estatutaria antes mencionada, de forma que en adelante el mandato no se deberá encaminar al procedimiento de autorización directa para los servicios de salud no incluidos y procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas sino que el mandato se deberá enfocar exclusivamente hacia la autorización de los servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios.

Ello bajo el entendido que pese a la existencia de un nuevo catálogo que cubre todas las prestaciones a excepción de las explícitamente excluidas, persistirán situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requieran de estas últimas tecnologías y se debe contar con un trámite para su autorización.

8°.- Pese a lo anterior, el Ministerio de Salud profirió resoluciones 6408 del 25 de diciembre de 2016 (Plan de Beneficios en Salud -PBS) y 3951 del 31 de agosto de 2016 (MIPRES), por las cuales: i.- Definió un listado de servicios de salud cubiertos por el sistema de salud; ii) Estableció un mecanismo electrónico (MIPRES) para solicitar la autorización para la prestación de los servicios de salud no incluidos en el listado.

9.- Se aprecia entonces que las decisiones del Ministerio de Salud de mantener un listado de servicios de salud incluidos, y la implantación de un mecanismo electrónico para solicitar la provisión de los servicios no incluidos en el listado, posiblemente desconocen la inconstitucionalidad que en la sentencia C313 de 2014 hizo la Corte del inciso 4° del artículo 15 del entonces proyecto de Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud.

10°.- La anterior conducta del Ministerio de Salud comporta:

1. Quebrantar la Ley Estatutaria 1751/15 y la sentencia C313 de 2014, pues se estableció un listado de servicios de salud incluidos, desconociendo que este mecanismo fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional.
2. Quebrantar el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C313 de 2014, al imponerse a los ciudadanos limitaciones a los servicios de salud que no son explícitas ni taxativas.
3. Quebrantar el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que prohíbe la interferencia en la autonomía médica, al limitarse la capacidad de los profesionales de la salud para decidir los medicamentos u otros servicios de salud a que deben tener acceso los ciudadanos, dado que la herramienta MIPRES no está construida con el fin de que el

médico tratante pueda tramitar el suministro de los servicios de salud expresa y taxativamente excluidos de cobertura.

4. Quebrantar el artículo 86 de la carta política al vulnerar la acción de tutela, pues ante la no aprobación de los servicios de salud cuya provisión no autorice el software MIPRES del Ministerio de Salud, el usuario carece de medios de defensa judicial dado que la EPS no es ya responsable de la negación del servicio de salud, tampoco lo es el profesional tratante dado que la decisión resultó de un programa de computador, ante el cual el usuario no puede jurídicamente impetrar una acción de tutela.

PETICION:

En virtud de los graves hechos expuestos, le solicito que adopte las medidas que estime necesarias para dar cumplimiento a los mandatos de la sentencia C313 de 2014, a la Ley 1751 de 2015 Estatutaria del derecho fundamental a la Salud de millones de colombianos, afectados por las abiertamente ilegales decisiones contenidas en las resoluciones 6408 y 3951 ambas de 2016.

Atte.



Mary Alejandra Céspedes Castillo
CC 1.128.224.769
Ciudadana y usuaria del sistema de salud

Notificaciones:

maryalecespedes@gmail.com
Calle 62 n35a-25 apto 107, Bogotá

Bogotá, 23 de mayo de 2017.

Dr.
Alejandro Gaviria Uribe
 Ministro de Salud
 Ciudad



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

 Radicado No: 201742301074712
 DEST: 4240 G. ATENCIÓN AL REM: AYDEE SANCHE
 2017-05-23 13:06 Fe: 3 Anex: 2 Desc Anex:
 Consulte su trámite en <http://www.minsalud.gov.co> Cód ver: bcd66

REF: DERECHO DE PETICION PARA QUE DE INMEDIATO SE CORRIJAN LAS OMISIONES EN PARAMETRIZACION DEL MIPRES

VIOLACION DE LOS DERECHOS A LA SALUD, VIDA Y SEGURIDAD SOCIAL POR INCUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA C313 DE 2014 POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD

Aydee Sánchez Salazar, ciudadana identificada con la CC 52.836.611, residente en la carrera 1 este # 70 A 70 de Bogotá, en mi calidad de afiliada al sistema general de seguridad social en salud a través de Compensar EPS, le solicito que ordene la inmediata corrección de la parametrización del software MIPRES diseñado por ese Ministerio, pues los contenidos del mismo violan los derechos a la salud, vida y seguridad social por incumplimiento de la sentencia c313 de 2014 por parte del ministerio de salud.

Los fundamentos de esta petición son:

1. Soy una empleada del servicio doméstico, afiliada como cotizante al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud a través de la EPS Compensar.
2. Desde hace tres (3) años, padezco una delicada patología intestinal denominada colitis ulcerativa.
3. Para el tratamiento de la patología que sufro, los médicos tratantes me han formulado el medicamento HUMIRA – adalimumab 40MG pen autoinyectable.
4. Antes de la entrada en operación del MIPRES, Compensar EPS me suministraba el medicamento quincenalmente según las ordenes médicas; la última de las cuales, me había sido expedida 15 de febrero de 2017 con recetario 15845688.
5. El día 22 de mayo de 2017, fui atendida por el gastroenterólogo Miguel Alfonso Cristancho Mendieta adscrito a Compensar EPS, quien nuevamente me ordenó el medicamento adalimumab; sin embargo, como el mismo está incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) solo para la artritis reumatoidea, intentó formularlo por medio de MIPRES lo cual no fue posible dado que no está incluido dentro de los parámetros del aplicativo, razón por la cual diligencio un formato para solicitar a la junta de profesionales de la Salud (JPS) a efecto que dicho organismo estudie la autorización o no del medicamento que requiero.

6. El hecho de que el adalimumab no esté incluido en el listado del Plan de Beneficios en Salud (PBS) definido en la resolución 6408/61, viola la sentencia C313 de 2014 y los artículos 8 y 15 de la Ley 1751 Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud, dado que dicho listado de inclusiones fue declarado inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia.
7. Contrario a lo ordenado en la sentencia C313 de 2014 y en el auto 1 de 2017 de la Corte Constitucional, no existe un listado expreso y taxativo donde el adalimumab este excluido para el tratamiento de la colitis ulcerativa, razón por la cual me debe ser provisto sin tramite alguno.
8. No es procedente que la Junta de Profesionales de la Salud tramite la aprobación para entregarme el medicamento adalimumab 40mg pen auto inyectable, dado que conforme a la resolución 3951 de 2016, sus funciones se relacionan con la aprobación de medicamentos cuyo uso no esté incluido en el registro sanitario (UNIRS), y el adalimumab está aprobado por el Invima según registro sanitario INVIMA 19939766

Indicaciones	<p>ADULTOS: INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS E INHIBIR LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA A SEVERAMENTE ACTIVA QUE NO HAN RESPONDIDO SATISFACTORIAMENTE A UNO O MÁS AGENTES ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD (AME). PUEDE EMPLEARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO Y OTROS AGENTES ANTI-ARTRITIS PSORIÁTICA Y ARTRITIS TENDRADA, ESPODILITIS ANQUILOSANTE, ESPODILITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (ESPODILITIS AXIAL SIN EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE EA), HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ESPODILITIS AXIAL ACTIVA, NO RADIOGRÁFICA, QUIENES TIENEN RESPUESTA INADECUADA; SON INTOLERANTES O TIENEN CONTRAINDICACIONES PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACA CRÓNICA MODERADA A SEVERA, INDICACIÓN DE LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL Y HEDRA EN LA FUNCIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPIA CONVENCIONAL O HAN PERDIDO RESPUESTA O SON INTOLERANTES AL INFLIXIMAB. HUNDRAS HA DEMOSTRADO CURACIÓN DE LA MUCOSA Y CIERRE DE LA FISTULA EN FORMA COMPLETA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA ILEOCOLÓNICA. HUNDRAS INDUCE Y MANTIENE LA RESPUESTA CLÍNICA A LARGO PLAZO Y LA RESPUESTA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA, HUNDRAS REDUCE EL RIESGO DE RE-HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD DE CROHN. HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE COLITIS ULCERATIVA ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES ADULTOS QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL, INCLUIDO CORTICOSTEROIDES Y 6-MERCAPTOPYRIMIDINA (6-MP) O AZATIOPRINA (AZA), O QUIENES SON INTOLERANTES A ESAS TERAPIAS O TIENEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA DICHAS TERAPIAS. PEDIATRÍA: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PIA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ACTIVA, DE MODERADA A SEVERA, EN PACIENTES DE 2 AÑOS DE EDAD Y MAYORES. HUNDRAS PUEDE USARSE SOLO O EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO. HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA REDUCIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA DE MODERADA A SEVERA QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA CONVENCIONAL. ARTRITIS RELACIONADA CON ENFESITIS: HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS RELACIONADA CON ENFESITIS, EN PACIENTES DE 6 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA, O QUE SON INTOLERANTES A LA TERAPIA CONVENCIONAL. PSORIASIS EN PLACA EN PEDIATRÍA HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA CLÍNICA Y SEVERA, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES A PARTIR DE LOS 4 AÑOS DE EDAD QUE HAN TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA O QUE SON CANDIDATOS INAPROPIADOS PARA TERAPIA TÓPICA O FOTOTERAPIA. EN ADULTOS: HODRADERITIS SUPURATIVA: HUNDRAS ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE HODRADERITIS SUPURATIVA ACTIVA DE MODERADA A SEVERA (ACNE DIVERSO) EN PACIENTES ADULTOS CON RESPUESTA INADECUADA A LA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL DE LA MS.</p>
--------------	---

9. En el mismo caso del HUMIRA, están los siguientes 83 medicamentos a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 limita su provisión a las indicaciones terapéuticas arbitrariamente elegidas por el Ministerio de Salud, ignorando los usos aprobados por el INVIMA:

Abatacept; Adalimumab; Alendrónico Ácido; Alendrónico Ácido + Colecalciferol (Vit. D3); Aiteplasa; Amoxicilina - Clavulanato; Anastrozol; Anipirazol; Azitromicina; Bevacizumab; Bicalutámda; Capecitabina; Carvedilol; Cefuroxima; Certolizumab Pegol; Claritromicina; Clopidogrel; Dinoprostona; Docetaxel; Doxazosina; Entacapona / Carbidopa / Levodopa; Epirubicina; Escitalopram; Esomeprazol; Espiramicina; Estradiol; Etanercept; Exemestano; Fingolimod; Fluvoxamina; Fondaparinux; Fulvestrant; Gemcitabina; Glatirámero Acetato; Glucagón;

Golimumab; Imatinib; Infiximab; Interferón Beta-1^a; Interferón Beta-1b; Labetalol; Lacosamida; Lamotrigina; Leflunomida; Letrozol; Levetiracetam; Levofloxacin; Levonorgestrel; Metoprolol Succinato; Micoferolato; Minoxidil; Misoprostol; Moxifloxacin; Natalizumab; Nimodipina; Octreotide; Olanzapina; Olanzapina; Omeprazol; Ondansetron; Oxcarbazepina; Palivizumab; Paroxetina; Pegfilgrastim; Prasugrel; Quetiapina; Ranitidina (Clorhidrato); Risperidona; Risperidona; Rituximab; Rivastigmina; Somatostatina; Somatropina; Tacrolimus; Terlipresina; Tirofiban; Tocilizumab; Topiramato; Trastuzumab; Vacuna Contra Neumococo; Valaciclovir; Vigabatrina; Zinc Sulfato.

PETICION:

En vista de lo anotado, le solicito:

1. Que de manera inmediata se eliminen las restricciones contenidas en las resoluciones 6408 (*Plan de Beneficios en Salud*), y 3951 (MIPRES) ambas de 2016, de forma tal que Compensar EPS me suministre sin dilación el medicamento adalimumab 40 mg sol inyectable, pen auto aplicable, respetando así la sentencia C313 de 2014, el auto 1 de 2017, ambos de la Corte Constitucional, así como la integralidad y progresividad del derecho fundamental a la seguridad social en salud.
2. Que de manera inmediata se eliminen las restricciones contenidas en las resoluciones 6408 (*Plan de Beneficios en Salud*), y 3951 (MIPRES) ambas de 2016, para los 83 medicamentos a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 limita su provisión ignorando los usos aprobados por el INVIMA, e irrespetando la sentencia C313 de 2014, el auto 1 de 2017, ambos de la Corte Constitucional, así como la integralidad y progresividad del derecho fundamental a la seguridad social en salud.

Atte.

Aydee Sánchez S.

Aydee Sánchez Salazar

CC 52.836.611

Ciudadana y usuario del sistema de salud

Notificaciones:

Aydeesanchez79@gmail.com

Carrera 1 este # 70 A 70 Apto 401, Bogotá

Anexos:

1. Copia de la formula medica 15846688 del 15 de febrero de 2017, de Compensar EPS, por la cual se me ordena el medicamento adalimumab 40mg pen auto inyectable.
2. Formula medica del 22 de mayo de 2017 de Compensar EPS, por la cual se envía a aprobación de la junta de profesionales de la salud, la solicitud de provisión del medicamento adalimumab 40mg pen auto inyectable, para la paciente Aydee Sánchez Salazar



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 1 de 8

Bogotá D.C.,

Señor
ANÍBAL RODRIGUEZ GUERRERO
 Carrera 14 # 75 - 58
 Bogotá D.C

ASUNTO: Petición previa al inicio de una acción popular para protección del derecho colectivo al acceso al servicio público de la seguridad social en salud.
 Rad Int. 201742300774402 y 201742300743642

Respetado señor Rodríguez:

En atención al oficio del asunto relacionado con la Resoluciones 3951 y 6804 de 2016, de manera atenta se da respuesta a cada uno de los interrogantes en los siguientes términos:

1. *Eliminen de la resolución 6804 de 2016, los listados de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, los cuales son inconstitucionales según lo ordenado en la sentencia C313 de 2014.*

RESPUESTA:

Al respecto es preciso indicar que los listados de la Resolución 6804 de 2016: "*Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación*", no son inconstitucionales; teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano cuenta con un Plan de Beneficios en Salud, el cual se encuentra financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, que tal y como se explicará corresponde al mecanismo de protección colectiva; y lo que se financia con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA que corresponde a los mecanismos de protección individual.

En cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, y en particular el artículo 15 se establecieron los siguientes mecanismos de protección, con el fin de lograr la materialización del derecho fundamental a la salud y garantizar el conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte utilizados para la atención integral de todas las patologías:

- Mecanismo de protección colectiva (mancomuna el conjunto de riesgos individuales de la población). La protección colectiva está basada en un examen a priori de las demandas de la población y a las cuales es posible estimar su comportamiento futuro a través de notas técnicas. Es decir pueden ser calculadas ex-

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

100-442100-1000

CONFIDENTIAL

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS

CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-25-00 BY 60322
UCBAW/BJS



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 2 de 8

ante, y enmarcarse en el ámbito del aseguramiento colectivo, tomando como base datos epidemiológicos, la carga de la enfermedad, las características de la población, la demanda y los costos de los servicios y tecnologías en salud; buscando el mayor beneficio posible para la población en su conjunto.

Este mecanismo se hace operativo a través del aseguramiento social, que es el valor reconocido ex - ante a través de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, para financiar las demandas en salud de la población. Estas pueden ser inferidas por una nota técnica, que permite estimar a priori sus necesidades futuras. En este mecanismo están los servicios y tecnologías cubiertos en el Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. (Resolución 6408 de 2016).

Mediante este mecanismo se ha garantizado el derecho a la salud así: i) El 85% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y el 100% de los medicamentos esenciales fijados por la Organización Mundial de la Salud – OMS, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y la carga de enfermedad, excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país; y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos contenidos en este mecanismo.

- Mecanismo de protección individual. La protección individual es aquella demanda que se materializa cuando surge una necesidad individual y excepcional, sobre la cual no aplica la protección colectiva, pero que debe ser financiada de forma colectiva (recursos públicos y/o propios) y se paga en forma posterior (ex - post).

En este escenario, el médico tratante en ejercicio de su autonomía médica es quien determina esta necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el mecanismo de protección colectiva. Nótese que la protección individual que se brinda se centra, por el contrario a las del primer grupo, en las necesidades de un individuo particular, no en las necesidades de la población, sino en las carencias observadas de una persona en concreto. Acá se encuentran los servicios y tecnologías autorizados en el país y no contenidos en el mecanismo de protección colectiva.

La prescripción de dichos servicios para el régimen contributivo se hace operativa en aplicación de la Resolución 3951 de 2016 y del aplicativo MIPRES y para el régimen subsidiado de conformidad con las reglas definidas en la Resolución 1479 de 2015.

Mediante este mecanismo se garantiza el derecho a la salud así: i) El 15% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos contenidos en este mecanismo.

Es importante anotar en este momento que algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa, en el marco de la actualización de las prestaciones de servicios de salud que deben estar en uno u otro mecanismo; por ejemplo: los límites al acceso a las tiras de glucometría que anteriormente tenían un límite de cobertura (50 o 100 de acuerdo al diagnóstico) y que a partir de 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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 3 de 8

Resolución 6408 no tienen límite.

- Mecanismo de exclusiones. Este mecanismo se basa en el diseño de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para la aplicación de los criterios de exclusión establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

En cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 330 de 2017, estableciendo el citado mecanismo para excluir servicios o tecnologías de salud, el cual se desarrolla de acuerdo a las siguientes etapas:

- Fase de nominación y priorización. Esta fase consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes y análisis; y la priorización de las nominaciones.
- Fase de análisis técnico-científico. Esta fase inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analizan la evidencia y, a través de un consenso, realizan un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados. Esta fase incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión. A fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo
- Fase de adopción y publicación de la decisión. Esta fase se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del MSPS.

Es importante señalar que el mencionado procedimiento fue construido con el aporte de los diferentes actores del Sistema. Para el efecto, se realizaron encuentros regionales en los años 2015 y 2016 en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pasto, Pereira, Valledupar, Bogotá y Mitú en las cuales participaron cerca de 880 personas. También se puso a disposición una encuesta virtual en donde participaron 266 personas. De igual forma, se realizaron entrevistas a líderes del sector durante el 2015. La metodología utilizada (world café, encuestas, seis por seis y entrevistas) permitió que los actores aportaran sus conocimientos y preferencias.

Mediante estos mecanismos, el Estado garantiza el derecho fundamental a la salud y el acceso a las tecnologías en

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

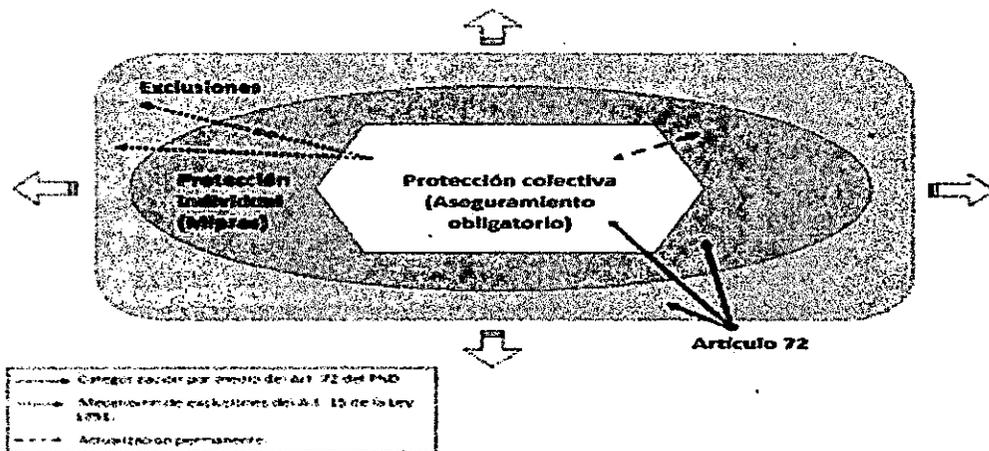
Fecha: 30-05-2017

Página 4 de 8

salud autorizadas en el país, de tal forma que, tanto para el paciente como para el médico tratante es transparente la prescripción y uso. Estos dos últimos aspectos no se deben confundir cómo se financian las tecnologías en salud, disponibles y autorizadas por la autoridad competente en el país, cuyo contenido está definido para cada uno de los dos mecanismos en los actos administrativos señalados anteriormente.

La diagramación de lo anterior se encuentra en la siguiente gráfica:

Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

De acuerdo con lo anterior, se concluye que este Ministerio ha desarrollado, entre otras, las siguientes estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud: i) Protección de las prestaciones colectivas; ii) Protección de las prestaciones individuales – MIPRES; y iii) Resolución que fija el mecanismo de exclusiones, y que las resoluciones 6408 y 3951 de 2016 no violan la Ley Estatutaria, ni la sentencia C-313 de 2015.

2. *Elimine el artículo 5° de la resolución 3951 de 2016, en cuanto resulta ilegal un programa de computador que se fundamenta en un listado inconstitucional de servicios de salud no incluidos, para cuya formulación de servicios se cercena el concepto integral de salud contenido en los artículos 8o y 15o de la Ley 1751 de 2015, se vulnera el criterio de los profesionales de la salud en la formulación de medicamento o servicios de salud, cuyo uso ya ha sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.*

RESPUESTA:

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 5 de 8

Respecto de la herramienta definida en el artículo 5º de la Resolución 3951 de 2016, es importante precisar que no es un programa de computador que se fundamenta en un listado inconstitucional de servicios de salud no incluidos, teniendo en cuenta que tal y como se mencionó en la respuesta al numeral primero de esta comunicación, el Plan de Beneficios en Salud es uno solo, y su diferenciación solo radica en la fuente de financiación sin que ello involucre en ningún momento la negación de servicios de salud.

En este sentido, mediante la Resolución 3951 de 2016 se reglamentó el 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; para lo cual este Ministerio ha realizado las jornadas de socialización, implementación y seguimiento respecto al acto administrativo, el aplicativo MIPRES y el procedimiento así: i) con el apoyo de Colombia Saludable y otras entidades, así como por iniciativa propia, realizó jornadas masivas en las principales ciudades del país en las cuales se contó con la asistencia de líderes de usuarios, profesionales de la salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud, Industria Farmacéutica, Sociedades Científicas, entre otros, ii) asistencia personalizada a solicitudes específicas de los distintos actores y iii) videoconferencias con el fin de llegar a todo el territorio nacional. En dichas jornadas se han capacitado 6.621 personas, en 43 jornadas masivas y 45 reuniones a demanda específica de los actores llegando a 508 IPS, 25 EPS, 29 laboratorios farmacéuticos, 12 entidades territoriales, 7 sociedades científicas y agremiaciones.

Adicionalmente, se dispuso en la página web institucional un espacio exclusivo para la implementación de MIPRES el cual puede ser consultado en la siguiente ruta: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>; y en donde se encuentra toda la información para los diferentes actores, incluyendo la normativa y los documentos técnicos que soportan el aplicativo.

Ahora bien, es importante mencionar que el aplicativo está concebido para registrar y reportar las prescripciones de los servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – PBS-UPC, las cuales se clasifican así:

1. Medicamentos no cubiertos por el PBS-UPC que se encuentran debidamente registrados ante el INVIMA, que se encuentran en el listado de medicamentos vitales no disponibles o aquellos que deben ser suministrados en preparación magistral.
2. Procedimientos no cubiertos por el PBS-UPC que cuentan con Codificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS.
3. Insumos que exceden la cobertura del PBS-UPC.
4. Servicios complementarios, es decir aquellos que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, ya que no son elementos diagnósticos ni terapéuticos, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

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

SECRET
1950

...

...

...

...

...

...

...



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 6 de 8

5. Soporte nutricional, correspondiente a los alimentos con propósito médico especial registrados de esa manera ante el INVIMA.
6. Medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, que requieren ser utilizados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 532 de 2017.

De los servicios y tecnologías citadas es preciso indicar que para los servicios complementarios, soporte nutricional cuya prescripción sea ambulatoria y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no Indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, debe realizarse la Junta de Profesionales de la Salud de conformidad con las disposiciones del Capítulo II de la Resolución 3951 de 2016, a fin de discutir la necesidad y pertinencia de los mismos bajo criterios técnicos y científicos de pares profesionales.

De acuerdo con lo anterior, los profesionales de la salud pueden prescribir cualquier tipo de tecnología o servicio no cubierto por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC con total y plena autonomía del ejercicio profesional, en el marco de la autorregulación y la ética, tal y como lo señala la Ley Estatutaria en Salud en su artículo 17.

Ahora bien, en relación a los servicios y tecnologías en salud ordenadas a través de fallo judicial, el aplicativo MIPRES prevé una funcionalidad en donde el registro se encuentra a cargo de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud - EPS, y otra para el diligenciamiento de las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud, cuya responsabilidad está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Así mismo, cuenta con la posibilidad de reportar en línea el suministro de lo efectivamente entregado al usuario.

En este sentido, el aplicativo MIPRES tiene la capacidad de registrar todas las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes, así como aquellas ordenadas a través de fallo judicial y las autorizadas por las Juntas, lo cual permite conocer en tiempo real los servicios y tecnologías en salud que están siendo demandados por los usuarios del régimen contributivo.

Ahora bien, es pertinente indicar que el mencionado aplicativo se encuentra sustentado en principios fundamentales en caminados a garantizar el derecho fundamental a la salud, entre los cuales se encuentran la: i) autonomía médica; y ii) seguridad del paciente, los cuales se materializan así:

- i. Autonomía médica: En virtud del mencionado artículo 17 de la Ley 1751 de 2014, la implementación de MIPRES elimina la instancia de autorización ante el Comité Técnico Científico de las Entidades Promotoras de Salud, por tanto las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud no son objeto de ningún trámite de evaluación de pertinencia médica salvo los servicios complementarios, soporte nutricional cuya prescripción sea ambulatoria y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no Indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, que deben ir a la Junta de Profesionales de la Salud que operan en las IPS.

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201733201025581**

Fecha: **30-05-2017**

Página 7 de 8

Dicha situación se ve traducida en el respeto de la autonomía médica y en la disminución de los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – PBS-UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con oportunidad a los afiliados.

- ii. Seguridad del paciente, la cual se soporta en que la prescripción del paciente sea realizada en consecuencia con la evidencia científica y en atención a la condición clínica y el o los diagnóstico(s) del paciente. De manera adicional, dicha seguridad se ve reflejada en que la prescripción de medicamentos cumplan con la normativa vigente, en relación a la autorización del INVIMA en registro y en indicación.

Ahora bien, en relación a la referencia realizada por usted del medicamento Humira, cuyo principio activo es el adalimumab, el cual presenta la siguiente aclaración en la Resolución 6408: "*Cubierto para usos en artritis reumatoide refractaria a tratamiento con fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) no biológicos*" y la consulta de los usos registrados ante el INVIMA sobre lo cual concluye: "*sus indicaciones terapéuticas desbordan ampliamente el limitado uso que se autoriza en la resolución 6408*"; es preciso indicar que es un análisis que desconoce la normativa vigente y que se explico ampliamente en el numeral primero de esta comunicación, en el entendido que la aclaración hace referencia al mecanismo de financiación del medicamento y no a las posibilidades de prescripción del mismo, es decir, que cuando dicho principio activo es formulado para la aclaración contenida en la mencionada resolución su financiación es la Unidad de Pago por Capitación; y que en el caso de ser formulada para los demás usos autorizados por el INVIMA su reconocimiento se realiza por el Fondo de Solidaridad y Garantía a través de la figura del recobro.

En relación con su afirmación que: "*desconociendo la Ley Estatutaria 1751/15 y la sentencia C313 de 2014, el Ministerio de Salud expidió la resolución 3951 de 2015, en cuyo artículo 5º dispuso que los servicios no incluidos en el PBS, pero tampoco expresamente excluidos (verbi gratia HUMIRA), podrán ser provistos a través de un programa de computador, en el cual el profesional tratante debe solicitar al Ministerio de Salud la autorización respectiva.*"

De esta forma, se crea una categoría de servicios de salud no incluidos en el PBS, pero tampoco excluidos de este, y cuya decisión de provisión no depende del criterio del profesional tratante dentro del marco de integralidad del servicio de salud contenida en la Ley, sino que el servicio de salud es autorizado por un software que controla la decisión del médico o profesional tratante, llegando a negar la formulación hecha si los algoritmos del programa definidos por el Ministerio de Salud así lo consideran.

El resultado de lo anterior, es la imposición de exclusiones de servicios de salud que no son expresas ni taxativas, que violan el acceso al derecho colectivo del servicio público esencial de la seguridad social en salud"; carece de fundamento teniendo en cuenta que la herramienta MIPRES no requiere ningún tipo de autorización por parte del Ministerio.

3. Se respete el término contenido en el artículo 15 de la ley estatutaria 1751 de 2015, y se expida de inmediato el listado, expreso y taxativo, de servicios de salud excluidos de prestación, el cual debe concertarse con la comunidad científica y de los pacientes.

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201733201025581

Fecha: 30-05-2017

Página 8 de 8

Tal como se explicó en la respuesta al punto número 1 del presente escrito, el procedimiento participativo para la determinación de las exclusiones de servicios o tecnologías no financiadas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra definida en la Resolución 330 de 2017, como fue referida en la respuesta a la pregunta número 1.

No obstante lo anterior, es preciso indicar que se debe leer atentamente el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 que señala: "Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud". Resulta apenas lógico el mandato legal, toda vez que la tecnología evoluciona todos los días e ingresa al país de manera permanente, por lo que de ninguna manera se pudiera pensar que un listado de exclusiones se determina en un momento y es inamovible. Resulta importante del mandato legal, la definición del procedimiento consensuado e institucionalizado que involucre a la comunidad científica y a los pacientes para definir las exclusiones que como ya se dijo conformarán un listado dinámico, aspecto que se definió por parte del Ministerio previa discusión con diferentes actores.

Finalmente y en relación al oficio remitido por usted a la Honorable Corte Constitucional, de manera atenta se anexa a la presente comunicación, la respuesta dada por este Ministerio al Auto del 7 de abril de 2017.

Cordial Saludo,



ALVARO ROJAS FUENTES

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

Anexo lo enunciado en veinte (20) folios

Preparó: Mónica V
Revisó: A Rojas/

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 1 de 7

Bogotá D.C.,

Señora

MARY ALEJANDRA CÉSPEDES CASTILLO

Calle 62 # 35A - 25 Apto 107 Barrio Nicolás de Federman

Bogotá D.C

ASUNTO: Denuncia ciudadana por posible violación de la sentencia C-313 de 2014 por parte del Ministerio de Salud
Rad Int: 201742300964762

Respetada señora Céspedes:

En atención al oficio del asunto relacionado con la Resoluciones 3951 y 6804 de 2016, trasladado a este Ministerio por la coordinación del grupo de atención a la ciudadanía, a través del cual solicita "adoptar las medidas necesarias con el fin de proteger los derechos constitucionales fundamentales a la salud y vida de millones de colombianas, afectados por las conductas del Sr. Ministro de Salud", de manera atenta se da respuesta en los siguientes términos:

En relación a las afirmaciones relacionadas con la conducta al Ministerio de Salud al "quebrantar la Ley Estatutaria 1751/15 y la sentencia C313 de 2014, pues se estableció un listado de servicios de salud incluidos, desconociendo que este mecanismo fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional" y "quebrantar el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C313 de 2014, al imponerse a los ciudadanos limitaciones a los servicios de salud que no son explícitas ni taxativas", es preciso indicar que en los listados de la Resolución 6804 de 2016: "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación", no son violatorios de la Ley Estatutaria, ni desconocen la sentencia C - 313 de 2014; teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano cuenta con un Plan de Beneficios en Salud, el cual se encuentra financiado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, que tal y como se explicará corresponde al mecanismo de protección colectiva; y de manera adicional con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA lo correspondiente al mecanismo de protección individual.

En cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, y en particular el artículo 15 se establecieron los siguientes mecanismos de protección, con el fin de lograr la materialización del derecho fundamental a la salud y garantizar el conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte utilizados para la atención integral de todas las patologías:

- Mecanismo de protección colectiva (mancomuna el conjunto de riesgos individuales de la población). La

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

Teléfono: (57-1)3305000 Línea gratuita 016000952525 Fax: (57-1)3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 2 de 7

protección colectiva está basada en un examen a priori de las demandas de la población y a las cuales es posible estimar su comportamiento futuro a través de notas técnicas. Es decir pueden ser calculadas ex-ante, y enmarcarse en el ámbito del aseguramiento colectivo, tomando como base datos epidemiológicos, la carga de la enfermedad, las características de la población, la demanda y los costos de los servicios y tecnologías en salud, buscando el mayor beneficio posible para la población en su conjunto.

Este mecanismo se hace operativo a través del aseguramiento social, que es el valor reconocido ex - ante a través de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, para financiar las demandas en salud de la población. Estas pueden ser inferidas por una nota técnica, que permite estimar a priori sus necesidades futuras. En este mecanismo están los servicios y tecnologías cubiertos en el Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. (Resolución 6408 de 2016).

Mediante este mecanismo se ha garantizado el derecho a la salud así: i) El 85% de los procedimientos realizados en el país; ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y el 100% de los medicamentos esenciales fijados por la Organización Mundial de la Salud - OMS, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y la carga de enfermedad, excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país; y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos contenidos en este mecanismo.

- Mecanismo de protección individual. La protección individual es aquella demanda que se materializa cuando surge una necesidad individual y excepcional, sobre la cual no aplica la protección colectiva, pero que debe ser financiada de forma colectiva (recursos públicos y/o propios) y se paga en forma posterior (ex - post).

En este escenario, el médico tratante en ejercicio de su autonomía médica es quien determina esta necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el mecanismo de protección colectiva. Nótese que la protección individual que se brinda se centra, por el contrario a las del primer grupo, en las necesidades de un individuo particular, no en las necesidades de la población, sino en las carencias observadas de una persona en concreto. Acá se encuentran los servicios y tecnologías autorizados en el país y no contenidos en el mecanismo de protección colectiva.

La prescripción de dichos servicios para el régimen contributivo se hace operativa en aplicación de la Resolución 3951 de 2016 y del aplicativo MIPRES y para el régimen subsidiado de conformidad con las reglas definidas en la Resolución 1479 de 2015.

Mediante este mecanismo se garantiza el derecho a la salud así: i) El 15% de los procedimientos realizados en el país; ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos contenidos en este mecanismo.

Es importante anotar en este momento que algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa, en el marco de la actualización de las prestaciones de servicios de salud que deben estar en uno u otro mecanismo; por ejemplo: los límites al acceso a las tiras de glucometría que

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

Teléfono: (57) 1 3395600 Línea gratuita 01800095252E Fax: (57) 1 3395600 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 3 de 7

anteriormente tenían un límite de cobertura (50 o 100 de acuerdo al diagnóstico) y que a partir de la Resolución 6408 no tienen límite.

- Mecanismo de exclusiones. Este mecanismo se basa en el diseño de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para la aplicación de los criterios de exclusión establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015:

En cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 330 de 2017, estableciendo el citado mecanismo para excluir servicios o tecnologías de salud, el cual se desarrolla de acuerdo a las siguientes etapas:

- Fase de nominación y priorización. Esta fase consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes y análisis; y la priorización de las nominaciones.
- Fase de análisis técnico-científico. Esta fase inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analizan la evidencia y, a través de un consenso, realizan un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados. Esta fase incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión. A fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo
- Fase de adopción y publicación de la decisión. Esta fase se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del MSPS.

Es importante señalar que el mencionado procedimiento fue construido con el aporte de los diferentes actores del Sistema. Para el efecto, se realizaron encuentros regionales en los años 2015 y 2016 en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pasto, Pereira, Valledupar, Bogotá y Mitú en las cuales participaron cerca de 880 personas. También se puso a disposición una encuesta virtual en donde participaron 266 personas. De igual forma, se realizaron entrevistas a líderes del sector durante el 2015. La metodología utilizada (world café, encuestas, seis por seis y entrevistas) permitió que los actores aportaran sus conocimientos y preferencias.

Mediante estos mecanismos, el Estado garantiza el derecho fundamental a la salud y el acceso a las tecnologías en

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

Teléfono (57-1)3305000 Línea gratuita 018000352525 Fax (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

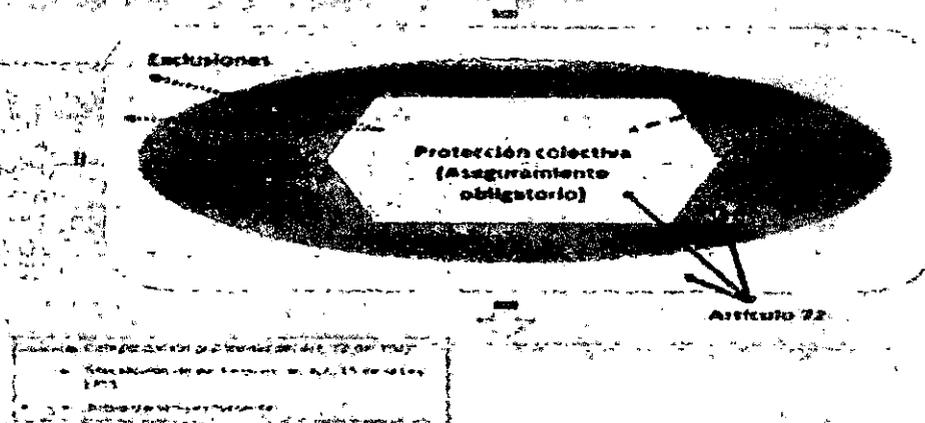
Fecha: 30-05-2017

Página 4 de 7

salud autorizadas en el país, de tal forma que, tanto para el paciente como para el médico tratante es transparente la prescripción y uso. Estos dos últimos aspectos no se deben confundir en cómo se financian las tecnologías en salud, disponibles y autorizadas por la autoridad competente en el país, cuyo contenido está definido para cada uno de los dos mecanismos en los actos administrativos señalados anteriormente.

La diagramación de lo anterior se encuentra en la siguiente gráfica:

Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

De acuerdo con lo anterior, se concluye que este Ministerio ha desarrollado, entre otras, las siguientes estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud: i) Protección de las prestaciones colectivas; ii) Protección de las prestaciones individuales - MIPRES; y iii) Resolución que fija el mecanismo de exclusiones, y que las resoluciones 6408 y 3951 de 2016 no violan la Ley Estatutaria, ni la sentencia C-313 de 2015.

En relación a que se esté quebrantando "el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que prohíbe la interferencia en la autonomía médica, al limitarse la capacidad de los profesionales para decidir los medicamentos u otros servicios de salud a que deben tener acceso los ciudadanos, los cuales de manera arbitraria se aprueban sólo si el Ministerio de Salud, por intermedio de una herramienta tecnológica, estima que pueden ser provistos a los ciudadanos" y "quebrantar el artículo 86 de la carta política al vulnerar la acción de tutela, pues ante la no aprobación de los servicios de salud cuya provisión no autorice el software del Ministerio de Salud, el usuario carece de medios de defensa judicial dado que la EPS no es ya responsable de la negación del servicio de salud, tampoco lo es el profesional tratante dado que la decisión resultó de un programa de computador, ante el cual el usuario no puede jurídicamente impetrar una acción de tutela", es importante precisar que la herramienta definida en el artículo 5º de la Resolución 3951 de 2016, no es un programa de computador que se fundamenta en un listado inconstitucional de servicios de salud no incluidos, teniendo en cuenta que tal y como se mencionó en la respuesta al numeral primero

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

Teléfono: 3105000. Línea gratuita 018000962625 Fax: (57-1)3335250. www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 5 de 7

de esta comunicación, el Plan de Beneficios en Salud es uno solo, y su diferenciación solo radica en la fuente de financiación, sin que ello involucre en ningún momento la negación de servicios de salud.

En este sentido, mediante la Resolución 3951 de 2016 se reglamentó el 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; para lo cual este Ministerio ha realizado las jornadas de socialización, implementación y seguimiento respecto al acto administrativo, el aplicativo MIPRES y el procedimiento así: i) con el apoyo de Colombia Saludable y otras entidades, así como por iniciativa propia, realizó jornadas masivas en las principales ciudades del país en las cuales se contó con la asistencia de líderes de usuarios, profesionales de la salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud, Industria Farmacéutica, Sociedades Científicas, entre otros, ii) asistencia personalizada a solicitudes específicas de los distintos actores y iii) videoconferencias con el fin de llegar a todo el territorio nacional. En dichas jornadas se han capacitado 6.621 personas, en 43 jornadas masivas y 45 reuniones a demanda específica de los actores llegando a 508 IPS, 25 EPS, 29 laboratorios farmacéuticos, 12 entidades territoriales, 7 sociedades científicas y agremiaciones.

Adicionalmente, se dispuso en la página web institucional un espacio exclusivo para la implementación de MIPRES el cual puede ser consultado en la siguiente ruta: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>; y en donde se encuentra toda la información para los diferentes actores, incluyendo la normativa y los documentos técnicos que soportan el aplicativo.

Ahora bien, es importante mencionar que el aplicativo está concebido para registrar y reportar las prescripciones de los servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – PBS-UPC, las cuales se clasifican así:

1. Medicamentos no cubiertos por el PBS-UPC que se encuentran debidamente registrados ante el INVIMA, que se encuentran en el listado de medicamentos vitales no disponibles o aquellos que deben ser suministrados en preparación magistral.
2. Procedimientos no cubiertos por el PBS-UPC que cuentan con Codificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS.
3. Insumos que exceden la cobertura del PBS-UPC.
4. Servicios complementarios, es decir aquellos que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, ya que no son elementos diagnósticos ni terapéuticos, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.
5. Soporte nutricional, correspondiente a los alimentos con propósito médico especial registrados de esa manera ante el INVIMA.

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 6 de 7

- 6. Medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, que requieren ser utilizados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 532 de 2017.

De los servicios y tecnologías citadas es preciso indicar que para los servicios complementarios, soporte nutricional cuya prescripción sea ambulatoria y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, debe realizarse la Junta de Profesionales de la Salud de conformidad con las disposiciones del Capítulo II de la Resolución 3951 de 2016, a fin de discutir la necesidad y pertinencia de los mismos bajo criterios técnicos y científicos de pares profesionales.

De acuerdo con lo anterior, los profesionales de la salud pueden prescribir cualquier tipo de tecnología o servicio no cubierto por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC con total y plena autonomía del ejercicio profesional, en el marco de la autorregulación y la ética, tal y como lo señala la Ley Estatutaria en Salud en su artículo 17.

Ahora bien, en relación a los servicios y tecnologías en salud ordenadas a través de fallo judicial, el aplicativo MIPRES prevé una funcionalidad en donde el registro se encuentra a cargo de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud EPS, y otra para el diligenciamiento de las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud, cuya responsabilidad está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Así mismo, cuenta con la posibilidad de reportar en línea el suministro de lo efectivamente entregado al usuario.

En este sentido, el aplicativo MIPRES tiene la capacidad de registrar todas las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes, así como aquellas ordenadas a través de fallo judicial y las autorizadas por las Juntas, lo cual permite conocer en tiempo real los servicios y tecnologías en salud que están siendo demandados por los usuarios del régimen contributivo.

Ahora bien, es pertinente indicar que el mencionado aplicativo se encuentra sustentado en principios fundamentales en caminados a garantizar el derecho fundamental a la salud; entre los cuales se encuentran la: i) autonomía médica; y ii) seguridad del paciente, los cuales se materializan así:

- i. Autonomía médica: En virtud del mencionado artículo 17 de la Ley 1751 de 2014, la implementación de MIPRES elimina la instancia de autorización ante el Comité Técnico Científico de las Entidades Promotoras de Salud, por tanto las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud no son objeto de ningún trámite de evaluación de pertinencia médica salvo los servicios complementarios, soporte nutricional cuya prescripción sea ambulatoria y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario-UNIRS, que deben ir a la Junta de Profesionales de la Salud que operan en las IPS.

Dicha situación se ve traducida en el respeto de la autonomía médica y en la disminución de los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - PBS-UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con oportunidad a los afiliados.

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

Teléfono: (57-1) 3306000 Línea gratuita 019060952525 Fax: (57-1) 3306050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No. 201733201025771

Fecha: 30-05-2017

Página 7 de 7

ii. Seguridad del paciente, la cual se soporta en que la prescripción del paciente sea realizada en consecuencia con la evidencia científica y en atención a la condición clínica y el o los diagnóstico(s) del paciente. De manera adicional, dicha seguridad se ve reflejada en que la prescripción de medicamentos cumplan con la normativa vigente, en relación a la autorización del INVIMA en registro y en indicación.

Cordial Saludo,

Alvaro Rojas Fuentes

ALVARO ROJAS FUENTES
Director de Administración de Fondos de la Protección Social

Copia: Dr. Javier Sanabria Salazar, Coordinador (E) Grupo de Atención a la Ciudadanía, Presidencia de la República, Calle 7 # 6 - 54, Bogotá D.C.

Preparó: Mónica V. /
Revisó: A. Rojas

 MINSALUD

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

Bogotá D.C.,

Señora

AYDEE SÁNCHEZ SALAZAR

Aydeesanchez79@gmail.com

Carrera 1 este # 70 A 70 Apto 401, Bogotá

ASUNTO: 1074712_MEDICAMENTOS_MIPRES_ADALIMUMAB.

Respetada señora Aydee:

Se ha recibido su derecho de petición radicado bajo el número citado en el asunto, mediante el cual solicita "1. Que de manera inmediata se eliminen las restricciones contenidas en las resoluciones 6408 (Plan de Beneficios en Salud), y 3951 (MIPRES) ambas de 2016, de forma tal que Compensar EPS me suministre sin dilación el medicamento adalimumab 40 mg sol inyectable, pen auto aplicable, respetando así la sentencia C313 de 2014, el auto 1 de 2017, ambos de la Corte Constitucional, así como la integralidad y progresividad del derecho fundamental a la seguridad social en salud. 2. Que de manera inmediata se eliminen las restricciones contenidas en las resoluciones 6408 (Plan de Beneficios en Salud), y 3951 (MIPRES) ambas de 2016, para los 83 medicamentos a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 limita su provisión ignorando los usos aprobados por el INVIMA, e irrespetando la sentencia C313 de 2014, el auto 1 de 2017, ambos de la Corte Constitucional, así como la integralidad y progresividad del derecho fundamental a la seguridad social en salud." [sic].

Antes de dar respuesta a su petición es necesario precisar que el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la

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

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, a través principalmente de dos mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población y ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago de servicios y tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales).

Las prestaciones de salud cubiertas en el **mecanismo de protección colectiva** (mancomunado riesgos individuales) son las que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 6408 de 2016 y sus anexos: 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo y la Resolución 374 de 2017 "Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC)" y la Resolución 1687 de 2017 por la cual se sustituye el Anexo 2 de la Resolución 6408 de 2016 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y se dictan otras disposiciones.

A su vez, las prestaciones de salud cubiertas por el **mecanismo de protección individual** son el conjunto de servicios y tecnologías de salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS del SOGCS en su componente Sistema Único de Habilitación -SUH, entre otras). Este mecanismo financia dichas prestaciones de salud a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través del FOSYGA para los afiliados al régimen contributivo. Ver Resolución 1479 de 2015 para el Régimen Subsidiado, y para el Régimen Contributivo consultar Resoluciones 3951 y 5884 de 2016 y Resolución 532 de 2017.

Dicho lo anterior es necesario hacer varias precisiones según lo enunciado en el derecho de petición en su parte motiva.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

En primer lugar y en lo referente a la parametrización del medicamento Adalimumab no es correcto afirmar que:

"fui atendida por el gastroenterólogo Miguel Alfonso Crispancho Mendieta adscrito a Compensar EPS, quien nuevamente me ordenó el medicamento adalimumab; sin embargo, como el mismo está incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) solo para la artritis reumatoidea, intenté formularlo por medio de MIPRES lo cual no fue posible dado que no está incluido dentro de los parámetros del aplicativo, razón por la cual diligencé un formato para solicitar a la junta de profesionales de la Salud (JPS) a efecto que dicho organismo estudie la autorización o no del medicamento que requiero." Negrita y subraya fuera de texto original.

Tal y como puede apreciar en la imagen que se adjunta el medicamento si se encuentra parametrizado en MIPRES. De hecho la misma pantalla que se origina al escribir el principio activo en el aplicativo MIPRES le proporciona varios avisos al médico prescriptor, como que el uso en artritis reumatoide refractaria a tratamiento con FARME se encuentra cubierto mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales), es decir la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC). También le indica que existen indicaciones no incluidas en el registro sanitario pero que se encuentran autorizadas para su uso teniendo en cuenta que hace parte de la lista UNIRS, y finalmente le señala que la concentración disponible es de 40mg/0,8 mL en solución de administración parenteral.



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201734101102831
Fecha: 2017-06-08

REPORTES DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

Logotipo: EPS/UPSA/Unidad de Atención Primaria/Entidad Prestadora de Rol Rol: PSE/ADOP/PHK

REGISTRAR PRESCRIPCIÓN

MEDICAMENTOS

1 2 3 4 5

Formulario de registro de medicamentos

Nombre Comercial: **ADALIMUMAB**

Forma Farmacéutica: **OTRAS SOLUCIONES**

Via Administración: **INTRATECA**

Indicaciones: **Colitis ulcerosa**

Indicaciones no PBS (Máx. 500 caracteres):

Indicaciones o Recomendaciones para el paciente (Máx. 100 caracteres):

Formulario de registro de medicamentos

Al registrar a este medicamento usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y se compromete a cumplir con el plan de beneficios en salud de la EPS/UPSA/Unidad de Atención Primaria/Entidad Prestadora de Rol Rol: PSE/ADOP/PHK

Fuente: MIPRES. Consulta en línea [06-06-2017]

Por lo anterior se entiende que el medicamento Adalimumab se puede prescribir mediante MIPRES para los usos que no están cubiertos por el PBSUPC (Incluidos los usos de la lista UNIRS) sin necesidad de tener que enviar comunicaciones a la junta de profesionales de la salud, por cuanto no les corresponde a ellos autorizar medicamentos que se pueden prescribir mediante MIPRES.

En segundo lugar, es necesario que tenga en cuenta que el medicamento está siendo financiado por el sistema de salud, respetando su derecho a la salud y le puede ser dispensado sin trámite adicional alguno teniendo en cuenta que la indicación de colitis ulcerativa se encuentra autorizada en el registro sanitario del mismo. El mecanismo mediante el cual se financie (Protección colectiva o individual) no debe afectar la oportuna dispensación del medicamento para la atención de su patología ya que es a la EPS a quien le corresponde su discriminación para efectos de pago.

Ahora bien, en cuanto a los 83 medicamentos que señala "a los que el anexo 1 de la resolución 6804 de 2016 limita su provisión a las indicaciones terapéuticas arbitrariamente elegidas por el Ministerio de Salud, ignorando los usos aprobados por el



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

INVIMA . nada más alejado de la realidad teniendo en cuenta que no son limitaciones "arbitrariamente elegidas" sino que hacen parte del proceso técnico científico de inclusión a la cobertura del PBSUPC mediante una Evaluación de Tecnologías en Salud que tuvo en cuenta la indicación en la cual se consideró cubierto y bien sea no se han analizado otras indicaciones o se han descartado en el proceso de evaluar su efectividad y seguridad para ser incluido en el plan de beneficios. Tampoco es preciso que se hayan ignorado los usos aprobados por el INVIMA ya que al iniciar la evaluación de un medicamento para una posible cobertura por el PBSUPC uno de los requisitos es que la indicación se encuentre aprobada por el INVIMA.

Por las anteriores razones no es posible aceptar su solicitud en cuanto a eliminar las restricciones contenidas en las resoluciones 6408 de 2016 y 3951 de 2016 por cuanto la cobertura del PBSUPC tiene en cuenta evidencia de eficacia, efectividad y seguridad para las tecnologías incluidas en dicho plan de beneficios garantizando que las tecnologías cubiertas han sido validadas mediante el proceso técnico científico de evaluación de tecnologías en salud que apoya los resultados de la terapia farmacológica que busca el médico prescriptor y adicionalmente porque no existe restricción en MIPRES para el medicamento adalimumab según lo que se indicó en párrafos anteriores. Lo que se realiza progresivamente es la migración de financiamiento de una tecnología, desde el mecanismo de protección individual hacia el de protección colectiva.

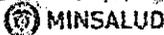
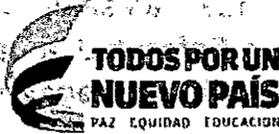
Tampoco es posible aceptar la solicitud de retirar la aclaración de cobertura de la resolución 6408 de 2016 por las razones anteriormente descritas.

Hechas las aclaraciones anteriores y considerándolo de su interés, se debe resaltar que el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 establece como un mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud, el procedimiento técnico-científico de exclusiones de servicios y tecnologías. Dicha ley definió también que los servicios y tecnologías que se declaren como excluidos en aplicación de los criterios establecidos en el mencionado artículo NO podrán ser financiados con los recursos públicos asignados a la salud.

Así, dado que actualmente algunos actores externos y el Ministerio de Salud y Protección Social nominaron unos servicios y tecnologías para ser excluidas del financiamiento con recursos públicos de la salud (en aplicación de alguno o varios de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y de la Resolución 330 de 2017) me permito comunicar que la información para poder participar en el

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

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

procedimiento técnico científico de exclusiones, conocer la información de las nominaciones o el avance de este procedimiento lo puede encontrar en el siguiente enlace electrónico:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>

Sea esta la oportunidad para comunicar que en desarrollo de la Circular 60 de 2015, este Ministerio dispuso una herramienta virtual para que los ciudadanos se registren y puedan así ser convocados de forma ágil y oportuna con miras a participar en los procesos de participación ciudadana, en especial, aquellos que tienen relación con la definición de las exclusiones y la actualización de las coberturas de los mecanismos de protección, en particular el que hace referencia al de protección colectiva (PBSUPC). Para lo anterior, puede registrarse accediendo al siguiente enlace electrónico:

<https://participacionciudadana.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/inicio.html>

Por otra parte, con el fin de coadyuvar con la agilidad en las respuestas y solventar dudas sobre los mecanismos de protección, este Ministerio ha dispuesto como herramientas: POS PÓPULI, la cual puede consultar en la dirección electrónica: <http://pospopuli.minsalud.gov.co/pospopuli/Inicio20.aspx> y asimismo la invitamos a usar el aplicativo MIPRES al cual se puede acceder en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>

Finalmente, si usted considera que de alguna forma se han vulnerado sus derechos por parte de su EPS o EPS-S, puede presentar la queja ante la Supersalud: www.supersalud.gov.co, o en la Avenida Ciudad de Cali # 51-66 - Edificio World Business Center Local 10 Bogotá, organismo que tiene a su cargo las funciones de inspección, vigilancia y control de las entidades del sector Salud.

En los anteriores términos damos respuesta a las inquietudes planteadas, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015 "(...) salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución.", constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordial saludo,

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

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201734101102831

Fecha: 2017-06-08

ORIGINAL FIRMADO POR

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento:

Elaboró: **LTOCARRUNCHO**

Revisó/Aprobó: **OLINDAG**

Ruta electrónica: D:\DISCO N\ASESORIAS\RESPUESTAS MSPS
2017\1074712_MEDICAMENTOS_MIPRES_ADALIMUMAB.docx

Sistema de gestion Orfeo. <http://www.minsalud.gov.co>