

Régimen Legal de Bogotá D.C. © Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Ley 1751 de 2015 Nivel Nacional

Fecha de Expedición: 16/02/2015

Fecha de Entrada en Vigencia: 16/02/2015

Medio de Publicación: Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015

[Ver temas del documento](#)

Contenido del Documento



## LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

(Febrero 16)

Declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015.

**POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**CAPITULO I**

**Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

**Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la

**Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

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

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

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) **Pro homine.** 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;

c) **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

**Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo.** El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

**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.

**Artículo 9°. Determinantes sociales de salud.** Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

**Parágrafo.** Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

**Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.** Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

**Parágrafo 1°** Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

**Parágrafo 2°.** En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

## CAPÍTULO II

### Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

**Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud.** El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

**Artículo 13. Redes de servicios.** El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

**Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios.** Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

**Parágrafo 1°.** En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

**Parágrafo 2°.** Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

**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.

**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.

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

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

**Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.** Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

### CAPÍTULO III

#### Profesionales y trabajadores de la salud

<b>Régimen Legal de Bogotá D.C.</b> © Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.	
<b>Ley 1753 de 2015 Nivel Nacional</b>	
<b>Fecha de Expedición:</b>	09/06/2015
<b>Fecha de Entrada en Vigencia:</b>	
<b>Medio de Publicación:</b>	

## Contenido del Documento

### LEY 1753 DE 2015

(Junio 9)

Reglamentada por el Decreto 1337 de 2016, Reglamentada por el Decreto 293 de 2017, Reglamentado por el Decreto Nacional 585 de 2017

**“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.**

#### EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

**DECRETA:**

#### TÍTULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

**ARTÍCULO 1°. Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.** El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible.

**ARTÍCULO 2°. Parte integral de esta ley.** El documento denominado “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país”, elaborado por el Gobierno Nacional con la participación del Consejo Superior de la Judicatura y del Consejo Nacional de Planeación, con las modificaciones realizadas en el trámite legislativo, es parte integral del Plan Nacional de Desarrollo y se incorpora a la presente ley como un anexo.

**ARTÍCULO 3°. Pilares del Plan Nacional de Desarrollo.** El Plan Nacional de Desarrollo se basa en los siguientes tres pilares:

**1. Paz.** El Plan refleja la voluntad política del Gobierno para construir una paz sostenible bajo un enfoque de goce efectivo de derechos.

**2. Equidad.** El Plan contempla una visión de desarrollo humano integral en una sociedad con oportunidades para todos.

Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), para que si lo consideran pertinente, haga las manifestaciones a que hubiere lugar en el ámbito de sus funciones.

En caso de que las entidades mencionadas en el inciso anterior guarden silencio, el juez continuará el proceso y decidirá lo pertinente con las pruebas que hizo valer el demandante en las oportunidades que establezca la ley.

**NOTA: Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-298 de 2016.**

**ARTÍCULO 65. Política de atención integral en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.

**NOTA: Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-453 de 2016.**

**ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

En materia laboral los servidores de la Entidad se regirán por las normas generales aplicables a los empleados de la rama ejecutiva del orden nacional; en materia de nomenclatura se regirán por el sistema especial que establezca el Gobierno Nacional. En materia de contratación se regirá por el régimen público.

La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud.

Para desarrollar el objeto la Entidad tendrá las siguientes funciones:

- a) Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo.
- b) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.
- c) Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- d) Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- e) Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
- f) Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y 9° de la Ley 1608 de 2013.
- g) Administrar la información propia de sus operaciones.
- h) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Los recursos destinados al régimen subsidiado en salud, deberán ser presupuestados y ejecutados sin situación de fondos por parte de las entidades territoriales en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud, según sea el caso. La entidad territorial que no gestione el giro de estos recursos a la Entidad, será responsable del pago en lo que corresponda, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por la omisión en dicha gestión. Los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presupuestarán como transferencias para ser trasladados a la Entidad.

Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.

La Entidad tendrá domicilio en Bogotá, D.C., sus ingresos estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad. Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Entidad se financiarán con un porcentaje de hasta el cinco por ciento (5%) de los recursos administrados con situación de fondos.

## REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL  
Sala Especial de Seguimiento

## AUTO

**Referencia:** Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Denuncia ciudadana presentada por el señor Anibal Rodríguez Guerrero.

**Magistrado Sustanciador (e.):**  
IVAN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

Bogotá D.C., siete (7) de abril de dos mil diecisiete (2017)

El Magistrado sustanciador, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, dicta el presente auto con base en los siguientes

**I. ANTECEDENTES:**

1. En escrito recibido el 3 de abril del año en curso el ciudadano Anibal Rodríguez Guerrero radicó ante la Corte un documento por medio del cual pone bajo el conocimiento de la Sala Especial de Seguimiento *“la ocurrencia de una subrepticia política pública próxima a implementarse por parte del Ministerio de Salud, orientada a coartar a la población colombiana el goce efectivo de los derechos fundamentales,”*.
2. Aclara que el sistema de seguridad social en salud se fundamenta en un modelo de aseguramiento mediante el cual el Estado capta los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiación, y una vez recolectados procede a distribuirlos a las entidades prestadoras de salud (EPS), teniendo como parámetro la unidad de pago por capitación (UPC). Refiere que la finalidad destinación de los montos de la UPC es la de financiar la prestación del plan obligatorio de salud (POS).
3. Asegura el peticionario que como consecuencia se presenta una restricción económica de la UPC lo que repercute en una barrera para los usuarios al momento de requerir los servicios del POS.
4. Afirma el señor Rodríguez que debido a estos inconvenientes la Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos ha manifestado que se debe dar prelación a los derechos fundamentales de los usuarios que se están viendo afectados por la exclusión de los servicios requeridos y que no se encuentran incluidos en el POS. Enfatizó que cuando los

pacientes necesitan alguno de estos tratamientos, deben ser prestados y asumidos por la EPS correspondiente, quien a su vez generaría un recobro que es financiado finalmente por el Estado.

5. Manifiesta que a pesar de las diferentes consideraciones hechas por la Sala relacionadas con la inclusión y la prestación de servicios de salud que no se encuentren incluidos en el catálogo de beneficios, el Ministerio de Salud no ha tomado las medidas necesarias para darle cumplimiento a los mandatos vinculados a la prestación de los servicios no-POS y los recobros de estos. Entre ellos se ha vulnerado lo ordenado en el Auto 071 de 2016 por medio del cual se valoró el nivel de cumplimiento de la orden vigésima séptima.

6. Comenta que el Ministerio de Salud expidió la resolución 330 de 2017<sup>1</sup>. Enfatizando que el mecanismo allí adoptado esconde *“un método subrepticio de negación de servicios de salud, pues en la resolución 5884 de 2016, por la cual el Ministerio de Salud da cumplimiento al auto 071 de 2016 de esa sala de seguimiento, impone un mecanismo electrónico de negación de servicios de salud que viola el goce efectivo”*. (negrilla y subraya en texto original)

7. A su juicio, las irregularidades del sistema se basan en que los servicios de salud que se brindan a los ciudadanos son los que están contemplados dentro del POS. Así las cosas, cuando un médico ordenaba un servicio no incluido, debía diligenciar una solicitud al Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS para que estudiara la solicitud y autorizara o negara su prestación.

Aduce que con posterioridad a la expedición de la Resolución 5884 de 2016, cuando un profesional de la salud prescribe un servicio no-POS, no formula el servicio requerido por el paciente ya que debe sujetarse a los estándares de diligenciamiento del “software mi prescripción (Mipres)”<sup>2</sup>.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, el señor Aníbal Rodríguez Guerrero recopiló una serie de pruebas en diferentes EPS por medio de las cuales pone en evidencia que el software Mipres no deja registro de la negación de un servicio, y que por el contrario arroja como resultado un error en la formulación o en la condición del usuario lo que obliga al médico tratante a modificar las opciones terapéuticas hasta que las mismas sean aprobadas.

9. Concluye el peticionario que las repercusiones de las prácticas adelantadas por el Ministerio devienen en: a) el no acceso al derecho a los servicios de salud debido a las negaciones que no son explícitas *“sino ocultas”*; b) el incumplimiento de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, toda vez que el software Mipres no deja rastro de las negaciones de los servicios; c) la afectación de la autonomía de los profesionales de la salud, ya que obliga a que los tratamientos que arrojan como resultado “error” en el sistema sean replanteados; d) ohibe a los usuarios para que hagan uso de la acción de tutela dado que el

<sup>1</sup> *“Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones”*.

<sup>2</sup> *Sistema informático fabricado, controlado y administrado por la cartera de salud, definiendo los servicios autorizados y negados.*

sistema no deja evidencia de la negación, motivo por el cual el usuario carece de soporte de la no aprobación del servicio de salud.

## II. CONSIDERACIONES:

1. La función de la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 está limitada por la verificación del cumplimiento de las órdenes establecidas en dicha providencia, mediante una labor de supervisión que tiene por finalidad garantizar el goce progresivo y efectivo del derecho a la salud<sup>3</sup>.

2. Dentro de las órdenes impartidas por la Sentencia T-760 de 2008 se encuentra la décima novena, dirigida al Ministerio de la Protección Social con el fin que adoptara las medidas necesarias para garantizar que todas las EPS del país enviaran un informe trimestral, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo en el cual se relacionaran *“(i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico”*.

3. La denuncia ciudadana elevada por el señor Aníbal Rodríguez Guerrero puede tener incidencia en el cumplimiento de la orden décima novena, de acuerdo a lo manifestado por el peticionario, el Ministerio de Salud estaría manipulando el software Mipres, de tal forma que cuando se niegue la prestación de un servicio no-POS no quede evidencia de la misma, por el contrario se muestra un cuadro de diálogo del sistema en el que se afirma que ocurre un error en la solicitud. Esta situación podría incidir en los informes solicitados por la Corte en la orden 19 e impedir a los usuarios del sistema de salud acceder a los servicios de salud.

4. Teniendo en cuenta la denuncia recibida en este despacho el 3 de abril del año en curso, la Corte procederá a analizar la situación expuesta con la finalidad de establecer la realidad fáctica presuntamente se presenta con el software Mipres el cual es administrado por el Ministerio de Salud y su posible incidencia en el acatamiento de la orden décima novena objeto de supervisión.

Así mismo se ordenará correr traslado de los documentos allegados esta Sala Especial al Ministerio de la Protección Social, lo cual se tomará como insumo en la evaluación del mandato en caso de considerarse pertinente.

En aras de contar con mayores elementos de juicio en la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, se ordenará correr traslado de los documentos allegados esta Sala al Ministerio de la Protección Social, lo cual se tomará como insumo en la evaluación del mandato en caso de considerarse pertinente.

<sup>3</sup> Reiterando el Auto del 17 de noviembre de 2016.

En mérito de lo expuesto,

**III. RESUELVE:**

**Primero.- Informar** al señor Anibal Rodríguez Guerrero que la Sala Especial de Seguimiento procederá a analizar la situación expuesta con la finalidad de establecer la realidad fáctica que presuntamente se presenta con el software Mipres el cual es administrado por el Ministerio de Salud, en el marco de la verificación de cumplimiento de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008

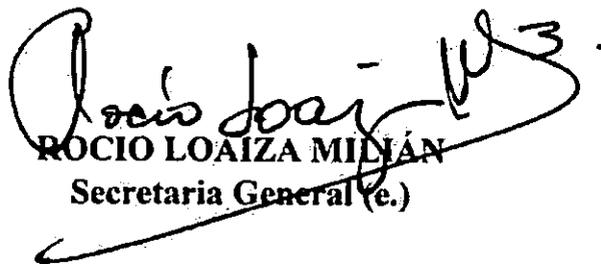
**Segundo.-** En aras de contar con mayores elementos de juicio en la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, se ordenará **correr traslado** de los documentos allegados esta Sala Especial al Ministerio de la Protección Social, lo cual se tomará como insumo en la evaluación del mandato en caso de considerarse pertinente.

**Tercero.-** Ante la posible ocurrencia de irregularidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se pondrá en conocimiento de lo informado a la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, para lo de su competencia.

**Cuarto.- Comunicar** esta decisión al señor Anibal Guerrero Rodriguez adjuntando copia de la misma a través de la Secretaría General de esta Corporación.

Cumplase.

  
**IVAN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO**  
Magistrado (e.)

  
**ROCIO LOAIZA MIDIAN**  
Secretaria General (e.)



Bogotá D.C. 18 MAY 2017

Doctora:  
ROCÍO LOAIZA MILLIAN  
Secretaria General (E)  
CORTE CONSTITUCIONAL  
Calle 12 No. 7-65  
Ciudad.



Asunto: Seguimiento sentencia T-760 de 2008.  
Auto de fecha 07 de abril de 2017. Denuncia ciudadana presentada por el señor Aníbal Rodríguez Guerrero.  
Oficio N. B-591/2017

Respetada doctora Rocío:

En cumplimiento a lo establecido en el Auto de fecha siete (07) de abril de 2017 que en su orden tercero determina: "(...) ante la posible ocurrencia de irregularidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se pondrá en conocimiento de lo informado a la (...), Defensoría del Pueblo y a la (...) para lo de su competencia", de manera atenta, esta entidad se permite informar lo siguiente:

La Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, en distintas reuniones, eventos, foros y demás, ha recibido quejas respecto a la implementación de la plataforma MIPRES, (i) del cómo este sistema está afectando la autonomía médica, (ii) de la poca efectividad en la implementación de la Ley Estatutaria en Salud y (iii) de los problemas que aún persisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En atención a ello, desde la Defensoría del Pueblo se decidió realizar una serie de preguntas tanto a sociedades científicas, como a las Defensorías Regionales, con el fin de tener mayor certeza respecto a lo que está sucediendo con el sistema de salud colombiano.

La información para analizar, además de la conocida por la Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, como ya se mencionó, fue allegada por sociedades científicas<sup>1</sup> y por las Regionales de Amazonas, Arauca, Bogotá, Casanare, Córdoba, Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Ocaña, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Valle, Vichada y por el Centro de Atención Ciudadana (CAC) de Bogotá.

<sup>1</sup> Se allegaron dos respuestas, con solicitud de confidencialidad en los nombres.



El informe se presentará en el siguiente orden: (I) Registro MIPRES: (1) Antecedentes, (2) información del registro enviado por sociedades científicas, (3) problemas con el Registro desde la información propia. (II) análisis de la situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta (1) Ley Estatutaria en Salud: (1.1) situación en salud de los usuarios desde su expedición, (1.2) inconvenientes y/o fallas en su implementación y, (1.3) la restricción en los profesionales médicos; luego se hablará sobre: (2) Sistema General de Seguridad Social en Salud, (2.1) principales problemáticas en materia de salud, (2.2) EPS que más vulneran el derecho a la salud, (2.3) quejas interpuestas ante la Defensoría durante los años 2016 y 2017 (a la fecha) y, (2.4) principales dificultades presentadas con población extranjera irregular. Por último (III) se indicarán las conclusiones generales respecto a lo evidenciado y (IV) se realizarán las respectivas recomendaciones.

#### 1. Registro Mi prescripción (MIPRES).

El MIPRES es entendido como la nueva plataforma para profesionales de la salud, cuya finalidad es que éstos puedan formular, sin necesidad de autorización, medicamentos, procedimientos o dispositivos que requieran los usuarios, eliminando así los Comité Técnico Científico (CTC).

Una vez realizada la prescripción por el profesional de la salud, éste debe entregarle al usuario la fórmula con un número, quedando a la espera de la llamada de la EPS para indicarle la fecha y lugar dónde se le va a suministrar el servicio ordenado. Los servicios y tecnologías prescritas, se deben entregar así:

SERVICIO	TIEMPO ESTABLECIDO
Urgencias - riesgo inminente	Entrega inmediata
Urgencias	Máximo 24 horas
Atención ambulatoria catalogada con prioridad	Máximo un día
Demás eventos	Máximo 5 días



Este aplicativo funciona únicamente para el régimen contributivo. En el régimen subsidiado, el alcalde o gobernador es autónomo de adoptar o no dicho sistema<sup>2</sup>. Es de anotar que por Auto 001 de 2017 la Honorable Corte Constitucional declaró el nivel de cumplimiento bajo de la orden 23 de la Sentencia T-760 de 2008, debido a que las acciones adelantadas por el ministerio no fueron suficientes para superar la problemática, debido que la nueva normativa (Resolución 1328 de 2016) no incluyó el régimen subsidiado donde aún persiste el trámite del Comité Técnico Científico (CTC) para la autorización de servicios no incluidos o excluidos del POS y porque, si bien las medidas adoptadas para el régimen contributivo son conducentes para el acatamiento de la orden, el Ministerio no acreditó los resultados y avances reales en su implementación. Por tales motivo, dicha corporación le ordenó al ministerio que *"en el término de tres (03) meses presente los resultados su aplicación en el régimen contributivo y proceda a crear el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud excluidas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC correspondiente al régimen subsidiado"*.

1. Antecedentes

La sentencia T-760 de 2008 impartió órdenes encaminadas a que las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptaran las medidas que fueran necesarias para corregir fallas en regulación, identificadas al realizar el análisis de 21 acciones de tutelas, interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud y, por una acción interpuesta por la EPS Sanitas en contra del Ministerio de la Protección Social, en ese momento, dirigida a solicitar a las respectivas entidades que clarificaran las reglas de recobro ante el Fosyga, por cuanto el procedimiento existente se constituía en una barrera al flujo de recursos dentro del sistema de salud.

Respecto a la necesidad de adoptar medidas conducentes a superar las fallas persistentes en la financiación de los servicios médicos no incluidos en el POS, pero que eran requeridos por los usuarios con necesidad, la Honorable Corte Constitucional (HCC) profirió la orden 27 que estableció: *"Ordenar al Ministerio de Protección Social que tome 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. El Ministerio de Protección Social también podrá rediseñar el sistema de recobro de la manera que considere más adecuada, teniendo en cuenta: (i) la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, (ii) la definición de un trámite ágil y claro para auditar las solicitudes de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos (iii)*

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>



*la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga y (iv) la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud. El 1° de febrero de 2009, el Ministerio de Protección Social deberá remitir a la Corte Constitucional la regulación mediante la cual se adopte este nuevo sistema. El nuevo sistema deberá empezar a ser aplicado en el tercer trimestre del año 2009, en la fecha que indique el propio regulador."*

Esta orden estaba enmarcada en la N°24 de la misma sentencia, respecto a sostenibilidad financiera y flujo de recursos en el sistema de recobros, ambas dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social y al Fosyga, con la finalidad de garantizar que el procedimiento de recobro en los regímenes contributivo y subsidiado fuera más rápido y asegurara el flujo oportuno y suficiente de los recursos necesarios para financiar servicios en salud requeridos. En respuesta, dicho ministerio emitió las Resoluciones 3099, 3754 y 5334 de 2008, 5395 de 2013 y 1479 de 2014, orientadas al funcionamiento de los CTC y a los criterios de evaluación y aprobación de servicios no POS, sin hacer alusión a la regulación del trámite interno entre el médico tratante y la EPS para que ésta, sin que interviniera el CTC, autorizara los servicios no POS.

Con Auto 263 de 2012, la HCC realiza la primera evaluación del cumplimiento a las órdenes 24 y 27 de la sentencia T-760 de 2008, declarando su incumplimiento general, por lo que le ordena al Ministerio de Salud y Protección Social *"el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, a través de una norma unificada señalando todos los requisitos y trámites del mismo, y derogando las demás regulaciones vigentes sobre la materia"*. Posteriormente y después de 7 años de proferida la sentencia, la HCCC mediante Auto 071 de 2016 realiza la segunda valoración al acatamiento de la orden 27, declarando su nivel de CUMPLIMIENTO en BAJO, ordenándole al MSPS que, en el término de 3 meses, rediseñara *"de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro"*.

Con Resolución 1328 de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) eliminó los Comités Técnico Científicos -CTC- de las EPS e implementó los procedimientos para acceder y reportar las prescripciones y tecnologías en salud no POS con cargo a la unidad de pago por capitación -UPC-, a través de un sistema de información en línea. Dicha resolución entraría en vigencia a partir del 15 de abril de 2016 (fecha de su publicación), pero sus disposiciones serían exigibles a partir del 1 de septiembre del mismo año. Sin embargo, ante la petición de los distintos actores del sistema, el Ministerio expidió la Resolución 2158 del 27 de mayo de 2016 mediante la cual estableció que tanto la utilización del aplicativo web como la entrada en vigencia de la Resolución 1328 sería a partir del 1 de septiembre de 2016.

Por tal motivo, la HCC mediante Auto de fecha 5 de julio de 2016 le solicitó al ministerio, entre otras, información respecto al aplicativo y el cómo éste garantizaría la transparencia, seguridad y confiabilidad de la información. El ministerio en su respuesta, indicó que la Resolución 1328 tenía como propósito la garantía en el acceso oportuno de las tecnologías no cubiertas con cargo a la UPC, por lo cual se había establecido el procedimiento de reporte de la orden médica a través de la herramienta tecnológica, lo que además ofrecería información en tiempo real y permitiría su trazabilidad.

A pesar de que no se conocían los resultados de la implementación de esta norma por cuanto solo era exigible a partir del 1 de septiembre de 2016, la Corte determinó después de realizar un análisis juicioso a la Resolución 1328, que se establecía de manera definitiva el trámite interno que debía adelantar el médico tratante para que la EPS autorizara directamente los servicios No POS diferentes a medicamento y las prestaciones explícitamente excluidas del POS, cuando estas eran ordenadas por el médico tratante.

Para la Corte, *“la Resolución 1328 de 2016 puso al Sistema de Salud a marchar detrás de un aplicativo web mediante el cual los profesionales de la salud podrán prescribir por un lado tecnologías no incluidas en el plan de beneficios que estarán inmediatamente autorizadas a los pacientes, y de manera excepcional, exclusiones que tendrán que ser aprobadas por las Juntas de Profesionales”*.

Sin embargo, hay que resaltar que la Resolución 1328 de 2016 nunca entró en vigencia, ya que en agosto del mismo año fue derogada por la Resolución 3951 de 2016 que perfeccionó la herramienta y que empezaría a operar a partir del 31 de agosto, siendo sus disposiciones exigibles a partir del primero (1) de diciembre de 2016. En dicha norma, artículo 5, se estableció que la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serían realizadas por los profesionales de la salud, que hicieran parte de la red definida por las EPS—E0C, a través del “aplicativo” que para tal efecto se dispusiera, el cual operaría 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.

Es importante destacar que mediante Auto 01 del 13 de enero de 2017, la HCC al evaluar la orden 23<sup>3</sup> de la Sentencia T-760 de 2008, definió que en el nuevo modelo de salud (ley 1751

<sup>3</sup> La cual *“ordena a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenadas por el médico tratante”*.

de 2015) la forma de actualización del POS estaba basada en el sistema de exclusiones, por lo que en un principio *“el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, de esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a través de la prestación de servicios, estructurado sobre una concepción integral de la salud que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas”*

En el mismo sentido, recordó las dos dimensiones que ha establecido respecto al derecho fundamental a la salud: la positiva, que hace relación a las acciones que debe adoptar el Estado para garantizar el acceso a servicios de salud con calidad, oportunidad y eficacia; y la negativa que está basada en la prohibición al Estado de adoptar medidas que vulneren el derecho a la salud o interfieran de forma injustificada en el goce de este derecho. Al respecto, hizo alusión a lo establecido en la Sentencia C-313 de 2014 que determinó: *“una medida es regresiva “i) cuando recorta o limita el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho; ii) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al derecho y iii) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho”*.

Con relación al principio de progresividad y el mandato de no regresividad, dicha corporación apoyado en la Observación General 14 del Comité DESC, adopta la posición de prohibir al Estado adoptar medidas regresivas en la realización plena del derecho a la salud, aclarando que el derecho a la salud no tiene un carácter absoluto, por lo que admite algunas limitaciones. Sin embargo, señaló que teniendo en cuenta el nuevo sistema de actualización integral, que pasó de ser un proceso de inclusiones a uno de exclusiones específicas, no se puede generar ambigüedades que limiten la prestación de servicios médicos a interpretaciones subjetivas de las IPS: *“en este contexto, el esquema del nuevo plan*

---

*Hasta tanto este trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud -y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud- que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.*

*Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.*

*El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.”*

*de beneficios hace alusión a la inclusión indirecta 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. Proceso que en todo caso debe atender, propender 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 comprensión a partir de principios, valores y derechos constitucionales”.*

Por lo manifestado, la corte modifica lo concerniente a la orden 23 de la sentencia T-760/08 en el sentido de que el procedimiento no está dirigido a la autorización directa de los servicios no incluidos o expresamente prohibidos, debido a que estas expresiones ya no están vigentes a raíz de la Ley estatutaria, sino que la orden se orientaría a la autorización de servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios, atendiendo a que, existe un catálogo que cubre todas las prestaciones, a excepción de las excluidas explícitamente, se presentarían casos en que, a criterio del médico tratante, los usuarios requieren tecnologías que necesiten de un trámite para su autorización.

Es importante señalar la alusión que realiza la corte a la respuesta emitida por el ministerio en virtud del auto de fecha 5 de julio de 2016, en el sentido de que el aplicativo establecido en la Resolución 1328 solo era para el régimen contributivo, por ser éste responsabilidad del Fosyga, por lo que la corporación da por entendido que no se cumple el objetivo de la orden 23, ya que esta ordenaba su aplicación a los dos regímenes de salud, además de vulnerar el derecho a la igualdad. Adicionalmente, por el poco tiempo que lleva la norma, dejan claro que desconocen si la implementación del aplicativo web dispuesto para que el médico tratante autorizara de manera directa la prescripción, fuera o no un trámite más enredado.

Por tales motivos, declararon el nivel de cumplimiento bajo de la orden 23 y le ordenó al ministerio que en el término de tres (3) meses debía presentar los resultados de su aplicación y *“procediera a crear el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud excluidas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC correspondiente al régimen subsidiado”.*

Por último, la Resolución 532 del 28 de febrero de 2017, que modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 precisa algunos requisitos, criterios y actividades en *“el acceso, reporte, 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”* y entró en vigencia a partir del 28 de febrero del presente año. Con esta resolución, el ministerio presenta al Mipres como la respuesta al artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que le atribuye al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud, para lo cual debe establecer entre otras obligaciones: *“i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera*



sostenible los servicios en salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población"

2. Información allegada por las sociedades científicas respecto a MIPRES.

La primera sociedad científica respondiente, en cuanto al MIPRES indica: "en esencia si es una barrera de atención a los tratamientos médicos, no solo por su concepción y restricciones derivadas, sino también por el formulario mismo, el cual es dispendioso, consume tiempo, afecta el acto médico y a la atención propiamente dicha, donde una fórmula se vuelve un proceso encaminado a entorpecer la fluidez del acto médico como tal". Sin embargo consideran que debido a las condiciones de corrupción, de falta de evidencia de autorregulación médica que pueda generar autonomía verdadera sin intereses comerciales o particulares, se hace necesaria su implementación.

Adicionalmente revelan que "El proceso del ministerio fue arduo pero insuficiente, no hay claridad de que se puede o no formular, el instrumento es rígido y no permite en los casos variables y pertinentes aclarar lo real. La aprobación de indicaciones por el Invima está desactualizada, en muchos casos no contempla la aparición de evidencia científica disponible, generando molestias en el usuario y formulación sin clara indicación".

La segunda sociedad científica señala que en la práctica, el MIPRES genera dificultad en su diligenciamiento por cuanto no es de conocimiento de los profesionales la totalidad de resoluciones del sector salud, respecto a si un medicamento está o no incluido en el plan de beneficios, sumándose el hecho de que hay medicamentos implícitos, es decir que no existe una norma que lo establezca como tal, por lo que los profesionales suponen, que si no se encuentra debe ordenarlo a través del MIPRES. Por lo tanto dicha sociedad advierte, respecto a procedimientos incluidos en el plan de beneficios, inherentes y necesarios al acto médico, cuyo uso no está autorizado, por lo que se debe diligenciar el aplicativo, aun estando cubierto.

Así mismo la sociedad señala el inconveniente respecto a la doble prescripción y el registro, que se presenta tanto en la historia clínica como en el aplicativo, siendo esto considerado por los profesionales como una dificultad y barrera para la atención del paciente en los 20 minutos señalados por la Resolución 5261 de 1994, debido a que no se proporciona el tiempo necesario para realizar el examen al paciente<sup>4</sup>.

De otra parte, informan que el sistema no deja formular un medicamento que no esté incluido en el MIPRES, lo que impide que el médico tratante prescriba libremente,

<sup>4</sup>- Incluye el examen-clínico, interrogatorio diagnóstico o impresión diagnóstica y plan de tratamiento.



constituyéndose en una barrera en el tratamiento que el paciente necesita, situación que no deja trazabilidad por lo que no se puede establecer los casos en que el sistema limita al profesional.

Respecto al interrogante planteado de si el Mipres atenta o no contra de la autonomía médica, dicha sociedad considera que no *"debido a que está diseñado para eliminar el CTC, y que el médico pueda prescribir sin esta restricción. No obstante lo anterior, cuando se ha indicado que este aplicativo va a ser utilizado para controlar qué médico no tiene un "adecuado control de los recursos del sistema" porque se entiende que el profesional de la salud debe limitarse a lo estrictamente necesario en el aplicativo Mipres y que no puede hacer uso del mismo de conformidad con su conocimiento medico científico, en este caso, si se está hablando de una limitación en el principio de autonomía médica"*.

De igual manera le preocupa a dicha sociedad que el Ministerio de Salud y Protección Social exija el conocimiento integral de los profesionales de la medicina y especialistas, *"de todas las tecnologías en salud que hacen parte o no del plan de beneficios para proceder a su prescripción a través del aplicativo"*, debido a que consideran una violación a su autonomía, siendo además, perjudicial para el usuario.

Por último, para la asociación aún se presenta desconocimiento respecto a que profesional debe ser el encargado de diligenciar el Mipres, sobre todo en procedimientos en los que intervienen varios profesionales<sup>5</sup>, o si lo deben realizar todos, situación que generaría dobles registros.

3. Principales inconvenientes identificados por la Defensoría del Pueblo en relación al MIPRES.

- Se convierte en una barrera para la Negación de servicios especialmente de medicamentos. Se ha presentado situaciones en que el médico ingresa al sistema con el código asignado, lo ordena por el sistema, sale de vacaciones, se incapacita, viaja, etc., y desafortunadamente incurre en algún error. En este caso, ningún otro profesional, así sea par, puede ingresar al sistema a corregir la información y seguir el trámite, lo que dilata la entrega del servicio requerido por el usuario, quedando sin posibilidad de acceder al medicamento hasta que no regrese el profesional. Las EPS se amparan en que no pueden hacer nada porque el sistema no lo permite.
- No todos los profesionales están capacitados para inscribirse ante el ministerio y realizar los respectivos registros. Preocupa la exigencia respecto a lo que se encuentra o no incluido en el plan de beneficios, siendo para ellos una situación

<sup>5</sup>.Ejemplo: Procedimientos quirúrgicos ..

complicada por cuanto hay coberturas que son implícitas (no aparecen en normas), además de no tenerse en cuenta los segundos usos.

- Para el caso de enfermedades huérfanas, artritis reumatoide y otros síndromes, que tienen diferentes grupos, se induce en error al médico tratante al momento de la prescripción, ya que el Mipres emite un código que en la mayoría de las veces no corresponde con la tecnología que ha indicado el médico para su paciente.
- Siempre se requiere servicio de internet, por lo que en las zonas apartadas e inclusive en Bogotá si se cae el servicio, la prescripción no se puede realizar, lo que se traduce en otra dilación para la atención del paciente.
- Atenta contra la autonomía médica por cuanto no hay autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica, ya que obliga al profesional a prescribir lo que existe en una base de datos específica, dejando de lado, como se mencionó, los segundos usos y los tratamientos no registrados en la base de datos del Mipres. Los profesionales sienten que este sistema no les beneficia y que solo es un trámite administrativo adicional en el cual deben repetir los mismos argumentos escritos en la historia clínica.
- Implica además, que el profesional al diligenciar el sistema solo se concentre en esto, dejando a un lado al usuario, ya que de no hacerlo y cometa algún error, debe empezar de nuevo. En otros casos, la prescripción se le devuelve al usuario cuando no se diligenció bien o faltó algún detalle irrelevante, lo que hace que el procedimiento deba iniciarse de nuevo. Esto genera como consecuencia, la reducción en los tiempos de atención a los pacientes.
- A los profesionales de la salud les preocupa que el aplicativo Mipres sea utilizado para establecer un control de gasto por lo cual se le pueda penalizar, a pesar de que éste solo busca la mejor atención del paciente. Es alarmante que se considere que el profesional que lo usa de manera frecuente está defraudando los recursos públicos, no sin antes realizar un análisis adecuado a las circunstancias del usuario.

Por lo anterior, para la Defensoría del Pueblo, el MIPRES no cumple con lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional y que fue enunciado en los antecedentes.

## II. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 1. Ley Estatutaria en Salud

La Ley Estatutaria elevó la salud a derecho fundamental<sup>6</sup>, lo que significa que ésta debe ser entendida en función de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el

<sup>6</sup> A pesar que en materia jurisprudencial lo era desde antes del año 2008, ratificado claramente con la Sentencia T-760 de 2008.



diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debiendo ser garantizada, bajo la responsabilidad del Estado, a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.

1.1. ¿Ha mejorado la situación en salud de los usuarios desde la expedición de la Ley Estatutaria en salud?

La percepción actual de la Defensoría del Pueblo, es que el número de usuarios y tipo de quejas no ha cambiado y al contrario han aumentado, persiste la vulneración al derecho por falta de oportunidad, calidad y accesibilidad a los diferentes servicios de salud.

Los principios de aceptabilidad, accesibilidad, calidad, idoneidad profesional, progresividad del derecho, solidaridad y eficiencia, entre otros, siguen siendo vulnerados. Tampoco se ha mejorado los programas de promoción y prevención. No existe atención prioritaria para niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, adulto mayor, víctimas de la violencia y del conflicto armado, desplazados, personas con enfermedades huérfanas (ENHU) y con discapacidad.

En oportunidad no se observa mejoría, especialmente cuando deben acceder a servicios de salud de mayor complejidad. Se sigue trasladando las cargas administrativas a los usuarios y la red de prestadores no cubre la demanda, por lo que los pacientes no reciben una atención integral en salud.

1.2. Principales inconvenientes y/o fallas en la implementación de la Ley Estatutaria.

Las principales dificultades encontradas por la Defensoría del Pueblo, son:

- Insuficiente socialización de la Ley a entes territoriales y a población en general.
- No reconocimiento a la autonomía médica.
- Falta de humanización en los servicios de salud.
- Fallas en los ejercicios de inspección, vigilancia y control, en la organización, dirección y reglamentación de los servicio en salud.
- Dificultades de comunicación con el médico tratante.
- Ilíquidez financiera de las EPS. El problema financiero sigue siendo uno de los principales obstáculos para acceder a los servicios en salud, se vencen los contratos con las IPS y no hay renovación, lo que genera la negación en los servicios de salud.
- No se ha cumplido la incorporación de nuevas tecnologías.
- Dificultad con el MIPRES.



Como posibles soluciones a los inconvenientes en la implementación, la entidad refiere:

- Definir un mecanismo de exclusiones legítimo que cumpla con los requisitos constitucionales, acatado y respetado por la ciudadanía, las autoridades judiciales y los agentes del sector, donde no se presente retroceso de derechos.
- Capacitación de la norma y de los decretos que la reglamenten.
- Generación de políticas represivas en aras de que las EPS paguen los servicios prestados a sus afiliados para que las IPS no sigan negando la atención.
- El estado debe asumir la responsabilidad del servicio de salud y/o que las EPS asuman y cumplan con sus responsabilidades.
- Realización de controles por parte de los órganos competentes, sobre el cumplimiento de la normatividad vigente, además de la vigilancia fiscal sobre los recursos con los que cuenta el sistema para que se cumpla a cabalidad sus objetivos, y éstos no se desvíen.
- Apalancamiento por parte del Gobierno que permita el saneamiento que debe tener todo el sistema de salud para posibilitar la prestación de servicios con calidad, a través de los prestadores de salud.
- Fortalecimiento de la política farmacéutica y control de precios, con el liderazgo del ministerio de salud.

### 1.3. Restricciones a los profesionales médicos.

Respecto a este ítem, la Defensoría del Pueblo ha detectado:

- El tiempo de atención a los usuarios no corresponde a la atención adecuada según los protocolos médicos.
- Prohibición en la formulación del tratamiento más idóneo o especializado.
- Restricción al momento de recetar medicamentos que generen altos costos.
- Restricción en la remisión a especialistas y a niveles de alta complejidad
- Los profesionales médicos no cuentan con insumos y/o equipos para efectuar diagnósticos, ni la atención de primer nivel.
- Restricciones ocasionadas por lineamientos internos de los empleadores.
- En algunas regionales a pesar de no contar con casos documentados, los usuarios manifiestan la imposibilidad que tienen los médicos de formular insumos como pañales, suplementos alimenticios y medicamentos, a pesar de estar justificados en las historias clínicas.

## 2. Sistema General de Seguridad Social en salud.

### 2.1. Principales problemáticas en materia de salud.

Las principales problemáticas que persisten son:

#### a. Afiliación:

- Problemas en los procesos de afiliación ocasionados por los traslados de afiliados de un régimen a otro sin su consentimiento, demora en la actualización de las bases de datos del Fosyga y del reporte oportuno de las novedades por parte de las EPS. A esto se suma la demora en el proceso de movilidad entre los regímenes, agravado cuando el trabajador pasa del régimen contributivo al subsidiado y el empleador no ha pagado los aportes al sistema, por lo que el usuario aparece en mora, impidiendo su afiliación.
- Problemas en el proceso de portabilidad o movilidad, debido en parte a la falta de conocimiento de los usuarios y por otra, a la falta de disponibilidad de las EPS de cumplir con la norma.

#### b. Acceso

- Congestión en los servicios de urgencia, especialmente en los niveles de alta complejidad.
- Barreras en el acceso a los servicios: no disponibilidad de agendas, aunado a la costumbre de proporcionar números que las EPS nunca responden. Trámites administrativos inadecuados consistentes en la entrega de autorizaciones a IPS, con las cuales no tienen contratos.
- Falta de oportunidad en la prestación de servicios médicos, en especial en citas con especialistas, lo que ocasiona demora en el diagnóstico y/o afecta la continuidad en la atención.
- No autorización o autorización parcial de terapias.
- No prestación de servicios de atención domiciliaria, procesos terapéuticos y autorizaciones para transporte de personas discapacitadas y adultos mayores.

#### c. Acceso y continuidad

- Los afiliados a regímenes especiales presentan como mayor dificultad la falta de red de atención, demora en citas con especialistas, entrega de insumos y medicamentos.

- Incumplimiento por parte de las EPS y/o de las entidades territoriales del cubrimiento de los gastos de transporte y viáticos en los casos en que el usuario debe ser remitido a otra región y requiere el acompañamiento de un familiar.
- Problemas con red de prestadores, no pago de EPS, oficinas administrativas en otras ciudades, exigencia de IPS de pagos anticipados, entre otros.

d. Continuidad

- Problemas de referencia y contrareferencia ocasionados por la insuficiencia de la red, especialmente en niveles altos de complejidad, por lo cual estas permanecen saturadas; en otros casos, el no pago de los servicios prestados impide la recepción de nuevos pacientes.
- El CRUE en algunas regiones no funciona y en otras permanece congestionado. No hay resolutivead.

e. Disponibilidad

- Demora en la atención en el servicio de urgencias, no disponibilidad de camas, sobrecupo y mala atención.

f. Disponibilidad

- No entrega y/o entrega parcial de medicamentos, insumos médicos, prótesis y órtesis, argumentado, en la mayoría de las ocasiones, por la falta de contratos aduciendo la responsabilidad del operador y no de la EPS, donde los más perjudicados son los usuarios de alto costo, discapacitados y personas de escasos recursos. En cuanto a insumos, los mayores problemas se presentan para intervenciones quirúrgicas, especialmente en materia de ortopedia y mallas para hernias.

g. Grupos afectados

- A los pacientes con enfermedades de alto costo y ENHU no se les garantiza la continuidad en el tratamiento, teniendo que esperar meses para obtener las autorizaciones y/o entrega de medicamentos.
- En población carcelaria, no hay suministro de medicamentos, se presenta incumplimiento de acciones de tutela, inconvenientes para asistir a atenciones extramurales y falta de atención especializada.

#### h. Tutelas

- Incumplimiento a fallos de tutela. Incremento de incidentes de desacato

#### 2.2. EPS que más vulneran el derecho a la salud

Las aseguradoras contra las cuales se presentan más quejas en materia de salud son: Cafesalud, seguido de Coomeva, Nueva EPS, Capital Salud, Salud Total, Asmet Salud, INPEC - Fondo para la atención en salud para la población carcelaria, Salud Total, Cruz Blanca, Sanitas, Comparta, Saludvida, Famisanar, Compensar, Ecoopsos, Pijaos Salud, Emdisalud, Servicio Occidental de Salud, Comfenalco, Barrios Unidos, Mallamás, Capresoca, Comfamiliar Huila, Comfacor, Manexca, Dirección de sanidad de la Armada Nacional, Policía Nacional, Ejército Nacional y Emcosalud.

La Regional Bogotá, además reportó, en su orden, las IPS Médicos asociados, Hospital Universitario MEREDI, Médicos SA, Medicol, Hospital Militar y Hospital de Kenedy, como las prestadoras con más quejas.

#### 2.3. Quejas interpuestas, años 2016 y 2017 (a la fecha)

En el siguiente cuadro se presenta el reporte de las quejas presentadas ante la Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, las Defensorías Regionales (que enviaron la información) y ante el CAC. Es de resaltar que Amazonas, Casanare, Ocaña, Risaralda y Vichada, omitieron dicho reporte.

DEFENSORÍA	QUEJAS - 2016	QUEJAS - 2017
Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad	1224	270
Arauca	1263	655
Bogotá	899	No reporta
CAC-Bogotá	2047	357
Córdoba	542	141
Quindío	861	177
Guaviare	502	95
Guajira	193	94
Huila	413	124
Magdalena	1059	217
Santander	234	24
Tolima	2779	1138
Valle	693	No reporta
Vichada	No reporta	44
<b>TOTAL</b>	<b>12.709</b>	<b>3.336</b>

Nota. La Regional Tolima, relaciona de manera adicional, la realización de 502 tutelas en 2016 y 231 en 2017.

Las quejas se originaron principalmente por la violación a los principios de oportunidad (en tratamientos, procedimientos médicos, insumos, medicamentos, consulta con médico especialista y en general en la prestación de servicios de salud), continuidad, calidad e integralidad en la atención. Igualmente por vulneración al principio de libre escogencia y/o negación de traslado de EPS, negación de afiliación al sistema y no suministro de transporte y/o alojamiento para el paciente y/o su familiar, en los casos que se requiere.

#### 2.4. Principales dificultades presentadas con población extranjera irregular

Con ocasión al cierre de la frontera y al éxodo de venezolanos a Colombia, la problemática en salud especialmente de los departamentos fronterizos se ha incrementado, por lo que se ha implementado como directriz para la atención de esta población, solo la urgencia y la atención a mujeres en estado de embarazo y menores de edad. Sin embargo, no cuentan con atención médica preventiva, ni consulta externa especializada y al ser atendidos por urgencias, tampoco tienen posibilidad de asistir a controles.

### III. CONCLUSIONES FINALES

1. Observa la Defensoría del Pueblo que persiste la situación y las causales de la violación sistemática del derecho a la salud que originó la Sentencia T-760 de 2008. En este sentido, se asume que, para efectos de acceso, disponibilidad y continuidad de la atención de los afiliados al sistema de salud, permanecen las barreras.
2. Persiste la afectación del derecho a la salud de los grupos más vulnerables, como son los usuarios quienes padecen enfermedades crónicas y de alto costo, a usuarios o pacientes a quienes se les debe priorizar la atención primaria como menores de edad, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados de la violencia, personas en situación de discapacidad y enfermedades huérfanas, a quienes la situación no les ha mejorado y presentan riesgos frente a la modalidad de autorizaciones de beneficios excluidos por el MIPRES.
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.

5. Por ello, el doble listado, inclusiones implícitas y exclusiones explícitas, en la interpretación gubernamental de la Ley Estatutaria, además de escindir la interpretación jurisprudencial emanada de la Corte, por la interpretación política, constituye un avance en política pública, pero un riesgo para el goce efectivo del derecho a la salud.
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.
8. Por ello, para la Defensoría del Pueblo es necesario continuar, con el seguimiento de la Sentencia T-760 y la protección de la Tutela como principal mecanismo de protección del derecho a la salud, además de las órdenes impartidas al Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, es indispensable, ajustar mediante Auto el papel del Consejo Superior de la Judicatura en la ilustración de los jueces ante la situación actual y cómo puede afectar los fallos de los mismos. Así mismo, enfocar o modificar los grupos de expertos para realizar un seguimiento sistemático, continuo y organizado a la implementación de la Ley Estatutaria que le proporcione a la Sala de Seguimiento, información suficiente sobre la afectación del derecho a la salud a partir de su implementación.
9. Finalmente, es necesario coordinar los esfuerzos, la información y la actuación articulada de las instancias de control estatal para garantizar una implementación efectiva de la Ley Estatutaria con enfoque de derechos humanos.

#### IV. RECOMENDACIONES

1. Reconsiderar el diseño del software MIPRES para evitar su interferencia con los tiempos de atención y relación médico paciente. En este punto el consumo de tiempo, junto con el de la historia clínica, es inaceptable como resta de la atención clínica.
2. Dado que el funcionamiento del MIPRES afecta prevalentemente a pacientes crónicos y de alto costo, pacientes que ya tienen tratamientos probados por su eficacia clínica, en cada caso y no en el promedio de la población, debe autorizarse, bajo criterio médico, cualquier cambio terapéutico que afecte negativamente a tales

pacientes. Debe permitirse que en eventos que el profesional tratante no pueda realizar una corrección al sistema, otro par lo pueda hacer.

3. El aplicativo no debe abolir y si debe considerar los recursos institucionales de autorregulación y la aproximación por expertos a la discusión de casos y acuerdos clínicos para el mejor tratamiento de grupos de pacientes o pacientes en particular. La variación de la práctica clínica es indispensable para lograr el avance necesario para el mayor nivel de salud posible de una población.
4. Solicita la Defensoría un espacio de discusión técnica con la Sala de Seguimiento para identificar riesgos en derecho sobre el instrumento de tutela en la implementación de la Ley Estatutaria, entre otros temas.

Cordialmente,

  
JORGE ENRIQUE CALERO CHACÓN

Vicedefensor del pueblo con funciones asignadas de Defensor del Pueblo

Proyectó: Lyda Mariana González Lizarazo. Profesional Especializado  
Revisó: Jhon Alexander Rojas Cabrera. Defensor Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad  
Lida Consuelo Figueroa Fonseca. Asesora Despacho Vicedefensor.

Archivado en: Corte Constitucional. Auto de fecha 07-04-17. MIPRES  
Consécutivo Dependencia:

00/618A





## RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AYDEE SANCHEZ SALAZAR - Cédula 52836611

Bogotá D.C.

Talla 163 cms  
Peso 48 Kgs

**\* Zonas Anatómicas:**

Cabeza y Cuello Mucosa oral húmeda y rosada, no masas ni adenopatías  
Torax rscsr rítmicos sin soplos, rscsr conservados, cicatriz de RVM sin signos de inflamación  
Cardiopulmonar  
Abdomen Rsis presentes blando depresible no doloroso  
Genitourinario no valorado  
Extremidades y Columna llenado cap 2 seg no edemas  
Neurológicos sin déficit  
Piel y Anexos  
Vía Aérea  
Ano

**Concepto:**

GASTROENTEROLOGIA

Paciente de 37 años de edad con Diagnósticos:

1. Colitis ulcerativa (dx 2013) de colon izquierdo con actividad moderada por mayo score 7 puntos 27.10.15, Montreal leve. Truelove leve.
- 1.1. Criterios de corticorresistencia
2. Poliartralgias en estudio por HC
3. Endometriosis por HC bloqueo hormonal 12/2014  
- POP de polipectomía endometria por histeroscopia
4. Síndrome intestino irritable tipo estreñimiento
5. Antecedente de otitis externa derecha

**SUBJETIVO**

Estuvo hospitalizada por dolor abdominal agudo posterior a histeroscopia mas polipectomía, laparoscopia negativa para abdomen agudo. Deposiciones bristol 2-3 cada 3 día muy ocasional sangrado escaso al final de la deposiciones, no moco. No fiebre, no emesis. ha persistido con dolor abdominal.

**TRATAMIENTO**

- \*\* Azatioprina 100 mg/día
- \*\* Mesalazina 1 gr cada 12 horas
- \*\* Mesalazina 4 gr cad 12 horas ( suspendido por EPS)
- \*\* Adalimumab 40 mg/ 2 semanas/ Última aplicación 05.05.17

paraclínicos:

07/02/17

coprológico seriado 3 no inflamatorio

Paraclínicos:

29/09/2016 COLONOSCOPIA

Preparación: Adecuada Anoscopia: Normal

Recto: Se evidencia edema y eritema circunferencial de la mucosa con pérdida del patrón vascular con pequeñas ulceraciones. Se toman biopsias.

Colon: Sigmoide: Se evidencia edema y eritema circunferencial de la mucosa con pérdida del patrón vascular con pequeñas ulceraciones. Se toman biopsias.

Se evidencia polipo sesil de 6mm cerebrolde. Se toman biopsia.

Izquierdo: Normal Transverso: Normal Derecho: Normal Ciego: Normal

**DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:**

1. PROCTOSIGMOIDITIS ULCERATIVA. MAYO SCORE 2 (BIOPSIAS)
2. POLIPO SESIL DE 6 mm EN COLON SIGMOIDE. (BIOPSIAS)

03/10/2016 BIOPSIA COLON DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Los cortes en A y B muestran mucosa colónica con pérdida de la población glandular, hay ulceración superficial con formación de tejido de granulación, en la lámina propia se observa abundante infiltrado inflamatorio de predominio neutrofilico con permeación glandular y formación de abscesos crípticos, en B además se observa una lesión polipoide de aspecto hiperplásico-inflamatorio.

Hospital Universitario San Ignacio

7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 48 74

www.husi.org.co - E-mail: notificacionglosas@husi.org.co Bogotá, D.C.

Impreso Por DIEGO FERNANDO PINZON ARENAS

09/05/2017

08:57:48a.m.

2 de 4



## RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AYDEE SANCHEZ SALAZAR - Cédula 52836611

Bogotá D.C.

### Diagnostico

COLON (RECTO Y SIGMOIDES). BIOPSIAS:

- CAMBIOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA IDIOPÁTICA INTESTINAL TIPO PROCTOCOLITIS ULCERATIVA CON ACTIVIDAD MARCADA Y SIGNOS DE CRONICIDAD, SIN CAMBIOS DISPLÁSICOS EPITELIALES ASOCIADOS.
- POLIPO HIPERPLÁSICO/INFLAMATORIO DEL COLON SIGMOIDE.

10/09/2016: Hemograma con leucocitos: 8050, hb: 14.9, hto: 45.2, plaquetas: 348.000, N: 5230, VSG: 22

FA: 59, PCR: 0.48, AST: 18, ALT: 13, BT: 0.22

28 de mayo de 2016

VSG: 10

ALBUMINA: 4.37

FA.- 55. TGO 23 TGP: 19

BD: 0.20 BI: 0.37 BT: 0.57

TUBERCULINA: 0 MM

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN PIEL. POSITIVO PAA S EPIDERMIDIS MULTIRESISTENTE

Fecha: 14/03/2016

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: COLON

Biopsia Recto: en formol se reciben 2 fragmentos de tejido de 0.3cm de diámetro mayor. Se procesa 1 bloque.

Dr. Vera.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Se observan escasos fragmentos superficiales de mucosa colónica con cambios reactivos/ reparativos de las criptas asociadas a un proceso inflamatorio en el cual predominan los neutrófilos que permean las criptas, constituyendo criptitis pero sin formación de microabscesos y ulceran el epitelio superficial. Hay además, áreas con plasmocitosis basal. No se observan cambios displásicos.

Diagnostico

RECTO. RESCTOSIGMOIDOSCOPIA. BIOPSIA:

- COLITIS CRÓNICA ACTIVA DESTRUCTIVA, COMPATIBLE CON COLITIS ULCERATIVA.
- ANTECEDENTE DE COLITIS ULCERATIVA.

26.02.16

COLONOSCOPIA TOTAL

Anoscopia: Normal

Recto: En recto medio ligero edema, con pérdida del patrón vascular sin ulceraciones. Se toman biopsias.

Colon: Sigmoide: En recto medio ligero edema, con pérdida del patrón vascular sin ulceraciones. Se toman biopsias.

Izquierdo: Normal

Transverso: Normal

Derecho: Normal

Ciego: Normal

Ileosocopia 5 cms normal.

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:

1. PROCTOSIGMOIDITIS ULCERATIVA POR ANTECEDENTE MAYO SCORE LEVE (BIOPSIAS)

24.02.16 ( hospitalarios)

Bilirrubinas: normales.

Transaminasas: normales.

Cuadro hemático: Hb: 14.6

No disfuncion renal

PCR: menor de 0.5

examen fisico

ver viñetas

### CONCEPTO:

Paciente de 37 años, conocida en la Institución por colitis ulcerativa desde 2013, en terapia biológica con Adalimumab 40 mg cada 2 semanas, con terapia inmunomoduladora con azatioprina y manejo tópico con mesalazina. La paciente ha sido conica por el programa de enfermedad inflamatoria intestinal desde hace 5 años, logrando un aceptable control la enfermedad y mejoría de la calidad de vida.

Consideramos que la paciente debe mantener un control integral de la misma que englobe tanto el seguimiento por Junta de enfermedad inflamatoria intestinal ( Hospital Universitario San Ignacio), donde ya es suficientemente conocida y administración puntual de medicamentos que de no ser entregados puede aumentar el

Hospital Universitario San Ignacio

7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 8165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 48 74

www.husi.org.co - E-mail: notificacion@husi.org.co Bogotá, D.C.



# RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AYDEE SANCHEZ SALAZAR - Cédula 52836611

Bogotá D.C.

riesgo de complicaciones como megacolon toxico, peritonitis, choque septico riesgo de hemicolectomia y muerte.  
Actualmente con dolor abdominal relacionado con procedimiento quirurgico, enfermedad infloamatoria controlada, se deja manejo con acetaminofe y laxante osmotico por estreñimiento.

Control en 15 dias

Dra Leguizamo/Pinzon  
Gastroenterología

Y se Sollicita:

Consulta de Control o Seguimiento por Medicina Especializada

**Lo invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad Promotora de Salud (EPS)**

Cordialmente,

Médico: DIEGO FERNANDO PINZON ARENAS - Gastroenterologia

Dr. Diego Fernando Pinzón Arenas  
C.C. 1100.951.735  
Gastroenterología y Endoscopia  
Hospital Universitario San Ignacio

Reg: 1100951735.

Hospital Universitario San Ignacio

7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 48 74

www.husi.org.co - E-mail: notificacion@hosi.org.co Bogotá, D.C.

LINE 26 0 1 0 0

No. 009129464

persalud  
VIGILADO SUPERSUBSIDIO EPS

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>				Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-05-22 14:11:13		
						Nro. Prescripción En Junta de Profesionales de la Salud		
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.		Código Habilitación: 110012756901				
Documento de Identificación: 800394784			Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMDIAGNOSTICA SAS					
Dirección: CARRERA 18 84-11 CONS402			Teléfono: 4028208					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC52836811		Primer Apellido: SANCHEZ		Segundo Apellido: SALAZAR		Primer Nombre: AYDEE	Segundo Nombre:	
Número Historia Clínica: 52836811		Diagnóstico Principal: K619 COLITIS ULCERATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION			Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacológica	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacológicas Nro / Letras / Unidad Farmacológica
SUCESIVA	(ADALIMUMAB) 40MG/0,8ML / OTRAS SOLUCIONES	40 MILIGRAMO(S)	SUBCUTANEA	15 DÍA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	3 MES(ES)	APLICAR SEGUN INDICACIONES	8 / SEIS / PLUMA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC79838787				Nombre: MIGUEL ALONSO CRISTANCHO MENDIETA				
Registro Profesional: 78838787				 Gastrología - Endoscopia Digestiva No. 757 Firma				
Especialidad:								

Esta solicitud esta en revisión por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.

VIGILADO SUPERSUBSIDIO EPS

11.5 JUN. 2017

República de Colombia



Rama Judicial  
Tribunal Superior  
Distrito Judicial de Bogotá  
Sala Penal

Magistrada Ponente: María Stella Jara Gutiérrez

Radicación: 11001220-1000201701304-00  
Demandante: Aydee Sánchez Salazar  
Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros  
Motivo: Tutela 1ª instancia  
Aprobado: Acta No. 059  
Decisión: Concede  
Fecha: Junio catorce (14) de dos mil diecisiete (2017)

#### Asunto

El propósito de esta providencia es decidir la acción de tutela promovida por Aydee Sánchez Salazar, contra el Ministerio de Salud y Protección Social y Compensar EPS, a quienes atribuye la vulneración de sus derechos fundamentales.

#### 1. Antecedentes

Aydee Sánchez Salazar instauró acción de tutela, contra la entidad mencionada para lograr la protección de sus derechos fundamentales. Expuso como supuestos de hecho, los siguientes:

1.1. Trabaja como empleada doméstica, devenga un salario mínimo mensual y desde el mes de enero de 2017 se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud a través de Compensar EPS. Le fue diagnosticada la enfermedad *colitis ulcerativa*, para el tratamiento de esa patología su médico tratante le ordenó el medicamento *añalumina peni autoplificador solución inyectable 40MS/0.8ML<sup>1</sup>*.

1.2. El 22 de mayo de 2017 el médico tratante informó a Aydee Sánchez Salazar que en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) regulado

<sup>1</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal

Rad.: 2017-01304-00 Titulo 1ª Instancia.

Demandante: Aydee Sánchez Salazar

Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros

Decisión: Concede

por la Resolución 6408 de 2016 está incluido el medicamento *adalumina* para tratar la enfermedad artritis reumatoidea, pero no para la enfermedad de *colitis ulcerativa*<sup>2</sup>, que es la patología que presenta la accionante, por lo cual, no fue posible para su médico prescribirle ese medicamento a través del aplicativo MIPRES del Ministerio de Salud.

1.3. Teniendo en cuenta que Aydee Sánchez Salazar requiere del medicamento *adalumina pen autoplicador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>3</sup> como tratamiento para su enfermedad, su médico tratante se lo prescribió<sup>4</sup> manualmente para que fuera ordenado por la Junta de Profesionales de la Salud de la EPS Compensar.

1.4. El 23 de mayo de 2017 la accionante radicó la orden médica ante Compensar EPS para que la Junta de Profesionales de la Salud le autorizaran la entrega del medicamento *adalumina pen autoplicador solución inyectable 40MS/0.8ML*.

1.5. El 31 de mayo de 2017, Compensar EPS le devolvió a Aydee Sánchez Salazar la fórmula médica y no le suministró el medicamento con el argumento de *inconsistencias de autorización*<sup>5</sup>.

1.6. La accionante solicitó que a través de esta acción constitucional se ampararan sus derechos fundamentales, en consecuencia, pidió que se ordenara al Ministerio de Salud y Protección Social que suspendiera el Plan de Beneficios de Salud previsto en la Resolución 4608 de 2016 y a Compensar EPS que le suministrara, sin interrupciones, el medicamento *adalumina pen autoplicador solución inyectable 40MS/0.8ML*, según le fue prescrito por su médico tratante como tratamiento de para su enfermedad.

## 2. Trámite de la acción.

2.1. Recibida la acción constitucional, este tribunal avocó el conocimiento de la misma el 2 de junio de 2017<sup>6</sup>, y dispuso vincular a:

<sup>2</sup> Es una afección en la cual el revestimiento del intestino grueso (colon) y el recto resultan inflamados. Esta es una forma de enfermedad intestinal inflamatoria <https://medlineplus.gov>

<sup>3</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal

<sup>4</sup> Folio 11 del cuaderno del tribunal

<sup>5</sup> Folio 13 del cuaderno del tribunal

<sup>6</sup> Folio 16 cuaderno del tribunal

Rad: 2017-01304 00 Tutela 1ª Instancia.

Demandante: Ayilee Sánchez Salazar

Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros

Decisión: Concede

- Hospital Universitario San Ignacio
- Mipres el Ministerio de Salud y Protección Social
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento - Invima

2.2. Las entidades accionadas guardaron silencio respecto de la demanda de tutela. Por tanto, en aplicación del artículo 20 del Decreto 2591 de 1991<sup>7</sup>, se tendrán por ciertos los hechos señalados en la solicitud de amparo.

### 3. Consideraciones de la sala

3.1. Es competente esta sala para pronunciarse de la presente acción de tutela de conformidad con lo reglado en el artículo 1º, numeral 1º del Decreto 1382 de 2000<sup>8</sup>, por ser el Ministerio de Salud y Protección Social una autoridad del orden nacional.

3.2. Según el artículo 86 de la Constitución Política toda persona puede, mediante acción de tutela, reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, a condición de que no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

3.3. Con miras a dirimir el problema jurídico planteado, es pertinente referir que la Corte Constitucional en cuanto al suministro de medicamentos excluidos del POS, a través de su jurisprudencia, ha indicado que:

La procedencia de la acción de tutela tiene como punto de partida que la falta de suministro del medicamento prescrito por el médico

<sup>7</sup> Artículo 20. Presunción de veracidad. Si el informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa.

<sup>8</sup> Decreto 1382 de 2000 Artículo 1º Para los efectos previstos en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, conocerán de la acción de tutela, a prevención, los jueces con jurisdicción donde ocurriere la violación o la amenaza que motivare la presentación de la solicitud o donde se produjeran sus efectos, conforme a las siguientes reglas:

1. Las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad pública del orden nacional, salvo lo dispuesto en el siguiente inciso, serán repartidas para su conocimiento, en primera instancia, a los tribunales superiores de distrito judicial, administrativos y consejos seccionales de la judicatura.

*Rad.: 2017-01304-00 Tutel. 1ª Instancia.*

*Demandante: Ayllón Sánchez Salazar*

*Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otras*

*Decisión: Concede*

tratante agrave la situación de salud o impida restablecerla, comprometiendo la integridad personal o la pervivencia de quien lo requiere. En otras palabras, la inaplicación de la preceptiva legal o reglamentaria toma fundamento cuando la fortaleza vital esté decaendo o se encuentre en riesgo real, y solo con el suministro del fármaco recetado pueda ser protegida, de tal modo que la EPS, cumplidas las demás condiciones, deba proveerlo, así este fuera del POS<sup>9</sup>.

3.4. Respecto a los medicamentos, tratamientos o servicios excluidos del plan de beneficios en salud, el alto tribunal constitucional ha establecido que deben ser suministrados a los pacientes cuando la prestación de los mismos amenace derechos constitucionales tales como la salud, la vida, la integridad personal y la dignidad humana.

En efecto, la jurisprudencia constitucional lo ha dicho:

La jurisprudencia de esta Corporación, en aplicación del artículo 4º superior, ha fijado condiciones fácticas que deben concurrir en cada caso concreto para inaplicar las normas del Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando se excluyan prestaciones tendentes a la prevención, conservación o superación de circunstancias que impliquen una amenaza o afectación del derecho a la salud. En aras de garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la seguridad social, resulta necesaria la verificación de los requisitos dispuestos por la jurisprudencia constitucional<sup>10</sup>.

A través de su jurisprudencia esa corporación constitucional creó unos criterios que deben ser verificados con el objetivo de inaplicar el plan de beneficios en salud y ordenar el suministro de procedimientos, medicamentos o exámenes no incluidos en él, estos son:

Por regla general, cuando una persona necesita un servicio, procedimiento o medicamento que no esté incluido en el POS, debe obtenerlo por su propia cuenta y asumir su costo. Excepcionalmente esta colegiatura ha considerado que los usuarios del sistema de seguridad social en salud pueden solicitar a la Entidad Prestadora de Salud la provisión de medicamentos, insumos o servicios excluidos del POS, y en caso de que su suministro sea

<sup>9</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-781 del 8 de noviembre de 2013, M.P. Nilson Pinilla Pinilla

<sup>10</sup> Corte Constitucional, Sentencia T1065 del 6 de diciembre de 2012, M.P. Alexei Julio Estrada

Rat.: 2017-01304-03 Tutela 1ª Instancia.  
 Demandante: Aydee Sánchez Salazar  
 Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros.  
 Decisión: Concede

negado, podrán acudir a la acción de amparo, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: (i) que la falta del servicio médico vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) que el interesado no pueda directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no pueda acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; (iv) que el servicio médico haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo<sup>11</sup>.

En síntesis, se colige, en aplicación de los parámetros jurisprudenciales transcritos, que los medicamentos no incluidos plan de beneficios en salud, son susceptibles de ser reclamados por vía de tutela, siempre y cuando se cumplan con los lineamientos establecidos por la jurisprudencia.

3.5. En el caso bajo estudio, ante el silencio de las entidades accionadas respecto de la demanda de tutela, como se indicó, en aplicación del artículo 20 del Decreto 2591 de 1991<sup>12</sup>, se tendrán por ciertos los hechos señalados en la solicitud de amparo.

3.6. El 22 de mayo de 2017 el médico tratante de Aydee Sánchez Salazar le prescribió el medicamento *adalumina pen autoplacador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>13</sup> como tratamiento a su enfermedad *colitis ulcerativa*.

En el Plan de Beneficios en Salud (PBS) regulado por la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social está incluido ese medicamento para tratar la enfermedad artritis reumatoidea, pero no para la enfermedad *colitis ulcerativa*, que es la patología que padece la accionante; por ende, Compensar EPS negó el suministro del medicamento a la paciente, con el argumento de *inconsistencia de autorización*<sup>14</sup>, pero no indicó cuál puede sustituirlo en iguales

<sup>11</sup> Corte Constitucional T-151 del 14 de marzo de 2014 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

<sup>12</sup> Artículo 20. Presunción de veracidad. Si el informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa.

<sup>13</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal

<sup>14</sup> Folio 13 del cuaderno del tribunal

Rol: 2017-01304 00 Tutela 1ª Instancia.

Demandante: Aydee Sánchez Salazar

Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros

Decisión: Concede

condiciones de calidad y eficiencia, que además esté incluido en el plan de beneficios en salud para la enfermedad que presenta la accionante; de manera que, ante la falta de otro medicamento que supla las necesidades de Aydee Sánchez Salazar, *adalumina pen autoplificador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>15</sup>, surge como la única posibilidad de tratamiento a la enfermedad de la paciente.

En cuanto a la capacidad económica de la solicitante, se tiene que labora como empleada del servicio doméstico y devenga un salario mínimo para satisfacer sus necesidades básicas de manutención; por ende, no cuenta con solvencia económica para sufragar el costo del medicamento, y contra esta aseveración, la entidad accionada no presentó prueba que lo desvirtuó.

Con este panorama, esta sala de decisión encuentra satisfechos los requisitos para inaplicar el plan de beneficios en salud; en consecuencia, Compensar EPS no puede negarse el medicamento *adalumina pen autoplificador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>16</sup> a la accionante por no estar incluido específicamente para su enfermedad, cuanto media orden de su médico tratante de la que se deduce la necesidad de la medicina para preservar la salud de Aydee Sánchez Salazar y de cuyo consumo depende además poder llevar su vida en condiciones dignas.

En conclusión, en el presente caso se verifican los criterios establecidos por la jurisprudencia para autorizar el suministro del medicamento prescrito a Aydee Sánchez Salazar, luego de establecerse que sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna se han conculcado por parte de Compensar EPS, y dado que no cuenta con otro medio eficaz para su inmediato amparo, se impone su protección por vía de tutela.

Por lo anterior, esta sala concederá el amparo de los derechos fundamentales a la salud y la vida en condiciones dignas de Aydee Sánchez Salazar y, en consecuencia, ordenará a Compensar EPS que en el término de dos (2) días hábiles, contados a partir de la notificación de este fallo, autorice y suministre en las condiciones

<sup>15</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal

<sup>16</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal

Rad.: 2017-01304 00 Tutela-1ª Instancia.  
Demandante: Aydee Sánchez Salazar  
Demandados: Ministerio de Salud, Compensar EPS y otros  
Decisión: Concede

prescritas por el médico tratante de la accionante, el medicamento *adalumina pen autoplificador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>17</sup>.

3.7. Se negará el amparo invocado respecto de las demás entidades accionadas, una vez se verificó que no existe vulneración de su parte a los derechos fundamentales de Aydee Sánchez Salazar.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala de Decisión Penal en tutelas, administrando justicia en nombre de la República y por mandato constitucional,

**Resuelve:**

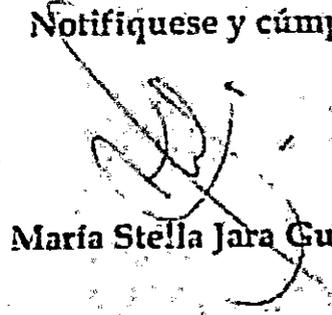
1º. Tutelar los derechos fundamentales a la salud y la vida digna de Aydee Sánchez Salazar y, en consecuencia, ordenar a Compensar EPS que en el término de dos (2) días hábiles, contados a partir de la notificación de este fallo, autorice y suministre en las condiciones prescritas por el médico tratante de la accionante, el medicamento *adalumina pen autoplificador solución inyectable 40MS/0.8ML*<sup>18</sup>.

2º. Negar el amparo invocado respecto de las demás entidades accionadas, por lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

3º. Notificar esta sentencia según lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991 y remitir las diligencias a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en caso de no ser impugnado este fallo.

**Notifíquese y cúmplase.**

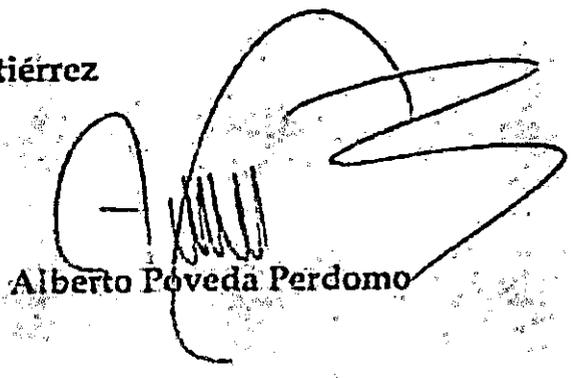
Los magistrados,



**María Stella Jara Gutiérrez**



**Fernando Adolfo Pareja Reinemer**



**Alberto Poveda Perdomo**

<sup>17</sup> Folio 11 del cuaderno del tribunal  
<sup>18</sup> Folio 12 del cuaderno del tribunal