

## **COMUNICADOS DE PRENSA DE ENTIDADES OFICIALES - Son plena prueba de lo que en ellos se hace constar / SENTENCIA DE CONSTITUCIONALIDAD - Efectos jurídicos**

La Sala tomará en cuenta este hecho, como una prueba válida del sentido de la decisión, atendiendo a que los documentos que constan en medios electrónicos, en páginas de entidades oficiales, son plena prueba de lo que en ellos se hace constar. Para el caso, el comunicado de la Corte no deja duda del sentido de la decisión. En relación con el tema de los efectos o consecuencias jurídicas de las sentencias de constitucionalidad, la Corte Constitucional en fallo C-973/04 adoptó como criterio que los mismos se producen “desde el día siguiente a aquél en que se tomó la decisión de exequibilidad o inexecuibilidad, siempre y cuando se divulgue o comunique dicha decisión por los medios ordinarios reconocidos para comunicar sus sentencias (Ley 270 de 1996, artículo 56)”, por considerar que la primera parte del artículo 16 del Decreto 2067 de 1991, conforme al cual “La parte resolutive de la sentencia no podrá ser divulgada sino con los considerandos y las aclaraciones y los salvamentos de voto correspondientes, debidamente suscritos por los magistrados y el Secretario de la Corte”, fue derogado por los artículos 56 y 64 de la Ley Estatutaria de la Administración de Justicia. Se agregó que el artículo 64 de la citada Ley, permite comunicar las sentencias aun cuando el fallo no se encuentre debidamente ejecutoriado a partir de su notificación por edicto. Así las cosas, teniendo en cuenta los anteriores lineamientos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se concluye que de conformidad con los artículos 56 y 64 de la Ley Estatutaria de Administración de Justicia, los efectos jurídicos de las sentencias de constitucionalidad y su exigibilidad operan válidamente a partir del día siguiente a aquél en que se adoptó la correspondiente decisión, siempre y cuando se divulguen o comuniquen por los medios ordinarios reconocidos y no desde el momento en que se suscribe el texto, los salvamentos o aclaraciones, o se practica su notificación, dados sus efectos erga omnes, su carácter obligatorio, la primacía de la Constitución y la seguridad jurídica. En consecuencia, la Sala Plena toma en consideración los Boletines de Prensa emitidos por la Corte Constitucional, en los que se informa, particularmente, que el Decreto 4975 de 2009 fue declarado inexecutable mediante sentencia C-252/10. De otra parte, declarada la inexecuibilidad del Decreto 4975 de 2009, si no se dijo expresamente algo distinto al respecto, resultan igualmente inexecuibles los decretos legislativos expedidos en desarrollo del mismo.

**FUENTE FORMAL:** LEY 270 DE 1996 - ARTICULO 56 / LEY 270 DE 1996 - ARTICULO 64

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

### **CONTROL AUTOMATICO DE LEGALIDAD - Competencia del Consejo de Estado. Actos objeto de control**

Se deriva del artículo 20 de la Ley 137 de 1994, en el que se señala que corresponde al Consejo de Estado realizar el control inmediato de legalidad sobre las medidas de carácter general que sean dictadas en ejercicio de la función administrativa y como desarrollo de los decretos legislativos que se profieran durante los estados de excepción, disposición que fue declarada executable por la Corte Constitucional en sentencia C-179 de 1995, al concluirse que no atenta “contra la Ley Suprema, y por el contrario, encaja dentro de lo contemplado en el artículo 237 de la Carta, que le atribuye al Consejo de Estado las funciones de tribunal supremo de lo contencioso administrativo, y el conocimiento de las

acciones de nulidad por inconstitucionalidad de los decretos dictados por el Gobierno Nacional, cuya competencia no corresponda a la Corte Constitucional, al igual que el cumplimiento de las demás funciones que le asigne la ley". Por ser el Decreto 966 de 2010 desarrollo del Decreto Legislativo 074 del 2010 y por contener unas medidas de carácter general, no se requiere un mayor análisis para comprender que por este factor esta Corporación tiene competencia para conocer del control inmediato de legalidad del citado Decreto 966 expedido por el Gobierno Nacional el 24 de marzo de 2010.

**FUENTE FORMAL:** LEY 137 DE 1994 - ARTICULO 20

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**CONTROL AUTOMATICO DE LEGALIDAD - Características del que se ejerce sobre actos administrativos que desarrollan decretos legislativos de estados de excepción**

La Sala Plena ha tenido oportunidad de referirse al tema, en forma detallada, en providencias en las que ha destacado los alcances del control, su finalidad, los presupuestos para asumirlo y, en general, las características, que pueden resumirse en su naturaleza jurisdiccional, su integralidad, su autonomía, su inmediatez y automaticidad, su oficiosidad, el tránsito a cosa juzgada relativa y su compatibilidad o coexistencia con las acciones ordinarias.

**NOTA DE RELATORIA:** Sobre las características del control inmediato de legalidad respecto de actos administrativos que desarrollan decretos legislativos de estados de excepción, se reiteran sentencias del Consejo de Estado, Sala Plena, de 20 de octubre de 2009, Rad. 2009-00549 (CA), MP. Mauricio Fajardo Gómez, y del 9 de diciembre de 2009, Rad. Ca-00732, MP. Enrique Gil Botero

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**GOBIERNO NACIONAL- Es el competente para expedir reglamentos de las leyes / REGLAMENTO DE LA LEY - Autoridad competente / RESPONSABILIDAD POLITICA - La tienen los ministros que firman junto con el Presidente un reglamento / PROCEDIMIENTO PARA RECLAMAR ANTE LA ENTIDAD ASEGURADORA DEL SOAT - Este tema le corresponde manejarlo al Ministerio de la Protección Social porque tiene relación directa con las funciones asignadas a dicho organismo**

La jurisprudencia y la doctrina han entendido que la expedición de los reglamentos de las leyes corresponde al gobierno, es decir, al Presidente de la República junto con el ministro o los ministros respectivos, según la materia de que se trate. Ha señalado la Sala que no es fácil determinar cuáles ministros o jefes de departamento administrativo deben suscribir con el Presidente de la República el reglamento, pues las materias de que se puede ocupar un reglamento son muy variadas, de modo que concretar quién conforma el Gobierno, en cada caso concreto, requiere una revisión de los asuntos tratados en el reglamento, así como de las competencias asignadas a los Ministerios y Departamentos Administrativos, para deducir de allí cuáles de sus Jefes deben acompañar al Presidente de la República en la firma del decreto. De esta manera, un reglamento bien puede requerir la firma de uno o de varios ministros; y cuando son varios los que deben participar cada uno lo hará en la parte del decreto que le corresponde, según sus

competencias. El propósito del acompañamiento no tiene un sentido simplemente formal. En realidad determina la responsabilidad política derivada del contenido, cuyos principales controladores son el Congreso de la República y la opinión pública; pero, sobre todo, sirve para definir, elaborar y perfeccionar el contenido del reglamento, pues cada ministerio y departamento administrativo participa activamente en la elaboración de la norma, aportando la capacidad técnica, incluso la política y social que tienen, para concretar el contenido de la norma. El Decreto 966 de 2010 fue expedido por el Presidente de la República, con la firma de los Ministros de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social. La materia que se regula en el mismo es el procedimiento para reclamar ante la entidad aseguradora del SOAT o ante el Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito 'FONSAT', indemnizaciones por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito, por servicios médico-quirúrgicos, por incapacidad permanente, por muerte, por gastos funerarios y por gastos de transporte de víctimas hasta el centro asistencial. Para la Sala, estos temas perfectamente corresponde manejarlos al Ministerio de la Protección Social, pues guardan relación directa con las funciones asignadas a dicho organismo en la Resolución N° 3133 del 14 de septiembre de 2005, "por la cual se ajusta el Manual Específico de Funciones, Requisitos y de Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal del Ministerio de la Protección Social",

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**COBERTURA A LAS VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO - Legalidad de la disposición que enuncia quiénes están legitimados para reclamar / RECLAMACIONES - Legalidad de la disposición que señala las entidades ante las cuales deben presentarse / FONSAT - Cuenta especial de la Nación para Accidentes de Tránsito**

La Sala no encuentra reparo alguno de legalidad, pues el Decreto-ley 074 de 2010 disponía a través de su articulado, cuáles personas naturales y jurídicas están legitimadas para reclamar las indemnizaciones por las coberturas que se otorgan a las víctimas de accidentes de tránsito. Además aunque el artículo tercero del citado decreto 074 del 2010 modificó el literal e) del artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, esta norma está inserta en la PARTE VI del citado estatuto, en la que se tratan las "condiciones del ejercicio de la actividad capitalizadora y de las operaciones de las compañías de seguros, reaseguros y sus intermediarios", CAPITULO IV, dedicado al "Régimen del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito", capítulo éste que inicia con el artículo 192 y que termina con el artículo 197. De esta relación de gastos por los diferentes conceptos causados por la atención en los eventos de accidentes de tránsito que es posible reclamar, surge, a su vez, cuáles personas naturales y jurídicas son las legitimadas para solicitarlas, que fue precisamente lo que expresamente quedó reglamentado por esa primera parte del artículo 1° del decreto 966 de 2010. Ante qué organismos deben presentarse las reclamaciones: a la entidad aseguradora del SOAT y al FONSAT. Este aspecto tampoco le merece reparo alguno a la Sala, teniendo en cuenta que el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero contempla que las compañías aseguradoras serán las encargadas de operar el seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito (artículo 196). Y el Decreto 074 de 2010, además de reiterar esa competencia, creó el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito 'FONSAT' como una cuenta especial de la Nación, y le otorgó a las mismas compañías la potestad de administrar los recursos del FONSAT "con el fin de atender las coberturas que a él le corresponden de acuerdo con este Decreto"

(artículo primero) y “a través de un Comité de Administración” (artículo segundo).  
Cómo deben presentarse: La exigencia de que las reclamaciones se presenten “en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social” guarda relación y resulta ser el desarrollo de los incisos segundo y tercero del párrafo del artículo segundo del Decreto 074 de 2010 que impuso al Ministerio de la Protección Social la obligación de definir el procedimiento único para la recepción y trámite de las reclamaciones, y dispone que dicho Ministerio “continuará definiendo los formatos de las reclamaciones y requisitos para el pago, tanto para el SOAT como para el FONSAT”.

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**HABILITACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - Alcance / ATENCION INICIAL DE URGENCIAS - Marco normativo / IPS - Debe prestar la atención primaria de urgencias / REMISION EN CASO DE URGENCIAS - Es procedente cuando la IPS no está habilitada para atender la urgencia previo cumplimiento de los protocolos de referencia y contrarreferencia / RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION REFERENTE - Su responsabilidad llega hasta el momento en que el paciente ingrese a la entidad receptora / PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD - Desarrolla el deber jurídico radicado en todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, de prestar la atención inicial de urgencias**

La Sala considera necesario, para el control de legalidad de la disposición, analizar las normas que contienen los criterios de habilitación de los prestadores de servicios de salud. Esa obligación se reiteró en el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, que expresamente dispone que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, sin que se requiera contrato u orden previa. En la misma Ley se prevé que la prestación del servicio público de salud debe estar regido por el principio de la universalidad, en el entendido que debe prestarse en términos de igualdad para todos los habitantes (literal a del artículo 3º ibídem). El citado principio se elevó a rango constitucional en 1991 (inciso 4º del artículo 49), norma en la que se defirió al legislador la adopción de los términos en que la atención básica sería gratuita y obligatoria para la población en general. Así, en el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 1993, se contempla que el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. En ese marco normativo, el entonces Ministerio de Salud Pública, en desarrollo de lo dispuesto por la ley 10 de 1990 y del artículo 334 Constitucional, dictó el decreto reglamentario 2.759 de 11 de diciembre de 1991, “por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia”, que reglamenta la atención de los pacientes y de la posible remisión de los mismos entre las instituciones prestadoras de los servicios de salud. En ese panorama, resulta válido, que el Decreto 966 de 2010 cuya legalidad se controla, establezca, en forma imperativa, que las prestadoras de los servicios de salud que no puedan atender un servicio para el cual “no estuvieren habilitadas”, remitan al paciente a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la habilitación, para lo cual deben cumplirse los procedimientos de referencia y contrarreferencia. Aunque este tema impone relacionarlo con la omisión en que en ocasiones incurren las entidades hospitalarias frente al servicio de urgencias brindado a personas lesionadas en accidentes de tránsito, es preciso advertir que la ley y el reglamento si bien fijan el marco de actuación debida por parte de los obligados, en este caso las instituciones, públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud, tal regulación normativa no garantiza su

acatamiento. Si la entidad se sustrae injustificadamente a esta obligación de resorte constitucional y de desarrollo legal y reglamentario, consistente en el deber de prestar los servicios iniciales de urgencias, asumirá las consecuencias que la omisión le acarree y serán las autoridades de vigilancia y control las encargadas de determinar las sanciones a que haya lugar, sanciones previstas, entre otras normas, en los numerales 2 y 3 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Siguiendo con la normatividad en examen y la concordante que también regula el tema, cabe señalar que el artículo 6 del decreto 2579 de 1991 señala que la institución referente (que remite) será responsable de la atención del usuario hasta que ingrese a la institución receptora. Y el decreto 412 de 6 marzo de 1992 establece que “la entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora” (parágrafo del art. 4º). Para la Sala, el desarrollo de esta pauta de actuación que deviene del principio constitucional de solidaridad pone de presente el deber jurídico radicado en todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, de prestar la atención inicial de urgencias y, por lo mismo, de asumir las consecuencias de las acciones u omisiones que acaezcan, por lo cual se impone por parte de los entes prestatarios cumplir los protocolos de referencia y contrarreferencia que, antes de poner en riesgo los principios y deberes de protección a la integridad y preservación de la salud y de la vida, permiten garantizarlos, pues asegura que el paciente reciba atención de urgencias idónea, adecuada y oportuna, lo que no sucedería, por ejemplo, si la entidad prestadora tuviese, necesariamente, que desplegar la atención a pesar de no estar habilitada para ello.

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**REFERENCIA - Definición / CONTRARREFERENCIA - Concepto / REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - Finalidad / TRAMITE DE LAS CUENTAS PRESENTADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - Procedimiento / MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL - Define el procedimiento para las reclamaciones en caso de daños causados a las personas en accidentes de tránsito / RECONOCIMIENTO DEL SEGURO - Se debe demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación / DECRETO 966 DE 2010 - Los requisitos que exige para el reconocimiento son conforme con el ordenamiento jurídico / PAGOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - Es legal hacerlo a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria previamente informada, por ser un medio ordinario de pago de obligaciones**

Se define la expresión referencia como “el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud”. Y contrarreferencia como “la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica” (parágrafo 2º del artículo 2). Establece como finalidad del régimen de referencia y contrarreferencia “facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por

una racional utilización de los recursos institucionales” (artículo 3). Entonces, en el inciso 3° del párrafo del artículo 2° se le dio la facultad al Ministerio de la Protección Social para definir el procedimiento para las reclamaciones que se originen en los eventos de los literales a), b) y c) del numeral 1 del artículo 4° que, a su vez, remite al artículo 193-1 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero el cual precisamente señala las coberturas y las cuantías que deben cubrirse en caso de daños causados a las personas en accidentes de tránsito. Ahora, el Decreto 074 de 2010 dispone que para efectos del reconocimiento “se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación” (inciso primero, numeral 6 del artículo cuarto), que es precisamente lo que reglamenta el artículo 2 del decreto 966 de 2010. No se observa que alguno de los requisitos exigidos no esté conforme con el ordenamiento jurídico o que sean de imposible cumplimiento, o que se trate de documentos abolidos por las normas antitrámites, contenidas principalmente en el Decreto 2150 de 1995. Y frente a la previsión contenida en el párrafo 3 del mismo artículo, referida a que los pagos a los prestadores de servicios de salud se harán a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria previamente informada, y para otros reclamantes en lo posible a través de cuentas bancarias, no solo guarda consonancia con los medios que ordinariamente se usan para el pago de obligaciones, sino que además implica una agilización y seguridad en los trámites y un ahorro de insumos, todo lo cual resulta acorde con la obligación contenida en el artículo 3° del Decreto 2150 de 1995 en cuanto “El Estado dispondrá de los mecanismos necesarios para pagar obligaciones a su cargo mediante el abono en cuentas corrientes o de ahorro”.

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**PRESENTACION DE LAS FACTURAS Y PAGO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS - Es legal dado que la previsión es propia de la potestad reglamentaria / SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - Es inherente a sus funciones la vigilancia de los recursos para atender el servicio de salud / SUPERACION DEL TOPE PARA SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS - Es legal al no lesionar ningún derecho**

De la lectura del artículo 3° del decreto 133 de 2010 se encuentra que en él solamente se determina la fecha en que se tendrá por presentada la factura; la periodicidad en que se pueden presentar; la obligación de recibir las facturas sin someterlas previamente a una auditoría e impone a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago, la obligación de establecer mecanismos que permitan la facturación en línea. En cuanto al párrafo del artículo 3° del decreto 966 de 2010, es una previsión propia de la potestad reglamentaria, que se complementa con la atribución otorgada al Ministerio de la Protección Social en el inciso 4 del párrafo del artículo 2 del decreto 074 de 2010. La alusión a que la Superintendencia Nacional de Salud deberá vigilar el cumplimiento de lo previsto en la parte inicial de ese párrafo del artículo 3 del decreto 966 de 2010, es una función natural de ésta, a términos del decreto 1259 de 1994 que amplió el espectro de las funciones de aquella entidad al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y a la administración, en general, de los recursos para atender el servicio de salud. Señala el decreto 1259 de 1994. En el primer inciso, se dispone que el prestador de servicios médico-quirúrgicos debe prestar los servicios y podrá cobrarlos, aunque éstos excedan el valor de 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, “independientemente de su monto”, aspecto en el que no se encuentra reparo alguno, por guardar relación con el decreto 074 de 2010. Entonces, lo que hace el decreto reglamentario que se analiza, es aumentar ese tope de 500 a 1.100 salarios mínimos diarios legales

vigentes, lo que no lesiona la legalidad ni algún derecho en este sentido previsto legalmente.

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL - Legalidad del artículo por respetar el máximo fijado en el Decreto 074 de 2010 / ACCION DE REPETICION - Es legal el artículo porque es un desarrollo casi calcado de la norma que reglamenta / VIGENCIA Y DEROGATORIAS - Es un aspecto formal que no es posible confrontar directamente que permita en precisión identificar a cuáles se refiere para evaluar la conformidad legal de esta disposición**

En este artículo se desarrolla, en forma esquemática, lo previsto por el artículo 3° del decreto 074 de 2010, en el que se establecen los siguientes parámetros para regular el reclamo y el reconocimiento de indemnización por gastos de transporte y la movilización de las víctimas al centro asistencial: Se fija un máximo de 15 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente. Se deben tener en cuenta las características del vehículo. Se tomará en consideración si se trata de transporte rural o urbano. El artículo 5° del decreto 966 de 2010 toma esos parámetros y elabora una tabla en la que se discriminan los valores a reconocer por los servicios de transporte, respetando el máximo fijado en el decreto 074 de 2010, razones éstas por las que se evidencia la legalidad del artículo analizado, lo cual así se declarará. El artículo desarrolla lo previsto en el parágrafo del artículo 4° del decreto 074 de 2010, en cuanto en éste se señala que las aseguradoras encargadas de administrar el FONSAT entablarán todas las acciones de repetición que legalmente resulten procedentes contra los responsables del pago, causados por los accidentes, y que la compañía aseguradora podrá repetir contra el responsable del accidente por cualquier suma que se haya pagado como indemnización por el SOAT, cuando éste al momento del mismo haya actuado con dolo o culpa grave. Igualmente en cuanto ese parágrafo dispone que el cobro jurídico de las acciones de repetición que no se hayan iniciado a la fecha de publicación del presente decreto será asumido por el FONSAT, atendiendo criterios de materialidad, previa entrega de los documentos pertinentes por parte del administrador fiduciario de los recursos del Fosyga. En estas condiciones, la legalidad del artículo 6 del decreto 966 de 2010 no tiene discusión, porque es un desarrollo, casi calcado, de la norma que reglamenta. En lo que concierne a este precepto del decreto se refiere a un aspecto formal y material propio de los actos administrativos expedidos en ejercicio de la facultad reglamentaria. Como en cuanto a la derogatoria se hace en forma genérica señalando que opera en cuanto a las normas que le sean contrarias, no es posible una confrontación directa que permita en precisión identificar a cuáles se refiere para evaluar la conformidad legal de esta disposición.

**FUENTE FORMAL:** DECRETO 074 DE 2010 - ARTICULO 3

**NOTA DE RELATORIA:** Aclaración de voto de los doctores Víctor Hernando Alvarado Ardila, Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, María Claudia Rojas Lasso y Alfonso Vargas Rincón. Salvamento de voto de los doctores Hugo Fernando Bastidas Bárcenas, Stella Conto Díaz del Castillo, Ruth Stella Correa Palacio y Danilo Alfonso Rojas Betancourt

**NORMA DEMANDADA:** DECRETO 966 DE 2010 (24 de marzo) GOBIERNO NACIONAL (Declarado ajustado a derecho)

**CONSEJO DE ESTADO**

**SALA PLENA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**

**Consejera ponente: SUSANA BUITRAGO VALENCIA**

**Bogotá, D. C., diecinueve (19) de octubre de dos mil diez (2010)**

**Radicación numero: 11001-03-15-000-2010-00391-00(CA)**

**Actor: GOBIERNO NACIONAL**

*La Presidencia de la República, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 137 de 1994, mediante oficio, remitió copia íntegra y autenticada del Decreto 966 de 2010, con el fin de que esta Corporación realice el correspondiente control de legalidad.*

**I. TEXTO DEL DECRETO MATERIA DE REVISION**

*El contenido del decreto objeto de control es el siguiente:*

**“DECRETO NUMERO 966 de 2010  
(marzo 24)**

***Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 074 de 2010***

*El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le otorga el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 154 literales a), b) y g) y 167 de la Ley 100 de 1993 y en desarrollo de lo previsto en el Decreto 074 de 2010, y*

**CONSIDERANDO:**

*Que el Gobierno Nacional con ocasión de la declaratoria de Emergencia Social, estableció mediante el Decreto 074 de 2010, modificaciones al Régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat;*

*Que las medidas adoptadas en el Decreto 074 de 2010, modifican los procesos de reclamaciones por los eventos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito y, por consiguiente, se debe definir el procedimiento de dichas reclamaciones*

*En mérito de lo expuesto,*

**DECRETA:**

*Artículo 1°. Derecho para reclamar. Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito, a la entidad aseguradora del SOAT o al Fondo de Seguro*

*Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat, según corresponda, los prestadores de servicios de salud públicos o privados habilitados, que hubieren prestado los servicios incluidos en las coberturas; la víctima que sea declarada incapacitada permanente; los beneficiarios en caso de muerte; quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y las personas naturales que hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de beneficios meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.*

*Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los soportes señalados más adelante.*

**Parágrafo.** *Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, solo podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitadas.*

*En los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitadas, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la citada habilitación; este último contará con acción para reclamar por la prestación de los servicios.*

**Artículo 2°. Reclamación.** *Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas para las víctimas de accidentes de tránsito, ante las entidades aseguradoras del SOAT o al Fonsat, deberán acreditar la ocurrencia del suceso, su calidad de beneficiario y su cuantía, para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere. Los soportes correspondientes a cada cobertura, en original o copia, la cual será válida cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella, conforme lo señala el artículo 15 del Decreto-ley 1281 de 2002. Los soportes correspondientes a cada cobertura, serán:*

### **1. Servicios Médico-Quirúrgicos**

*a) Formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el formato FURIPS establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

*b) Certificado médico, documento en el cual el médico o profesional de la salud que lo suscribe, certifica que por el interrogatorio y los hallazgos clínicos y paraclínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona, fue un accidente de tránsito.*

*Esta certificación podrá constar en alguno de los siguientes documentos:*

*i) Resumen de historia clínica o epicrisis.*

*ii) Orden médica.*

*iii) Fórmula médica.*

*iv) Resultados de ayudas diagnósticas o terapéuticas.*

*v) Informe de atención inicial de urgencias o atención de urgencias.*

*En el caso de que la atención para una víctima requiera prestaciones sucesivas, posteriores a la primera atención, no será necesario allegar esta certificación en cada ocasión, una vez se encuentre en operación el sistema de información que permita hacer seguimiento a toda la atención médico-quirúrgica mediante un código o número único que identifique del siniestro.*

*c) Informe Policial de Accidentes de Tránsito, el cual corresponde al adoptado por la Resolución 1814 de 2005 del Ministerio de Transporte o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

*Tal informe será necesario en los casos en que el paciente ingrese inconsciente y no haya testigos.*

*De no contar con el informe policial, el prestador de servicios de salud estará facultado para recibir una declaración de la víctima, bajo la gravedad de juramento, si está en condiciones de hacerla, o del acompañante o testigo del accidente, en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social. El formato contendrá como mínimo:*

*i) Información de la persona que hace la declaración: nombres y apellidos, tipo y número de documento de identidad y dirección, teléfono, departamento y municipio de residencia.*

*ii) Información de la víctima: nombres y apellidos y tipo y número de documento de identidad.*

*iii) Dirección donde ocurrió el accidente, indicando el municipio y departamento.*

*iv) Fecha y hora del accidente.*

*v) Descripción del accidente.*

*d) Los demás soportes serán los establecidos, según el tipo de servicio, en el Anexo Técnico número 5 de la Resolución 3047 de 2008, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.*

*e) Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, los cuales si bien son obligatorios, su no presentación o validación, no será causal de devolución de la factura o no pago en la oportunidad establecida.*

## **2. Indemnización por incapacidad permanente**

*a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

*b) Copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

*c) Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley. Cuando las personas requieran dicho dictamen para reclamar las indemnizaciones ante la compañía aseguradora del SOAT y/o el Fonsat, el costo de los honorarios de la junta de calificación de invalidez, será equivalente a un salario mínimo legal diario vigente al momento de la solicitud, a cargo del reclamante.*

## **3. Indemnización por muerte**

a) *Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

b) *Copia del Registro Civil de defunción expedido por la autoridad competente.*

c) *En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

d) *Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima, si fuere el caso.*

e) *Prueba de la relación del beneficiario con la víctima, según el caso.*

#### **4. Indemnización por gastos funerarios**

a) *Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

b) *Copia del Registro Civil de defunción expedido por la autoridad competente.*

c) *Factura original que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario, debidamente cancelada, expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios.*

d) *Documentos que acrediten que los gastos funerarios fueron asumidos por quien presenta la reclamación, y no que hubieren sido pagados previamente por una póliza o contrato exequial.*

e) *En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

f) *Cuando se trate de reclamaciones formuladas por las Administradoras de Fondos de Pensiones o las Administradoras de Riesgos Profesionales, cuenta de cobro acompañada por la certificación del monto total de la indemnización reconocida por dichos sistemas a los beneficiarios de la víctima.*

#### **5. Gastos por concepto de transporte de víctimas**

a) *Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas en el formato FURIPS o FURTRAN, según corresponda, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, y en el cual el prestador de servicios de salud que atienda la víctima dejará constancia de la hora en la cual fue recibida, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección del prestador de servicios de salud que la admitió. Dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite en admisiones o de ingreso a la institución.*

b) *Factura original, que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario o cuenta de cobro según corresponda.*

c) *Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar este servicio.*

**Parágrafo 1°.** *Los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, para las reclamaciones de los beneficios previstos en las normas vigentes, así como la exigencia de los documentos correspondientes a cada cobertura, aplican para las entidades aseguradoras del SOAT y el Fonsat.*

**Parágrafo 2°.** *Los prestadores de servicios de salud habilitados podrán presentar sus reclamaciones de manera electrónica, con firma digital, con un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, debidamente autorizada para el efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio. Para ello se establece un período de transición de un (1) año, contado a partir de la publicación del presente decreto y el Ministerio de la Protección Social reglamentará la estructura de los archivos.*

**Parágrafo 3°.** *Los pagos a los prestadores de servicios de salud se harán obligatoriamente a la cuenta bancaria previamente informada mediante la modalidad de transferencia electrónica. Para otros reclamantes, siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y en lo posible, a través de cuentas bancarias a su nombre.*

**Artículo 3°. Presentación de las facturas y pago de prestación de servicios médico-quirúrgicos.** *La presentación, recepción y pago de facturas de prestación de servicios médico-quirúrgicos a las víctimas de accidentes de tránsito cubiertos por las entidades aseguradoras del SOAT y el Fonsat, se acogerá a las condiciones definidas en el artículo 3° del Decreto 133 de 2010 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, a las cuales se aplicará el término de caducidad de seis (6) meses para la presentación de las facturas, establecido en el tercer inciso del numeral 6 del artículo 4° del Decreto 074 de 2010.*

*La formulación de glosas y devoluciones, y su respectiva respuesta debe realizarse con base en la codificación y alcance estipulados en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, que defina el Ministerio de la Protección Social. Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social deberá adicionar en lo pertinente las normas vigentes sobre la materia.*

*Las tarifas para los servicios médico-quirúrgicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito son las establecidas para actividades, intervenciones y procedimientos en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan, salvo que existan convenios celebrados entre los prestadores de servicios de salud y las entidades aseguradoras del SOAT o el Fonsat, considerando que en ningún caso las tarifas podrán ser superiores a las establecidas por el citado decreto.*

*Hasta tanto se encuentre en fase de producción el sistema que arroje el valor promedio del mercado para medicamentos y dispositivos médicos se seguirá reconociendo su valor según lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.*

**Parágrafo.** Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de la Protección Social y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den observancia a lo ordenado en esta disposición y de imponer las sanciones por el incumplimiento de la obligación anotada.

**Artículo 4°. Superación del tope para servicios médico-quirúrgicos.** En caso de víctimas de accidentes de tránsito, que requieran servicios médico-quirúrgicos cuyo costo exceda el tope de 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, el prestador cobrará el total de los servicios prestados, independientemente de su monto, a la entidad aseguradora del SOAT o al Fonsat. El Fonsat deberá repetir contra las entidades responsables del pago de conformidad con las coberturas que le son propias, a la tarifa que se hubiere cancelado a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para efectos del trámite de recobro entre el Fonsat y las entidades responsables del pago a que se refiere el inciso anterior, la presentación de la factura, glosa, solución de la misma y pago, se regirá por los mismos plazos y condiciones previstos para las relaciones entre el Fonsat y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para efectos de las tarifas aquí señaladas las compañías de seguros que administran el Fonsat, podrán celebrar los convenios que consideren necesarios con la red de prestación de servicios más adecuada, que podrá ser la misma contratada por las EPS o ARP.

**Artículo 5°. Indemnización por gastos de transporte y movilización de víctimas al centro asistencial.** Se reconocerá una indemnización equivalente al costo del transporte suministrado, hasta un máximo de quince (15) salarios mínimos diarios legales vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, de acuerdo con la siguiente tabla:

| Tipo de transporte   |                              | Tipo de Vehículo (en smdlv) |                             |                                   |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      |                              | Particular, Público         | Traslado asistencial básico | Traslado asistencial medicalizado |
| Urbano               | Bogotá                       | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Barranquilla, Cali, Medellín | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Otros municipios             | 2                           | 5                           | 10                                |
|                      | Intermunicipal               | 4                           | 7                           | 12                                |
| Rural (más de 20 km) | Bogotá                       | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Barranquilla, Cali, Medellín | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Otros municipios             | 4                           | 5                           | 8                                 |
|                      | Intermunicipal               | 4                           | 7                           | 15                                |

En todo caso, el reconocimiento del traslado en unidad asistencial medicalizada estará sujeto a la condición y necesidad de la víctima. En el caso que la víctima no amerite ser trasladada en unidad asistencial

*medicalizada el reconocimiento se efectuará a la tarifa de traslado asistencial básico.*

*Las tarifas definidas en el presente artículo para el traslado en ambulancia incluyen todos los costos inherentes a la prestación de dicho servicio, por lo que no procederán cobros adicionales por ningún concepto.*

**Artículo 6°. Acción de repetición.** *Las acciones de repetición a las que está obligado el Ministerio de la Protección Social causadas hasta el 17 de enero de 2010, continuarán siendo adelantadas por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga. A partir del 18 de enero de 2010 dichas acciones serán adelantadas por el Fonsat de conformidad con lo previsto en el parágrafo del artículo 4° del Decreto 074 de 2010.*

**Artículo 7°. Vigencia y derogatorias.** *El presente decreto rige desde la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.*

*Publíquese y cúmplase.*

*Dado en Bogotá, D. C., a 24 de marzo de 2010.*

**ALVARO URIBE VELEZ**

*La Viceministra General, encargada de las funciones del despacho del  
Ministro de Hacienda y Crédito Público,  
**Gloria Inés Cortés Arango.***

*El Ministro de la Protección Social,  
**Diego Palacio Betancourt***

## **II. ANTECEDENTES.**

### **1. La declaratoria del Estado de Emergencia Social.**

*Por considerar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993 (modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007), especialmente en cuanto dicho Sistema debe suministrar, por fuera del aseguramiento obligatorio, medicamentos y servicios no incluidos en los planes de beneficios, financiado a través del mecanismo de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud, en el Régimen Contributivo ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y en el Régimen Subsidiado ante las Entidades Territoriales, sin que el Estado cuente con los mecanismos para identificar adecuadamente situaciones de abuso en la demanda de estos servicios, ha generado un grave deterioro de la liquidez de numerosas Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, amenaza su*

*viabilidad, poniendo en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público de salud y el goce efectivo del derecho a la salud y a la vida, el gobierno nacional, invocando el artículo 215 de la Constitución Política, expidió el decreto legislativo No. 4975 de 2009, por medio del cual decretó el Estado de Emergencia Social en el territorio nacional. En las consideraciones de dicho Decreto, se señaló lo siguiente:*

*“Que en los términos del artículo 215 de la Constitución Política, el Presidente de la República con la firma de todos los ministros, en caso de que sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 de la Constitución Política, que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá declarar el estado de emergencia por términos hasta de treinta días, que sumados no pueden exceder de noventa días en el año calendario;*

*Que los artículos 48 y 49 de la Constitución Política consagran los servicios públicos de la seguridad social y la atención en salud;*

*Que la jurisprudencia constitucional ha reconocido que la salud es un derecho fundamental autónomo, que requiere por parte del Estado la garantía de su goce efectivo para todos los habitantes del territorio nacional y que es susceptible de limitaciones, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, dentro del marco de la dignidad humana, el reconocimiento de las realidades socioeconómicas de las personas y la capacidad financiera del Estado;*

*Que para garantizar la prestación del servicio de salud, el Legislador creó, entre otros, el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 100 de 1993, modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007, el cual se compone de dos regímenes, Contributivo y Subsidiado, mediante los cuales se accede a los beneficios contenidos en los respectivos Planes Obligatorios de Salud que deben ser definidos por la Comisión de Regulación en Salud, CRES;*

*Que el Sistema debe suministrar, por fuera del aseguramiento obligatorio, medicamentos y servicios no incluidos en los planes de beneficios, lo cual actualmente es financiado a través del mecanismo de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud, en el Régimen Contributivo ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y en el Régimen Subsidiado ante las Entidades Territoriales, sin que el Estado cuente con los mecanismos para identificar adecuadamente situaciones de abuso en la demanda de estos servicios;*

*Que los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud no estaban previstos en la Ley 100 de 1993 ni fueron incorporados en los cálculos económicos realizados para la aprobación de la misma, sin embargo, la prestación de estos medicamentos y servicios se ha venido generalizando, de manera sobreviniente e inusitada lo cual pone en riesgo el equilibrio del Sistema;*

*Que el crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud comprometen de manera significativa los recursos destinados al aseguramiento generando un grave deterioro de la liquidez de numerosas Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, amenaza su viabilidad, poniendo en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público de salud y el goce efectivo del derecho a la salud y a la vida;*

*Que en efecto, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado se ha observado que algunos reguladores y agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud incentivan la demanda o la oferta de servicios de salud por fuera de los incluidos en los planes de beneficios, sin consideración a criterios de efectividad, sostenibilidad, costo eficiencia, racionalidad en el uso de los servicios y recursos, como tampoco a la propia capacidad socioeconómica de los pacientes, con el consecuente aumento acelerado en la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud y el incremento ostensible de los costos del sistema;*

*Que como prueba de ello se tiene que, en el Régimen Contributivo, el número de recobros presentados al FOSYGA por eventos No POS se incrementó de un número de 835.000 en 2007 que implicaron un valor pagado de \$626 mil millones a precios de 2007 a un número de recobros presentados del orden de 2.000.000 por un valor pagado de \$1.85 billones con corte a 2009. El crecimiento que reflejan estas cifras alcanza un 239% en el caso del número de recobros radicados mientras que el valor presenta un crecimiento del 280%;*

*Que la situación antes descrita atenta contra la equidad que debe caracterizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, en lo corrido del año 2009, 376.000 personas afiliadas al Régimen Contributivo, han obtenido beneficios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, por un valor aproximado con cargo al FOSYGA de \$1.8 billones, mientras que el aseguramiento para los cerca de 18 millones de afiliados en este régimen se proyecta que ascienda para el año 2009 a un monto del orden de los 10 billones de pesos;*

*Que además, recientemente, de acuerdo con la información aportada por Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo, Afidro, se ha logrado evidenciar por una parte, que para algunos medicamentos el valor del recobro al FOSYGA excede notablemente el precio de venta del laboratorio y, por otra parte, que en algunos casos, el número de medicamentos recobrados es superior al número de unidades oficialmente reportadas como vendidas por los laboratorios;*

*Que en el Régimen Subsidiado también se evidencia el incremento en la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, tal y como lo han reportado los departamentos al Gobierno Nacional, al señalar un incremento significativo del valor estimado del déficit por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud;*

*Que los Departamentos y el Distrito Capital han informado al Gobierno Nacional sobre un incremento significativo en el número de los*

*medicamentos y servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado y prevén, o algunos ya padecen, un grave déficit de recursos para la prestación de estos servicios, así como de los servicios de las personas pobres y vulnerables no aseguradas;*

*Que como prueba de lo anterior, de acuerdo con el reporte de 32 departamentos y 4 Distritos, en el último año, el déficit corriente por prestación de servicios de salud, más que se duplicó frente al año anterior, pasando de \$409.187 millones en 2008 a un valor estimado de \$885,237 millones en 2009, con un crecimiento de 116%; situación que se ha deteriorado en los últimos meses y las estimaciones para el corte del mes de diciembre de 2009, según reporte de los mismos, arroja que el déficit corriente proyectado se incrementará en un 129%;*

*Que las dificultades expresadas por las entidades territoriales han tenido un efecto directo en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, poniendo en riesgo el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional. En efecto, según la información reportada por Gestarsalud, entidad que agremia a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, en marzo de 2009, las cuentas por cobrar de sus entidades asociadas a las entidades territoriales por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud ascendía a \$3.726 millones y en septiembre del mismo año dichas cuentas alcanzaron un monto de \$37.226 millones, lo cual representa un incremento de 899% en los últimos seis meses;*

*Que, la dinámica y mayor complejidad adquirida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente al flujo de recursos también ha evidenciado que los procedimientos y mecanismos para su distribución y giro, establecidos en la ley, resultan insuficientes lo que conlleva a ineficiencias y desvíos, que perjudican a los diferentes agentes del Sistema, y hacen más costosa la financiación del mismo, poniendo aún más en evidencia la grave situación de iliquidez en las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que amenaza al goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos;*

*Que de conformidad con lo expresado por las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como consecuencia de todo lo anterior, en los últimos meses, se ha agravado de manera profunda la situación financiera en atención a las limitaciones propias del proceso para el giro de los recursos lo cual amenaza grave e inminentemente la continuidad en la prestación del servicio de salud. Esta situación se corrobora con los resultados del más reciente estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, a junio de 2009, según el cual las cuentas por cobrar de una muestra de 115 instituciones a las entidades territoriales asciende a \$529.000 millones, del cual el 59% tiene un atraso mayor a 90 días;*

*Que, como evidencia de lo anterior, se observa un incremento ostensible de la cartera hospitalaria en todo el país, tal y como se puso de manifiesto por algunos departamentos durante el Consejo de Ministros ampliado con los Gobernadores llevado a cabo en la ciudad de Manizales el día 19 de noviembre de 2009;*

*Que, asimismo, según lo manifestado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el estado de la cartera con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo ha venido aumentando significativamente como consecuencia de la prestación de los servicios incluidos y no incluidos en los planes de beneficios, reflejándose en un cambio súbito en la tendencia a la disminución que traía dicha cartera en los últimos años. En efecto, según el estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas antes mencionado, las cuentas por cobrar alcanzan \$3.57 billones, de los cuales 51.2% corresponde a cartera con más de 90 días de antigüedad. En el Régimen Contributivo el deterioro a junio de 2009 es evidente ya que el porcentaje de cartera con más de 90 días de vencida se incrementa en 15 puntos porcentuales; en el Régimen Subsidiado dicho porcentaje se incrementó en cerca de 8 puntos porcentuales en el mismo periodo;*

*Que la población del Régimen Subsidiado encuentra en la territorialidad del aseguramiento, una barrera que dificulta el acceso a los servicios de salud;*

*Que adicionalmente a todo lo anterior, algunos de los recursos disponibles para la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se han podido incorporar oportunamente al flujo, en consideración a que resultan insuficientes los trámites y procedimientos legales previstos para su reconocimiento, y en algunos casos a la inexistencia de mecanismos expeditos para la solución de controversias entre los diferentes actores, agravando el problema de iliquidez de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;*

*Que en el mismo sentido y de acuerdo con los informes de los organismos de control, se observa, de manera grave, que en algunos casos los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sector salud se han destinado a fines diferentes a los mismos;*

*Que los hechos descritos en el presente decreto desbordan la capacidad y los mecanismos preventivos, sancionatorios y de naturaleza jurisdiccional de los que dispone el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del sector salud necesarios para la protección eficaz del goce efectivo del derecho a la salud en todo el territorio nacional, tal como lo ha señalado la Procuraduría General de la Nación en el informe "El Derecho a la Salud";*

*Que, finalmente, frente al referido aumento de los gastos, los ingresos del Sistema resultan insuficientes para la atención de la demanda de servicios y medicamentos incluidos y no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, a lo cual se agrega que el Sistema debe, prioritariamente, sostener los niveles de aseguramiento logrados, así como cumplir con la universalización de la cobertura y con el diseño de un plan de beneficios común a ambos regímenes que comprenda las prioridades básicas de salud, según lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional;*

*Que de mantenerse la tendencia observada en el pasado reciente en el crecimiento de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en el Régimen Contributivo, se estima que en el primer semestre de 2010, los excedentes a los cuales ha tenido que recurrir el FOSYGA para atender dicha demanda, se agotarán;*

*Que de mantenerse las actuales condiciones, se identifica una elevada probabilidad de que se materialicen algunos de los siguientes riesgos: cierre de hospitales públicos, quiebra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud, inviabilidad financiera de entidades territoriales, cesación de pagos al talento humano en salud y demás proveedores, así como la consecuente parálisis de la prestación de los servicios de salud, con lo cual se afectaría de manera grave el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional;*

*Que por ende, el orden social del país se encuentra gravemente amenazado, toda vez que se ha deteriorado de manera rápida e inusitada la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por lo tanto, está en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y la universalización del aseguramiento, con mayores repercusiones sobre la población pobre y vulnerable;*

*Que siendo la salud una condición indispensable para la realización del derecho a la vida humana, la parálisis total o parcial en la prestación de los servicios de salud podría llevar a una situación de calamidad y catástrofe social con profundas implicaciones para el bienestar de todos los colombianos;*

*Que para conjurar la situación antes descrita así como la extensión de sus efectos se hace urgente adoptar medidas legales, extraordinarias e integrales, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para contrarrestar las causas que generan esta situación de crisis, así como de los factores que lo agudizan;*

*Que si bien la Ley 1122 de 2007 contiene una serie de avances en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto en la racionalidad de la definición de los planes de beneficios, la financiación, el flujo de recursos, la prestación de los servicios, la protección de los afiliados y la inspección, vigilancia y control, las medidas que se han desarrollado en virtud de la misma, han resultado insuficientes;*

*Que las medidas de carácter administrativo adoptadas por el Gobierno Nacional y otras autoridades en ejercicio de sus facultades ordinarias, se han revelado insuficientes para conjurar la crisis que atraviesa el sector salud, lo cual amenaza con perturbar grave e inminentemente el orden social;*

*Que con el ánimo de ayudar a enfrentar esta situación, el Gobierno Nacional y el Congreso de la República acordaron incorporar en el presupuesto del año 2010 cerca de \$300.000 millones y para el año 2009, se desplazaron \$53.000 millones. Estos recursos, de acuerdo con lo expresado por los Gobernadores, ayudan a aliviar la situación en el corto plazo, pero no son suficientes para resolver la situación;*

*Que para conjurar la situación descrita es indispensable adoptar medidas inmediatas tendientes a regular lo concerniente a la forma de acceso, condiciones, límites, fuentes de financiación y mecanismos para la prestación de servicios de salud y provisión de medicamentos no incluidos*

*en los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;*

*Que, en medio de las críticas circunstancias descritas, se requiere crear las condiciones institucionales, financieras, fiscales y operativas para la unificación de los Planes Obligatorios de Salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado, a través de un plan básico, sostenible y progresivo;*

*Que para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población, en especial la más pobre y/o vulnerable, se impone adoptar medidas inmediatas tendientes a procurar el acceso oportuno y efectivo a los servicios previstos en los planes de beneficios, las actividades de promoción y prevención, y la universalidad del aseguramiento;*

*Que se necesita crear instrumentos para lograr que el Sistema tenga mayor equidad y oportunidad en la distribución, asignación y flujo de los recursos tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, así como más transparencia y eficiencia en la gestión de los mismos, de tal manera que se eviten o corrijan las fallas, demoras y desviaciones injustificadas en el uso de los recursos, además de crear unas reglas de priorización de destinación de los mismos y asegurar que su objetivo sea preservado hasta su utilización final;*

*Que es necesario adoptar medidas excepcionales para reasignar, redistribuir y racionalizar los recursos y las fuentes de financiación del Sistema o del sector salud, fortalecer los mecanismos de control a la evasión y elusión de las obligaciones parafiscales y demás rentas que financian el sector y crear nuevas fuentes, con el fin de evitar su inminente desfinanciación y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud;*

*Que, de conformidad con lo anterior, es igualmente necesario optimizar los recursos existentes y generar nuevos recursos originados en la explotación de los monopolios de juegos de suerte y azar y licores, vinos y aperitivos, así como los provenientes de los cigarrillos y tabaco elaborado, las cervezas, sifones y refajos y, los de otras fuentes;*

*Que es imprescindible establecer un marco regulatorio, así como fortalecer la Comisión de Regulación en Salud, para que las decisiones que inciden en los contenidos de los Planes Obligatorios de Salud, y/o en el equilibrio financiero de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se armonicen con los principios constitucionales que regulan el Sistema;*

*Que para asegurar que los recursos destinados a la salud estén dirigidos efectivamente a atender las prioridades definidas en el plan de beneficios, es necesario establecer criterios que conduzcan a que los médicos tratantes sigan los parámetros aceptados por la comunidad médica con el fin de que los servicios de salud beneficien a los usuarios dentro de criterios de racionalidad, costo-efectividad y evidencia técnico-científica, dentro de las condiciones medias de calidad y tecnología existentes en el país;*

*Que se necesita implementar medidas que permitan revisar y racionalizar la actuación de los diversos reguladores y agentes del Sistema, entre otros, de los médicos tratantes, los usuarios con y sin capacidad de pago, los*

*empleadores, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los diversos proveedores de bienes y servicios asociados a dicha prestación, en materia de ordenación, acceso, suministro y reconocimiento de servicios y medicamentos incluidos o no en los Planes Obligatorios de Salud, así como establecer medidas preventivas, de recuperación de recursos y punitivas para responsabilizar a quienes incurran en conductas fraudulentas, inseguras o ilegales;*

*Que es imprescindible adoptar medidas para que los recursos del Sistema que, por múltiples razones, no se han incorporado en su flujo, cumplan su finalidad constitucional, y las necesarias para la solución de las controversias presentadas entre los diferentes actores del Sistema;*

*Que es necesario adoptar las medidas tendientes a fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas, así como robustecer las actividades de Inspección, Vigilancia y Control en la asignación, flujo, administración y gestión de los recursos del Sistema”.*

*Este decreto, con fundamento en el párrafo del artículo 215 de la Constitución Política, fue sometido a control automático por la Corte Constitucional.*

*Como consecuencia de la declaratoria del Estado de Emergencia, el Gobierno desarrolló dicho estado de excepción, para lo cual ha expedido, entre otros, el Decreto 074 del 18 de enero de 2010 "Por medio del cual se introducen modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dictan otras disposiciones”.*

*Posteriormente el Gobierno Nacional expidió el **decreto 966 de 24 de marzo de 2010** “por el cual se reglamentan parcialmente el Decreto 074 de 2010”, objeto del control de legalidad.*

### **III. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

#### **1. Consecuencia de la inexecutable del Decreto 4975 de 2009**

*Resulta necesario precisar que la Corte Constitucional al hacer el estudio de constitucionalidad del Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009, que declaró el Estado de Emergencia Social en el territorio nacional por el término de 30 días, lo declaró inexecutable.*

*Según el comunicado de prensa N° 20 del 21 de abril de 2010, la Sala Plena de la Corte Constitucional, mediante sentencia C-252 del 16 de abril de 2010, declaró la inexecutable del Decreto Legislativo N° 4975 de 2009, por considerar que “(...)*

*la declaratoria de la emergencia social no cumple los presupuestos materiales para la declaración del estado de emergencia social. Específicamente, no se está en presencia de hechos sobrevinientes y extraordinarios, lo cual por sí sólo haría inexecutable el decreto. Y siguiendo el análisis constitucional tampoco se supera el juicio de suficiencia toda vez que el Gobierno cuenta con mecanismos ordinarios para remediar la actual situación. Por lo anterior, resulta inexecutable el decreto declaratorio”.*

*La Sala tomará en cuenta este hecho, como una prueba válida del sentido de la decisión, atendiendo a que los documentos que constan en medios electrónicos, en páginas de entidades oficiales, son plena prueba de lo que en ellos se hace constar. Para el caso, el comunicado de la Corte no deja duda del sentido de la decisión.*

*En relación con el tema de los efectos o consecuencias jurídicas de las sentencias de constitucionalidad, la Corte Constitucional en fallo C-973/04 adoptó como criterio que los mismos se producen “desde el día siguiente a aquél en que se tomó la decisión de exequibilidad o inexecutable, siempre y cuando se divulgue o comunique dicha decisión por los medios ordinarios reconocidos para comunicar sus sentencias (Ley 270 de 1996, artículo 56)”, por considerar que la primera parte del artículo 16 del Decreto 2067 de 1991, conforme al cual “La parte resolutive de la sentencia no podrá ser divulgada sino con los considerandos y las aclaraciones y los salvamentos de voto correspondientes, debidamente suscritos por los magistrados y el Secretario de la Corte”, fue derogado por los artículos 56 y 64 de la Ley Estatutaria de la Administración de Justicia. Se agregó que el artículo 64 de la citada Ley, permite comunicar las sentencias aun cuando el fallo no se encuentre debidamente ejecutoriado a partir de su notificación por edicto. En ese pronunciamiento, la Corte Constitucional concluyó:*

*“Así las cosas, cuando los operadores jurídicos se informan acerca de la exequibilidad o inexecutable de una disposición a través de los medios ordinarios reconocidos por cada Corporación para divulgar sus decisiones (Ley 270 de 1996, artículo 56), no pueden dichas disposiciones ser interpretadas o aplicadas en cualquier sentido, pues al existir previamente un pronunciamiento sobre la posibilidad o no de ejecutar sus mandatos normativos o de hacerlo en una determinada manera, el desconocimiento de dicho fallo implicaría una ostensible violación a la supremacía e integridad de la Constitución y, además, a la garantía fundamental de la seguridad jurídica.*

*Por consiguiente, siempre que no se haya modulado el efecto de un fallo, una sentencia de constitucionalidad produce efectos a partir del día siguiente a la fecha en que la Corte ejerció la jurisdicción de que está investida, esto es, a partir del día siguiente al que se adoptó la decisión sobre la exequibilidad o no de la norma objeto de control, bajo la condición de haber sido divulgada a través de los medios ordinarios reconocidos por esta Corporación. Se entiende que es a partir del “día siguiente”, pues la fecha en que se profiere la decisión, el expediente se encuentra al despacho y, por lo mismo, dicho fallo no puede aún producir efecto alguno”.*

*Así las cosas, teniendo en cuenta los anteriores lineamientos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se concluye que de conformidad con los artículos 56 y 64 de la Ley Estatutaria de Administración de Justicia, los efectos jurídicos de las sentencias de constitucionalidad y su exigibilidad operan válidamente a partir del día siguiente a aquél en que se adoptó la correspondiente decisión, siempre y cuando se divulguen o comuniquen por los medios ordinarios reconocidos y no desde el momento en que se suscribe el texto, los salvamentos o aclaraciones, o se practica su notificación, dados sus efectos erga omnes, su carácter obligatorio, la primacía de la Constitución y la seguridad jurídica.*

*En consecuencia, la Sala Plena toma en consideración los Boletines de Prensa emitidos por la Corte Constitucional, en los que se informa, particularmente, que el Decreto 4975 de 2009 fue declarado inexecutable mediante sentencia C-252/10.*

*De otra parte, declarada la inexecutable del Decreto 4975 de 2009, si no se dijo expresamente algo distinto al respecto, resultan igualmente inexecutables los decretos legislativos expedidos en desarrollo del mismo.*

*En el comunicado de prensa N° 20 del 21 de abril de 2010 la Corte Constitucional informó que en la sentencia C-252 de 2010 se señaló:*

*“A juicio de la Corte si bien es imperativo declarar la inconstitucionalidad del estado de emergencia por haber sido decretado por fuera de las hipótesis claramente determinadas por el texto superior, no puede la Corte ignorar las graves consecuencias, socialmente injustas, y notoriamente opuestas a los valores y principios constitucionales, que se derivarían de la abrupta e inmediata pérdida de vigencia de todas las medidas expedidas en uso de las facultades de excepción, posteriormente declaradas inexecutables. Así, en cumplimiento de su misión de ser un conciliador del derecho positivo con los dictados de la equidad propios de una situación concreta, **dispuso**, en su considerando 5.2., **que los efectos de la presente sentencia se diferirán respecto de las normas contenidas en decretos legislativos que establezcan fuentes tributarias de***

**financiación orientadas exclusivamente al goce efectivo del derecho a la salud.”**

Igual decisión tomó la Corte Constitucional respecto del Decreto Legislativo **074** del 18 de enero de 2010 “Por medio del cual se introducen modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dictan otras disposiciones”, expedido con base en el decreto 4975 de 2009, pues según comunicado de prensa N° 22 del 26 de abril de 2010 de la Corte Constitucional<sup>1</sup>, mediante sentencia C-298 del 2010 lo declaró **inexequible** por consecuencia.

Y como consecuencia de ello, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 66 del Código Contencioso Administrativo, se produjo la pérdida de la fuerza ejecutoria, por decaimiento, del **Decreto 966 del 24 de marzo de 2010**, que se expidió para reglamentar parcialmente el decreto 074 de 2010.

Sin embargo, la existencia de ese fenómeno jurídico no releva al Consejo de Estado para hacer el juicio de legalidad del acto objeto de examen, por cuanto el mismo nació a la vida jurídica y generó efectos jurídicos durante el tiempo que rigió, por lo que se hace necesario emitir un pronunciamiento de fondo sobre su legalidad.

## **2. Competencia del Consejo de Estado**

Se deriva del artículo 20 de la Ley 137 de 1994, en el que se señala que corresponde al Consejo de Estado realizar el control inmediato de legalidad sobre las medidas de carácter general que sean dictadas en ejercicio de la función administrativa y como desarrollo de los decretos legislativos que se profieran durante los estados de excepción, disposición que fue declarada exequible por la Corte Constitucional en sentencia C-179 de 1995, al concluirse que no atenta “contra la Ley Suprema, y por el contrario, encaja dentro de lo contemplado en el artículo 237 de la Carta, que le atribuye al Consejo de Estado las funciones de tribunal supremo de lo contencioso administrativo, y el conocimiento de las acciones de nulidad por inconstitucionalidad de los decretos dictados por el

---

<sup>1</sup> Según consulta en la página [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co)

*Gobierno Nacional, cuya competencia no corresponda a la Corte Constitucional, al igual que el cumplimiento de las demás funciones que le asigne la ley”.*

*Por ser el Decreto 966 de 2010 desarrollo del Decreto Legislativo 074 del 2010 y por contener unas medidas de carácter general, no se requiere un mayor análisis para comprender que por este factor esta Corporación tiene competencia para conocer del control inmediato de legalidad del citado Decreto 966 expedido por el Gobierno Nacional el 24 de marzo de 2010.*

### **3. Características del control inmediato de legalidad que se ejerce sobre los actos administrativos generales proferidos al amparo de los decretos legislativos que desarrollan los estados de excepción.**

*La Sala Plena ha tenido oportunidad de referirse al tema, en forma detallada, en providencias en las que ha destacado los alcances del control, su finalidad, los presupuestos para asumirlo y, en general, las características, que pueden resumirse en su naturaleza jurisdiccional, su integralidad, su autonomía, su inmediatez y automaticidad, su oficiosidad, el tránsito a cosa juzgada relativa y su compatibilidad o coexistencia con las acciones ordinarias.*

*Así, por ejemplo, en sentencia del 20 de octubre de 2009, expresó lo siguiente:*

*“Asimismo, los rasgos en virtud de los cuales la jurisprudencia de esta Sala ha caracterizado el mencionado control inmediato son:*

*(i) Su carácter jurisdiccional, habida cuenta de que el examen del acto respectivo se realiza a través de un proceso judicial, de suerte que la naturaleza jurídica de la decisión mediante la cual se resuelve el asunto es una sentencia y los efectos propios de este tipo de providencias serán los que se produzcan en virtud de la decisión que adopte la Jurisdicción acerca de la legalidad del acto controlado;*

*(ii) Su integralidad, en la medida en que los actos enjuiciados “deben confrontarse con todo el ordenamiento jurídico” y la fiscalización que debe acometer el juez administrativo respecto del acto respectivo incluye “... la revisión de aspectos como la competencia para expedirlo, el cumplimiento de los requisitos de forma y de fondo, la conexidad de las medidas que se dicten con las causas que dieron origen a su implantación, el carácter transitorio y la proporcionalidad de las mismas, así como su conformidad con el resto del ordenamiento jurídico, siempre bajo el entendido de que*

ellas hacen parte de un conjunto de medidas proferidas con la exclusiva finalidad de “conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos”<sup>2</sup>;

(iii) Su autonomía, consistente en que resulta “posible realizar su revisión antes de que la Corte Constitucional se pronuncie sobre la exequibilidad del decreto declaratorio del estado de excepción y de los decretos legislativos que lo desarrollan”<sup>3</sup>.

(iv) Su inmediatez o automaticidad, reflejada en el deber legal impuesto a las autoridades que expidan el correspondiente acto administrativo para efecto de que lo remitan a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo “dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su expedición” - artículo 20 de la Ley 137 de 1994-;

(v) Su oficiosidad, consistente en que si la entidad autora del acto incumple con el precitado deber de envío del mismo a esta Jurisdicción, el juez competente queda facultado para asumir el conocimiento de las decisiones respectivas de forma oficiosa “o, incluso, como resultado del ejercicio del derecho constitucional de petición formulado ante él por cualquier persona”<sup>4</sup>;

(vi) El tránsito a cosa juzgada relativa que, en línea de principio y según lo que defina el juez competente en cada caso concreto, deberá predicarse de la sentencia mediante la cual se resuelve el fondo del asunto; ello habida consideración de que si bien el control automático o “inmediato” en cuestión, según se ha explicado, tiene por objeto establecer la conformidad del acto examinado para “con el resto del ordenamiento jurídico”, razones tanto de índole pragmático como de contenido estrictamente jurídico, justifican que el Juez de lo Contencioso Administrativo ejerza la facultad que, sin lugar a la menor hesitación, le concierne, consistente en fijar, en cada caso, los efectos de sus pronunciamientos, en claro paralelismo con la competencia que en esta materia ha conceptualizado la Corte Constitucional a fin de precisar los efectos de sus proveídos, en desarrollo de postulados constitucionales cuya operatividad, tratándose de las decisiones proferidas por el juez administrativo, no ofrece mayor discusión (...).

(vii) Como corolario de lo anterior, la última de las características del control judicial inmediato de legalidad en comento la constituye su compatibilidad y/o coexistencia con los cauces procesales ordinarios a través de los cuales resulta posible que cualquier ciudadano cuestione la legalidad de los actos administrativos, de conformidad con lo establecido en los artículos 84, 128-1 y 132-1 del Código Contencioso Administrativo —C.C.A.—, preceptos que consagran la acción de nulidad que puede instaurarse contra los actos administrativos, al tiempo que atribuyen la competencia pertinente para el conocimiento de los correspondientes procesos, respectivamente; en cuanto se refiere a la acción pública de nulidad, cabe señalar que la misma puede ejercerse, entonces, en contra de los actos administrativos que se adopten en desarrollo de aquellos decretos legislativos que, a su turno, se dicten al amparo de un estado de excepción (...).

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 3 de mayo de 1999, rad. CA-011, MP. Ricardo Hoyos Duque.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 7 de febrero de 2000, rad. CA-033.

*Pues bien, de acuerdo con lo expuesto, resulta menester concluir que cuantos más y mejores mecanismos de control de las decisiones de las autoridades públicas puedan ser articulados en el ordenamiento jurídico, mejor podrá propenderse por la salvaguarda de los derechos y libertades de las personas y por la pervivencia del Estado de Derecho mismo; en ese orden de ideas, la compatibilidad o complementariedad entre el control automático o inmediato de legalidad aquí estudiado y el contencioso ordinario de anulación de los actos administrativos, redundan en beneficio de la eficacia del principio que impone el sometimiento de la actividad de los distintos órganos de la Administración al derecho y al correspondiente control judicial”<sup>5</sup>.*

#### **4. Examen de los requisitos de forma**

*El artículo 115 y el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, disponen lo siguiente:*

**“Artículo 115.** *El Presidente de la República es Jefe del Estado, Jefe del Gobierno y suprema autoridad administrativa.*

*El Gobierno Nacional esta formado por el Presidente de la República, los ministros del despacho y los directores de departamentos administrativos.*

*El Presidente y el Ministro o Director de Departamento correspondientes, en cada negocio particular, constituyen el Gobierno.*

*Ningún acto del Presidente, excepto el de nombramiento y remoción de Ministros y Directores de Departamentos Administrativos y aquellos expedidos en su calidad de Jefe del Estado y de suprema autoridad administrativa, tendrá valor ni fuerza alguna mientras no sea suscrito y comunicado por el Ministro del ramo respectivo o por el Director del Departamento Administrativo correspondiente, quienes, por el mismo hecho se hacen responsables.*

*Las gobernaciones y las alcaldías, así como las superintendencias, los establecimientos públicos y las empresas industriales o comerciales del Estado, forman parte de la Rama Ejecutiva”.*

**“Artículo 189.** *Corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa:*

*(...)*

*11. Ejercer la potestad reglamentaria, mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes”.*

---

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sala Plena, rad. 2009-00549 (CA), MP. Mauricio Fajardo Gómez, criterio reiterado en sentencia del 9 de diciembre de 2009, rad. Ca-00732, MP. Enrique Gil Botero

*La jurisprudencia y la doctrina han entendido que la expedición de los reglamentos de las leyes corresponde al gobierno, es decir, al Presidente de la República junto con el ministro o los ministros respectivos, según la materia de que se trate<sup>6</sup>.*

*Ha señalado la Sala que no es fácil determinar cuáles ministros o jefes de departamento administrativo deben suscribir con el Presidente de la República el reglamento, pues las materias de que se puede ocupar un reglamento son muy variadas, de modo que concretar quién conforma el Gobierno, en cada caso concreto, requiere una revisión de los asuntos tratados en el reglamento, así como de las competencias asignadas a los Ministerios y Departamentos Administrativos, para deducir de allí cuáles de sus Jefes deben acompañar al Presidente de la República en la firma del decreto.*

*De esta manera, un reglamento bien puede requerir la firma de uno o de varios ministros; y cuando son varios los que deben participar cada uno lo hará en la parte del decreto que le corresponde, según sus competencias.*

*El propósito del acompañamiento no tiene un sentido simplemente formal. En realidad determina la responsabilidad política derivada del contenido, cuyos principales controladores son el Congreso de la República y la opinión pública; pero, sobre todo, sirve para definir, elaborar y perfeccionar el contenido del reglamento, pues cada ministerio y departamento administrativo participa activamente en la elaboración de la norma, aportando la capacidad técnica, incluso la política y social que tienen, para concretar el contenido de la norma.*

*El Decreto 966 de 2010 fue expedido por el Presidente de la República, con la firma de los Ministros de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social.*

*La materia que se regula en el mismo es el procedimiento para reclamar ante la entidad aseguradora del SOAT o ante el Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito 'FONSAT', indemnizaciones por las coberturas otorgadas a*

---

<sup>6</sup> *En tal sentido, ha manifestado la Corte Constitucional -sentencia C-577 de 1995-: “42. **Al expedir un decreto los miembros del Gobierno asumen de manera compartida las responsabilidades políticas y jurídicas** correspondientes. En este orden de ideas, la ley no puede obligar al Gobierno a expedir un decreto cuyo contenido material no ha sido estudiado ni decidido por él, **pues al Presidente, los ministros y jefes de departamento administrativo que en cada negocio particular constituyen Gobierno, no pueden responder por la expedición de un acto producto de la voluntad exclusiva de otro órgano.**” (Negrillas fuera del texto original).*

*las víctimas de accidentes de tránsito, por servicios médico-quirúrgicos, por incapacidad permanente, por muerte, por gastos funerarios y por gastos de transporte de víctimas hasta el centro asistencial.*

*Para la Sala, estos temas perfectamente corresponde manejarlos al Ministerio de la Protección Social, pues guardan relación directa con las funciones asignadas a dicho organismo en la Resolución N° 3133 del 14 de septiembre de 2005, “por la cual se ajusta el Manual Específico de Funciones, Requisitos y de Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal del Ministerio de la Protección Social”, especialmente en cuanto concierne a las siguientes funciones contenidas en el artículo tercero de la citada Resolución:*

*“2. Definir las políticas que permitan aplicar los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e integralidad de los Sistemas de Seguridad Social Integral y Protección Social.*

*3. Definir las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos promoviendo la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución y resultados del Sistema de Protección Social.*

*Adicionalmente, en el artículo segundo del Decreto Legislativo 074 de 2010, que modificó el artículo 198 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se dispuso que el Ministerio de la Protección Social será el encargado de definir y poner en funcionamiento un procedimiento único para la recepción y trámite de las reclamaciones originadas en los eventos de que tratan los literales a), b) y c) del numeral 1 del artículo cuarto de dicho decreto, que tratan, precisamente del pago de las indemnizaciones que se originen en accidentes de tránsito.*

*Por su parte, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público fue el organismo que junto con el Presidente de la República, expidió el Decreto 074 de 2010 reglamentado.*

*En este orden de ideas, no se requiere más análisis para hallar la relación temática existente entre estos ministerios y el tema reglamentado.*

*Finalmente, en relación con otros aspectos formales, también se observa que en el decreto examinado se indican y constan los datos mínimos necesarios para su identificación, esto es, el número, la fecha y la referencia expresa a las facultades que se ejercen, y el objeto de la norma. En tal sentido, por lo menos desde el punto de vista de la forma, el decreto es un reglamento, que desarrolla varias*

*normas con fuerza de ley - con la precisión que se hará más adelante-, de manera que cumple la condición de ser reglamentario de una norma con rango legislativo.*

*Ahora, en cuanto al aspecto de la competencia, debe ponerse de presente que en el párrafo del artículo segundo del decreto 074 de 2010, se dispuso que el FONSAT contará con un comité de administración, que “definirá y pondrá en funcionamiento a partir del 10 de marzo de 2010, un procedimiento único para la recepción y trámite de las reclamaciones originadas en los eventos de que tratan los literales a), b) y c) del numeral 1 del artículo cuarto del presente decreto con cargo al FONSAT”.*

*Enseguida se dispuso que “En caso de que no se defina el procedimiento aquí señalado en el plazo establecido, será el Ministerio de la Protección Social quien lo determine”.*

*Quedó entonces supeditada la competencia del Ministerio para adoptar la reglamentación, a un aspecto temporal, el cual debe entenderse que se cumplió pues el decreto 966 de 2010 se expidió el 24 de marzo de 2010 (después del 10 de marzo de 2010) y no se tiene noticia de que el comité de administración del FONSAT hubiese reglamentado los aspectos de que se ocupó el decreto 966 de 2010.*

## **5. Examen material del Decreto 966 de 2010**

### **5.1. Dispone el artículo 1° del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 1°. Derecho para reclamar.** Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito, a la entidad aseguradora del SOAT o al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat, según corresponda, los prestadores de servicios de salud públicos o privados habilitados, que hubieren prestado los servicios incluidos en las coberturas; la víctima que sea declarada incapacitada permanente; los beneficiarios en caso de muerte; quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y las personas naturales que hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de beneficios meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.

*Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los soportes señalados más adelante.*

**Parágrafo.** Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, solo podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitadas.

En los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitadas, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la citada habilitación; este último contará con acción para reclamar por la prestación de los servicios.

Esta norma indica entonces

- i) Quiénes están legitimados para reclamar por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito;
- ii) Ante qué organismos deben hacerlo;
- iii) Cómo deben presentarse;
- iv) Las condiciones que los prestadores de salud, públicos y privados, deben cumplir para presentar reclamaciones.

a) Quiénes están legitimados para reclamar por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito.

Sobre este primer aspecto, la Sala no encuentra reparo alguno de legalidad, pues el Decreto-ley 074 de 2010 disponía a través de su articulado, cuáles personas naturales y jurídicas están legitimadas para reclamar las indemnizaciones por las coberturas que se otorgan a las víctimas de accidentes de tránsito.

Además aunque el artículo tercero del citado decreto 074 del 2010 modificó el literal e) del artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, esta norma está inserta en la PARTE VI del citado estatuto, en la que se tratan las “condiciones del ejercicio de la actividad capitalizadora y de las operaciones de las compañías de seguros, reaseguros y sus intermediarios”, CAPITULO IV, dedicado al “Régimen del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito”, capítulo éste que inicia con el artículo 192 y que termina con el artículo 197.

El artículo 192 de ese Estatuto se ocupa de los aspectos generales, y al referirse a la función social del seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito dispuso que el mismo tendría como objetivos:

*“a. Cubrir la muerte o daños corporales físicos causados a las personas, los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados con el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud (...).”*

*Adicionalmente, el numeral 4 del artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero también señala quiénes tienen acción para reclamar por las coberturas de reconocimiento de gastos de atención a las víctimas de accidentes de tránsito, norma que señala como tales a los establecimientos hospitalarios y clínicos, a las entidades de seguridad y previsión social que presten la atención, a quien cancele los valores a esas instituciones y a quien incurra en gastos de transporte.*

*De esta relación de gastos por los diferentes conceptos causados por la atención en los eventos de accidentes de tránsito que es posible reclamar, surge, a su vez, cuáles personas naturales y jurídicas son las legitimadas para solicitarlas, que fue precisamente lo que expresamente quedó reglamentado por esa primera parte del artículo 1° del decreto 966 de 2010.*

*b.- Ante qué organismos deben presentarse las reclamaciones: a la entidad aseguradora del SOAT y al FONSAT.*

*Este aspecto tampoco le merece reparo alguno a la Sala, teniendo en cuenta que el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero contempla que las compañías aseguradoras serán las encargadas de operar el seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito (artículo 196). Y el Decreto 074 de 2010, además de reiterar esa competencia, creó el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito ‘FONSAT’ como una cuenta especial de la Nación, y le otorgó a las mismas compañías la potestad de administrar los recursos del FONSAT “con el fin de atender las coberturas que a él le corresponden de acuerdo con este Decreto” (artículo primero) y “a través de un Comité de Administración” (artículo segundo).*

*c.- Cómo deben presentarse:*

*La exigencia de que las reclamaciones se presenten “en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social” guarda relación y resulta ser el desarrollo de los incisos segundo y tercero del párrafo*

del artículo segundo del Decreto 074 de 2010 que impuso al Ministerio de la Protección Social la obligación de definir el procedimiento único para la recepción y trámite de las reclamaciones, y dispone que dicho Ministerio “continuará definiendo los formatos de las reclamaciones y requisitos para el pago, tanto para el SOAT como para el FONSAT”.

La expresión “acompañados, según sea el amparo afectado, de los soportes señalados más adelante” será objeto de estudio en forma posterior, pues el Decreto 966 de 2010 precisamente reguló las exigencias para cada una de las reclamaciones, como pasa a verse.

d) Por último, en el párrafo, el Decreto enlista las limitaciones de los prestadores de servicios de salud para presentar reclamación, y qué debe hacerse en caso de que esos prestadores no estén habilitados. Expresa la norma:

**“Parágrafo.** Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, solo podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitadas”.

“En los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitadas, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la citada habilitación; este último contará con acción para reclamar por la prestación de los servicios”.

En primer lugar, se observa que el decreto 074 de 2010 reglamentado, dispone en los párrafos primero y segundo que los prestadores de los servicios de salud deben estar “debidamente habilitados”, y que la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias se continuará asumiendo por la Institución Prestadora de Salud más cercana al lugar del accidente, siempre que la misma “cuente con la habilitación para ello”.

La Sala considera necesario, para el control de legalidad de la disposición, analizar las normas que contienen los criterios de habilitación de los prestadores de servicios de salud.

La ley 10 de enero 10 de 1990, que reorganiza el Sistema Nacional de Salud, prescribe que la atención inicial de urgencias es obligatoria para todas las

*instituciones o entidades prestadoras de los servicios de salud, públicas o privadas. En el artículo 2° señala:*

*“La asistencia pública en salud, como función del Estado, se prestará en los términos del artículo 19 de la Constitución Política, directamente, por las entidades públicas o a través de las personas privadas, conforme a las disposiciones previstas en esta Ley. En desarrollo de las facultades de intervención de que trata el artículo 1°, serán definidas las formas de prestación de la asistencia pública y los criterios para definir las personas imposibilitadas para trabajar que carezcan de medios de subsistencia y de derecho a ser asistidas por otras personas. Para tal efecto, todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas A PRESTAR LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios, **en los términos que determine el Ministerio de Salud**” (Destacado, negrilla y mayúscula, por fuera del texto original).*

*Esa obligación se reiteró en el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, que expresamente dispone que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, sin que se requiera contrato u orden previa.*

*En la misma Ley se prevé que la prestación del servicio público de salud debe estar regido por el principio de la universalidad, en el entendido que debe prestarse en términos de igualdad para todos los habitantes (literal a del artículo 3° ibídem).*

*El citado principio se elevó a rango constitucional en 1991 (inciso 4° del artículo 49), norma en la que se defirió al legislador la adopción de los términos en que la atención básica sería gratuita y obligatoria para la población en general. Así, en el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 1993, se contempla que el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias.*

*En ese marco normativo, el entonces Ministerio de Salud Pública, en desarrollo de lo dispuesto por la ley 10 de 1990 y del artículo 334 Constitucional, dictó el decreto reglamentario **2.759 de 11 de diciembre de 1991**, “por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia”, que reglamenta la atención de los pacientes y de la posible remisión de los mismos entre las instituciones prestadores de los servicios de salud. En dicho decreto:*

- Se define la expresión **referencia** como “el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud”. Y **contrarreferencia** como “la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica” (parágrafo 2º del artículo 2).

- Establece como finalidad del régimen de referencia y contrarreferencia “facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales” (artículo 3).

- En cuanto al servicio de urgencias, dispone:

“Artículo 5. DE LA REMISION EN CASO DE URGENCIAS. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Parágrafo. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente”.

También cabe destacar que el decreto 1011 del 3 de abril de 2006, expedido por el Presidente de la República, señala en el artículo 6º:

“Artículo 6º. Sistema Unico de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

En ese panorama, resulta válido, que el Decreto 966 de 2010 cuya legalidad se controla, establezca, en forma imperativa, que las prestadoras de los servicios de salud que no puedan atender un servicio para el cual “no estuvieren habilitadas”,

*remitan al paciente a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la habilitación, para lo cual deben cumplirse los procedimientos de referencia y contrarreferencia.*

*Aunque este tema impone relacionarlo con la omisión en que en ocasiones incurren las entidades hospitalarias frente al servicio de urgencias brindado a personas lesionadas en accidentes de tránsito, es preciso advertir que la ley y el reglamento si bien fijan el marco de actuación debida por parte de los obligados, en este caso las instituciones, públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud, tal regulación normativa no garantiza su acatamiento.*

*Si la entidad se sustrae injustificadamente a esta obligación de resorte constitucional y de desarrollo legal y reglamentario, consistente en el deber de prestar los servicios iniciales de urgencias, asumirá las consecuencias que la omisión le acarree y serán las autoridades de vigilancia y control las encargadas de determinar las sanciones a que haya lugar, sanciones previstas, entre otras normas, en los numerales 2 y 3 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.*

*Siguiendo con la normatividad en examen y la concordante que también regula el tema, cabe señalar que el artículo 6 del decreto 2579 de 1991 señala que la institución referente (que remite) será responsable de la atención del usuario hasta que ingrese a la institución receptora. Y el decreto 412 de 6 marzo de 1992<sup>7</sup> establece que “la entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora” (parágrafo del art. 4°).*

*Para la Sala, el desarrollo de esta pauta de actuación que deviene del principio constitucional de solidaridad pone de presente el deber jurídico radicado en todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, de prestar la atención inicial de urgencias y, por lo mismo, de asumir las consecuencias de las acciones u omisiones que acaezcan, por lo cual se impone por parte de los entes prestatarios cumplir los protocolos de referencia y contrarreferencia que, antes de*

---

<sup>7</sup> *“Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones”.*

*poner en riesgo los principios y deberes de protección a la integridad y preservación de la salud y de la vida, permiten garantizarlos, pues asegura que el paciente reciba atención de urgencias idónea, adecuada y oportuna, lo que no sucedería, por ejemplo, si la entidad prestadora tuviese, necesariamente, que desplegar la atención a pesar de no estar habilitada para ello.*

**5.2. Dispone el artículo 2° del Decreto 966 de 2010:**

*“Artículo 2°. Reclamación. Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas para las víctimas de accidentes de tránsito, ante las entidades aseguradoras del SOAT o al Fonsat, deberán acreditar la ocurrencia del suceso, su calidad de beneficiario y su cuantía, para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere. Los soportes correspondientes a cada cobertura, en original o copia, la cual será válida cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella, conforme lo señala el artículo 15 del Decreto-ley 1281 de 2002. Los soportes correspondientes a cada cobertura, serán:*

*1. Servicios Médico-Quirúrgicos*

*a) Formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el formato FURIPS establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

*b) Certificado médico, documento en el cual el médico o profesional de la salud que lo suscribe, certifica que por el interrogatorio y los hallazgos clínicos y paraclínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona, fue un accidente de tránsito.*

*Esta certificación podrá constar en alguno de los siguientes documentos:*

*i) Resumen de historia clínica o epicrisis.*

*ii) Orden médica.*

*iii) Fórmula médica.*

*iv) Resultados de ayudas diagnósticas o terapéuticas.*

*v) Informe de atención inicial de urgencias o atención de urgencias.*

*En el caso de que la atención para una víctima requiera prestaciones sucesivas, posteriores a la primera atención, no será necesario allegar esta certificación en cada ocasión, una vez se encuentre en operación el sistema de información que permita hacer seguimiento a toda la atención médico-quirúrgica mediante un código o número único que identifique del siniestro.*

*c) Informe Policial de Accidentes de Tránsito, el cual corresponde al adoptado por la Resolución 1814 de 2005 del Ministerio de Transporte o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

*Tal informe será necesario en los casos en que el paciente ingrese inconsciente y no haya testigos.*

*De no contar con el informe policial, el prestador de servicios de salud estará facultado para recibir una declaración de la víctima, bajo la gravedad de juramento, si está en condiciones de hacerla, o del acompañante o testigo del accidente, en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social. El formato contendrá como mínimo:*

- i) Información de la persona que hace la declaración: nombres y apellidos, tipo y número de documento de identidad y dirección, teléfono, departamento y municipio de residencia.*
- ii) Información de la víctima: nombres y apellidos y tipo y número de documento de identidad.*
- iii) Dirección donde ocurrió el accidente, indicando el municipio y departamento.*
- iv) Fecha y hora del accidente.*
- v) Descripción del accidente.*

*d) Los demás soportes serán los establecidos, según el tipo de servicio, en el Anexo Técnico número 5 de la Resolución 3047 de 2008, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.*

*e) Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, los cuales si bien son obligatorios, su no presentación o validación, no será causal de devolución de la factura o no pago en la oportunidad establecida.*

## *2. Indemnización por incapacidad permanente*

*a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

*b) Copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

*c) Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley. Cuando las personas requieran dicho dictamen para reclamar las indemnizaciones ante la compañía aseguradora del SOAT y/o el Fonsat, el costo de los honorarios de la junta de calificación de invalidez, será equivalente a un salario mínimo legal diario vigente al momento de la solicitud, a cargo del reclamante.*

## *3. Indemnización por muerte*

*a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

*b) Copia del Registro Civil de defunción expedido por la autoridad competente.*

*c) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

d) *Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima, si fuere el caso.*

e) *Prueba de la relación del beneficiario con la víctima, según el caso.*

#### *4. Indemnización por gastos funerarios*

a) *Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.*

b) *Copia del Registro Civil de defunción expedido por la autoridad competente.*

c) *Factura original que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario, debidamente cancelada, expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios.*

d) *Documentos que acrediten que los gastos funerarios fueron asumidos por quien presenta la reclamación, y no que hubieren sido pagados previamente por una póliza o contrato exequial.*

e) *En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.*

f) *Cuando se trate de reclamaciones formuladas por las Administradoras de Fondos de Pensiones o las Administradoras de Riesgos Profesionales, cuenta de cobro acompañada por la certificación del monto total de la indemnización reconocida por dichos sistemas a los beneficiarios de la víctima.*

#### *5. Gastos por concepto de transporte de víctimas*

a) *Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas en el formato FURIPS o FURTRAN, según corresponda, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, y en el cual el prestador de servicios de salud que atienda la víctima dejará constancia de la hora en la cual fue recibida, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección del prestador de servicios de salud que la admitió. Dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite en admisiones o de ingreso a la institución.*

b) *Factura original, que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario o cuenta de cobro según corresponda.*

c) *Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar este servicio.*

**Parágrafo 1°.** *Los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, para las reclamaciones de los beneficios previstos en las normas vigentes, así como la exigencia de los documentos correspondientes a cada cobertura, aplican para las entidades aseguradoras del SOAT y el Fonsat.*

**Parágrafo 2°.** Los prestadores de servicios de salud habilitados podrán presentar sus reclamaciones de manera electrónica, con firma digital, con un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, debidamente autorizada para el efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio. Para ello se establece un período de transición de un (1) año, contado a partir de la publicación del presente decreto y el Ministerio de la Protección Social reglamentará la estructura de los archivos.

**Parágrafo 3°.** Los pagos a los prestadores de servicios de salud se harán obligatoriamente a la cuenta bancaria previamente informada mediante la modalidad de transferencia electrónica. Para otros reclamantes, siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y en lo posible, a través de cuentas bancarias a su nombre”.

Este artículo tiene coherencia con lo que dispone el decreto reglamentado. En efecto, en el artículo 4 del decreto 074 de 2010, con el que se modificó el artículo 199 del Estatuto Orgánico y Financiero, establece en el numeral 6:

**“6. Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud.** Además de los requisitos que se definan en el procedimiento señalado en el parágrafo del artículo segundo, las aseguradoras no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la habilitación previa, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios. Para efectos del reconocimiento, se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación (...)”.

El procedimiento “señalado en el parágrafo del artículo segundo” al que se refiere este numeral, es del siguiente tenor:

**“Parágrafo:** El FONSAT contará con un comité de administración que estará integrado por tres (3) representantes de las aseguradoras autorizadas para administrar el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito -SOAT - y por dos (2) delegados del Ministro de la Protección Social.

El comité de administración del FONSAT definirá y pondrá en funcionamiento a partir del 10 de marzo de 2010, un procedimiento único para la recepción y trámite de las reclamaciones originadas en los eventos de que tratan los literales a ), b ) y c ) del numeral 1° del artículo cuarto del presente Decreto con cargo al FONSAT.

En caso de que no se defina el procedimiento aquí señalado en el plazo establecido, será el Ministerio de la Protección Social quien lo determine.

El Ministerio de la Protección Social continuará definiendo los formatos de las reclamaciones y requisitos para el pago, tanto para el SOAT como para el FONSAT”.

Entonces, en el inciso 3° del parágrafo del artículo 2° se le dio la facultad al Ministerio de la Protección Social para definir el procedimiento para las

*reclamaciones que se originen en los eventos de los literales a), b) y c) del numeral 1 del artículo 4° que, a su vez, remite al artículo 193-1 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero el cual precisamente señala las coberturas y las cuantías que deben cubrirse en caso de daños causados a las personas en accidentes de tránsito.*

*Ahora, el Decreto 074 de 2010 dispone que para efectos del reconocimiento “se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación” (inciso primero, numeral 6 del artículo cuarto), que es precisamente lo que reglamenta el artículo 2 del decreto 966 de 2010.*

*No se observa que alguno de los requisitos exigidos no esté conforme con el ordenamiento jurídico o que sean de imposible cumplimiento, o que se trate de documentos abolidos por las normas antitrámites, contenidas principalmente en el Decreto 2150 de 1995, si se tiene en cuenta que:*

- No se exige que los documentos se presenten con autenticaciones o reconocimientos.*
- Los soportes pueden ser aportados en original o copia, que será válida cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados. Ello conforme al decreto ley 1281 de 2002, previsión que igualmente está contenida en el artículo sexto del decreto 074 de 2010.*
- Para todo tipo de reclamación se permite el uso del formulario único establecido por el Ministerio de la Protección Social.*
- Se presentan alternativas para demostrar cada evento, especialmente en cuanto al certificado médico. Para el cumplimiento de requisitos para algunas reclamaciones, como la indemnización por servicios médico - quirúrgicos, por incapacidad permanente, por muerte o por gastos funerarios, se remite a reglamentos previamente establecidos desde hace varios años, como los contenidos en la resolución 3047 de 2008 y la resolución 3374 de 2000 del citado Ministerio.*

*Para el caso de los servicios médico- quirúrgicos, como este tipo de reclamaciones son presentadas por las entidades prestadoras del servicio de salud, son documentos que reposan en sus archivos, como certificados médicos, órdenes médicas, etc.*

- *En otros eventos, como el informe policial de accidentes, se remite a los reglamentos adoptados por las entidades que en forma especial regulan la materia, en el caso, el Ministerio de Transporte.*

*Esos requisitos no sólo guardan relación con el tipo de reclamación que se hace, sino que además están en consonancia con el contenido del Decreto 074 de 2010 en cuanto exige que “se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación”, y con otras normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero que también regulan el tema, como el artículo 194 que dispone que todo pago indemnizatorio se efectuará **“con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima”**, y que se considerarán suficientes, además de las pruebas que se quieran aducir por el interesado: la certificación sobre la ocurrencia del accidente, según lo reglamentado por el gobierno nacional; la certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, expedida por cualquier entidad médica, para lo cual además se requerirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, y la certificación del pago de servicios funerarios y exequias.*

*En cuanto al párrafo del artículo 2° del decreto 966 de 2010, respetan lo señalado en el artículo 26 del Decreto 2150 de 1995, estatuto antitrámites, en el sentido de que las entidades de la administración pública deberán habilitar sistemas de transmisión electrónica de datos para que los usuarios envíen o reciban información requerida en las diferentes actuaciones frente a la administración. Igualmente resulta armónico con la Ley 527 de 1999 o ley de comercio electrónico, especialmente en cuanto admite la firma digital y le otorga a ella “la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita”, si incorpora algunos atributos.*

*Y frente a la previsión contenida en el párrafo 3 del mismo artículo, referida a que los pagos a los prestadores de servicios de salud se harán a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria previamente informada, y para otros reclamantes en lo posible a través de cuentas bancarias, no solo guarda consonancia con los medios que ordinariamente se usan para el pago de obligaciones, sino que además implica una agilización y seguridad en los trámites y un ahorro de insumos, todo lo cual resulta acorde con la obligación contenida en el artículo 3° del Decreto 2150 de 1995 en cuanto “El Estado dispondrá de los*

*mecanismos necesarios para pagar obligaciones a su cargo mediante el abono en cuentas corrientes o de ahorro”.*

**5.3. Dispone el artículo 3° del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 3°. Presentación de las facturas y pago de prestación de servicios médico-quirúrgicos.** *La presentación, recepción y pago de facturas de prestación de servicios médico-quirúrgicos a las víctimas de accidentes de tránsito cubiertos por las entidades aseguradoras del SOAT y el Fonsat, se acogerá a las condiciones definidas en el artículo 3° del Decreto 133 de 2010 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, a las cuales se aplicará el término de caducidad de seis (6) meses para la presentación de las facturas, establecido en el tercer inciso del numeral 6 del artículo 4° del Decreto 074 de 2010.*

*La formulación de glosas y devoluciones, y su respectiva respuesta debe realizarse con base en la codificación y alcance estipulados en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, que defina el Ministerio de la Protección Social. Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social deberá adicionar en lo pertinente las normas vigentes sobre la materia.*

*Las tarifas para los servicios médico-quirúrgicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito son las establecidas para actividades, intervenciones y procedimientos en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan, salvo que existan convenios celebrados entre los prestadores de servicios de salud y las entidades aseguradoras del SOAT o el Fonsat, considerando que en ningún caso las tarifas podrán ser superiores a las establecidas por el citado decreto.*

*Hasta tanto se encuentre en fase de producción el sistema que arroje el valor promedio del mercado para medicamentos y dispositivos médicos se seguirá reconociendo su valor según lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.*

**Parágrafo.** *Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de la Protección Social y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den observancia a lo ordenado en esta disposición y de imponer las sanciones por el incumplimiento de la obligación anotada”.*

*La presentación, recepción y pago de facturas de prestación de servicios médico-quirúrgicos a las víctimas de accidentes de tránsito cubiertos por las entidades aseguradoras del SOAT y el Fonsat, se acogerá a las condiciones definidas en el artículo 3° del Decreto 133 de 2010 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, a las cuales se aplicará el término de caducidad de seis (6) meses para la presentación de las facturas, establecido en el tercer inciso del numeral 6 del artículo 4° del Decreto 074 de 2010.*

*Esta norma, en primer lugar, dispone que la presentación, recepción y pago de las facturas de prestación de servicios médico-quirúrgicos a las víctimas de accidentes de tránsito se hará conforme con el artículo 3° del decreto 133 de 2010. Este decreto también fue expedido como desarrollo del decreto 4975 de 2009 que declaró la emergencia social, que igualmente fue declarado inexecutable mediante sentencia C-255 de 2010.*

*Sin embargo, de la lectura del artículo 3° del decreto 133 de 2010 se encuentra que en él solamente se determina la fecha en que se tendrá por presentada la factura; la periodicidad en que se pueden presentar; la obligación de recibir las facturas sin someterlas previamente a una auditoría e impone a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago, la obligación de establecer mecanismos que permitan la facturación en línea.*

*En el inciso segundo el artículo analizado, esto es el 3° del decreto 966 de 2010, retoma, en términos generales, lo dispuesto por el artículo 6° del decreto 074 de 2010 reglamentado, que señaló el término de caducidad de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de prestación de los servicios, para presentar las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones; permitió la formulación de glosas y dispuso que en esos eventos se deberá efectuar el pago de lo no glosado, y contempló que en los eventos en que las glosas resulten infundadas, el prestador de servicios de salud tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.*

*En el inciso 4° se dispone que las tarifas para los servicios médico-quirúrgicos prestados a las víctimas de accidentes de tránsito serán las establecidas en el decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.*

*Entonces, dada la presunción de legalidad que pesa sobre el decreto 2423 de 1996, la remisión que se hace al mismo por parte del inciso cuarto del artículo tercero del decreto 966 de 2010 impone inferir la legalidad de éste.*

*En el decreto 2423 de 1996 al cual se hace la remisión, compuesto por 89 artículos, se estableció, previo el concepto técnico del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la nomenclatura y clasificación para los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, y las tarifas para los diversos componentes*

*inherentes a la prestación de los servicios de salud, valores determinados en salarios mínimos legales mensuales.*

*La parte final del inciso tercero que se analiza, en cuanto dispone “salvo que existan convenios celebrados entre los prestadores de servicios de salud y las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT, considerando que en ningún caso las tarifas podrán ser superiores a las establecidas por el citado decreto”, respeta los lineamientos adoptados en el párrafo primero del artículo primero del decreto 074 de 2010 que señala: “Para efectos de la asunción de los costos de las prestaciones relacionadas con las coberturas mencionadas, las entidades aseguradoras podrán celebrar contratos con los prestadores de servicios de salud debidamente habilitados para el efecto, para que asuman la prestación de los servicios a las tarifas que acuerden, las cuales no podrán exceder las tarifas vigentes para el SOAT” (se subrayó).*

*En cuanto al párrafo del artículo 3° del decreto 966 de 2010, es una previsión propia de la potestad reglamentaria, que se complementa con la atribución otorgada al Ministerio de la Protección Social en el inciso 4 del párrafo del artículo 2 del decreto 074 de 2010.*

*La alusión a que la Superintendencia Nacional de Salud deberá vigilar el cumplimiento de lo previsto en la parte inicial de ese párrafo del artículo 3 del decreto 966 de 2010, es una función natural de ésta, a términos del decreto 1259 de 1994 que amplió el espectro de las funciones de aquella entidad al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y a la administración, en general, de los recursos para atender el servicio de salud. Señala el decreto 1259 de 1994:*

*“Artículo 5°. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. Los objetivos antes señalados los desarrollará la Superintendencia Nacional de Salud mediante el ejercicio y desarrollo de las siguientes funciones y facultades:*

*(...)*

*4. Velar por el adecuado financiamiento y aplicación de los recursos públicos del Sistema de Seguridad Social en Salud.*

*(...)*

*9. Velar por la eficiente y oportuna liquidación, cobro, giro y aplicación de los recursos provenientes del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (...).*

*23. Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, a los administradores, empleados revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1.000*

salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción a favor del Tesoro Nacional, cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia. Esta facultad excluye conforme a las disposiciones legales a los funcionarios de elección popular.

24. Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones: (...).

25. Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía:

(...)

i) A las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y competencia necesaria dentro del sistema (...).

Dentro de estas atribuciones cabe, sin duda alguna, en consideración a la materia, la función de “vigilar que las precitadas instituciones den observancia a lo ordenado en esta disposición y de imponer las sanciones por el incumplimiento de la obligación anotada”.

**5.4. Dispone el artículo 4° del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 4°. Superación del tope para servicios médico-quirúrgicos.** En caso de víctimas de accidentes de tránsito, que requieran servicios médico-quirúrgicos cuyo costo exceda el tope de 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, el prestador cobrará el total de los servicios prestados, independientemente de su monto, a la entidad aseguradora del SOAT o al Fonsat. El Fonsat deberá repetir contra las entidades responsables del pago de conformidad con las coberturas que le son propias, a la tarifa que se hubiere cancelado a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para efectos del trámite de recobro entre el Fonsat y las entidades responsables del pago a que se refiere el inciso anterior, la presentación de la factura, glosa, solución de la misma y pago, se regirá por los mismos plazos y condiciones previstos para las relaciones entre el Fonsat y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para efectos de las tarifas aquí señaladas las compañías de seguros que administran el Fonsat, podrán celebrar los convenios que consideren necesarios con la red de prestación de servicios más adecuada, que podrá ser la misma contratada por las EPS o ARP”.

En el primer inciso, se dispone que el prestador de servicios médico-quirúrgicos debe prestar los servicios y podrá cobrarlos, aunque éstos excedan el valor de 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, “independientemente de su monto”, aspecto en el que no se encuentra reparo alguno, por guardar relación con el decreto 074 de 2010, en cuanto en éste:

➤ *Se dispuso en el artículo segundo (que modificó el 198 del E.O.S.F.) que con cargo a los recursos del FONSAT “se ampliará la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, así como la atención y gastos de rehabilitación, según se define en el numeral 1 del artículo 4 del presente decreto”.*

➤ *En el numeral 1 del artículo 4° de ese decreto se dispuso que los recursos del FONSAT se destinarán al pago de las indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo con los amparos a que alude el artículo 193 numeral 1 del E.O.S.F., y que agotado el límite de esa cobertura se otorgará “una cobertura adicional de seiscientos (600) smdlv para los mismos fines”.*

➤ *El artículo 193 de dicho Estatuto señala un máximo de 500 salarios mínimos diarios legales para ese tipo de gastos.*

*Entonces, lo que hace el decreto reglamentario que se analiza, es aumentar ese tope de 500 a 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, lo que no lesiona la legalidad ni algún derecho en este sentido previsto legalmente.*

*En cuanto al deber de que el FONSAT repita contra las entidades responsables, es un asunto que igualmente guarda conformidad con lo señalado en el literal c., numeral 1 del artículo cuarto del decreto 074 de 2010 que a la letra dice:*

*“c. En caso de que las coberturas antes indicadas no alcanzaran a cubrir la totalidad de la atención médica señalada, dicho exceso deberá ser pagado contra los recursos del FONSAT, debiendo éste repetir contra las Entidades Promotoras de Salud o las Administradoras de Riesgos Profesionales, según el caso, conforme al reglamento que se expida para tal fin”.*

*En el inciso segundo del artículo que se analiza (4 del decreto 966 de 2010), se regula un asunto ya reglamentado en los artículos 2 y 3 del mismo decreto y a los cuales ya se hizo referencia.*

*Y el inciso tercero señala un aspecto de contratación permitido en el artículo primero del decreto 074 de 2010 reglamentado.*

*Todo lo expuesto permite concluir sobre la legalidad del artículo cuarto del decreto 966 de 2010.*

**5.5. Dispone el artículo quinto del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 5°. Indemnización por gastos de transporte y movilización de víctimas al centro asistencial.** Se reconocerá una indemnización equivalente al costo del transporte suministrado, hasta un máximo de quince (15) salarios mínimos diarios legales vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, de acuerdo con la siguiente tabla:

| Tipo de transporte   |                              | Tipo de Vehículo (en smdlv) |                             |                                   |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      |                              | Particular, Público         | Traslado asistencial básico | Traslado asistencial medicalizado |
| Urbano               | Bogotá                       | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Barranquilla, Cali, Medellín | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Otros municipios             | 2                           | 5                           | 10                                |
|                      | Intermunicipal               | 4                           | 7                           | 12                                |
| Rural (más de 20 km) | Bogotá                       | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Barranquilla, Cali, Medellín | 2                           | 7                           | 15                                |
|                      | Otros municipios             | 4                           | 5                           | 8                                 |
|                      | Intermunicipal               | 4                           | 7                           | 15                                |

En todo caso, el reconocimiento del traslado en unidad asistencial medicalizada estará sujeto a la condición y necesidad de la víctima. En el caso que la víctima no amerite ser trasladada en unidad asistencial medicalizada el reconocimiento se efectuará a la tarifa de traslado asistencial básico.

Las tarifas definidas en el presente artículo para el traslado en ambulancia incluyen todos los costos inherentes a la prestación de dicho servicio, por lo que no procederán cobros adicionales por ningún concepto.

En este artículo se desarrolla, en forma esquemática, lo previsto por el artículo 3° del decreto 074 de 2010, en el que se establecen los siguientes parámetros para regular el reclamo y el reconocimiento de indemnización por gastos de transporte y la movilización de las víctimas al centro asistencial:

- Se fija un máximo de 15 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente.
- Se deben tener en cuenta las características del vehículo.
- Se tomará en consideración si se trata de transporte rural o urbano.

El artículo 5° del decreto 966 de 2010 toma esos parámetros y elabora una tabla en la que se discriminan los valores a reconocer por los servicios de transporte, respetando el máximo fijado en el decreto 074 de 2010, razones éstas por las que

se evidencia la legalidad del artículo analizado, lo cual así se declarará.

**5.6. Dispone el artículo 6° del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 6°. Acción de repetición.** Las acciones de repetición a las que está obligado el Ministerio de la Protección Social causadas hasta el 17 de enero de 2010, continuarán siendo adelantadas por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga. A partir del 18 de enero de 2010 dichas acciones serán adelantadas por el Fonsat de conformidad con lo previsto en el parágrafo del artículo 4° del Decreto 074 de 2010”.

El artículo desarrolla lo previsto en el parágrafo del artículo 4° del decreto 074 de 2010, en cuanto en éste se señala que las aseguradoras encargadas de administrar el FONSAT entablarán todas las acciones de repetición que legalmente resulten procedentes contra los responsables del pago, causados por los accidentes, y que la compañía aseguradora podrá repetir contra el responsable del accidente por cualquier suma que se haya pagado como indemnización por el SOAT, cuando éste al momento del mismo haya actuado con dolo o culpa grave. Igualmente en cuanto ese parágrafo dispone que el cobro jurídico de las acciones de repetición que no se hayan iniciado a la fecha de publicación del presente decreto será asumido por el FONSAT, atendiendo criterios de materialidad, previa entrega de los documentos pertinentes por parte del administrador fiduciario de los recursos del Fosyga.

En estas condiciones, la legalidad del artículo 6 del decreto 966 de 2010 no tiene discusión, porque es un desarrollo, casi calcado, de la norma que reglamenta.

**5.7. Dispone el artículo 7° del Decreto 966 de 2010:**

**“Artículo 7°. Vigencia y derogatorias.** El presente decreto rige desde la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias”. En lo que concierne a este precepto del decreto se refiere a un aspecto formal y material propio de los actos administrativos expedidos en ejercicio de la facultad reglamentaria. Como en cuanto a la derogatoria se hace en forma genérica señalando que opera en cuanto a las normas que le sean contrarias, no es posible una confrontación directa que permita en precisión identificar a cuáles se refiere para evaluar la conformidad legal de esta disposición.

Por lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**FALLA**

**DECLARASE AJUSTADO A DERECHO**, mientras produjo efectos, el Decreto 966 de 24 de marzo de 2010, proferido por el Gobierno Nacional, a través del cual se reglamenta parcialmente el Decreto 074 de 2010.

**COPIESE, COMUNIQUESE A LOS MINISTERIOS DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO Y DE LA PROTECCION SOCIAL, Y ARCHIVASE.**

MAURICIO FAJARDO GOMEZ  
Presidente (aclara voto)

SUSANA BUITRAGO VALENCIA

GLADYS AGUDELO ORDOÑEZ

VICTOR HERNANDO ALVARADO ARDILA  
Aclara voto

HERNAN ANDRADE RINCON

GERARDO ARENAS MONSALVE

HUGO FERNANDO BASTIDAS BARCENAS  
Salva voto

MARTHA TERESA BRICEÑO DE VALENCIA

STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO  
Salva voto

RUTH STELLA CORREA PALACIO  
Salva voto

MARIA ELIZABETH GARCIA GONZALEZ

ENRIQUE GIL BOTERO

WILLIAM GIRALDO GIRALDO

GUSTAVO EDUARDO GOMEZ ARANGUREN  
Aclara voto

MARIA NOHEMI HERNANDEZ PINZON  
Ausente con excusa

FILEMON JIMENEZ OCHOA

CARMEN TERESA ORTIZ DE RODRIGUEZ

RAFAEL E. OSTAU DE LAFONT PIANETA

BERTHA LUCIA RAMIREZ DE PAEZ

DANILO ALFONSO ROJAS BETANCOURTH

MARIA CLAUDIA ROJAS LASSO

*Salva voto*

*Aclara voto*

*JAIMÉ ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA*  
*Ausente con excusa*

*MAURICIO TORRES CUERVO*  
*Ausente*

*OLGA MELIDA VALLE DE DE LA HOZ*

*ALFONSO VARGAS RINCON*  
*Aclara voto*

*MARCO ANTONIO VELLILLA MORENO*

*LUIS RAFAEL VERGARA QUINTERO*