

**REQUISITOS HABILITANTES EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES
DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
(PSPIC) EN COLOMBIA: ANÁLISIS Y POSIBLES DESARROLLOS**

DIANA ZULEYKA RUBIANO BONILLA

TUTOR: NICOLÁS LOZADA PIMIENTO

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE DERECHO

MAESTRÍA EN DERECHO CONTRACTUAL PÚBLICO Y PRIVADO

BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA

Tabla de contenido

Resumen.....	IV
Abstract.....	VI
Introducción.....	8
1 Aspectos generales sobre los requisitos habilitantes y la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en Colombia	12
1.1 Los requisitos habilitantes y sus características: antecedentes legales-jurisprudenciales	12
1.2 Contexto y evolución de la salud colectiva y la contratación de sus acciones en el marco legal en Colombia	14
1.3 Competencia del Ministerio de Salud y Protección Social para impartir directrices sobre el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, de obligatorio cumplimiento para el sector salud	17
2 Modalidades de selección e instituciones ejecutoras o cooperantes y tipos de negocio jurídico que celebra la entidad territorial referente a las acciones colectivas del PSPIC.....	19
2.1 Selección abreviada de instituciones privadas.....	20
2.2 Contratación directa y Empresas Sociales del Estado de la jurisdicción y municipios vecinos.....	21
2.3 Negocios jurídicos que puede celebrar la entidad territorial con la institución encargada de ejecutar o cooperar en las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas	23
3 Requisitos habilitantes que deben exigirse a oferentes para celebrar contratos del PSPIC	27

3.1	Requisitos habilitantes del Estatuto de Contratación de la Administración Pública.....	27
3.2	Criterios de capacidad técnica y operativa como condiciones habilitantes	28
3.3	Inexigibilidad el Registro Único de Proponentes (RUP): verificación por entidades de los requisitos habilitantes en los procesos contractuales del PSPIC	30
3.4	Integración/Exclusión de los requisitos habilitantes del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos por el MSPS.....	31
4	Una mirada a los lineamientos y principios que sustentan la formulación, contratación y ejecución de las intervenciones colectivas para determinar la suficiencia de los criterios de capacidad técnica y operativa -posibles desarrollos	33
4.1	Lineamientos.....	33
4.1.1	Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)	34
4.1.2	Plan Territorial de Salud	34
4.1.3	Análisis de la Situación en Salud (ASIS)	34
4.2	Principios que orientan el PSPIC.....	35
4.2.1	Descentralización administrativa	35
4.2.2	Estatal.....	35
4.2.3	Territorialidad	36
4.3	Suficiencia de los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos en la Resolución 518 de 2015 -posibles desarrollos.....	36
	Conclusiones	39
	Referencias.....	49

Resumen

El presente artículo, titulado “Requisitos habilitantes en los procesos contractuales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en Colombia: análisis y posibles desarrollos,” tiene como objetivo analizar los requisitos habilitantes cuando se adelanta un proceso contractual de las acciones del PSPIC, requisitos que permiten determinar la idoneidad de un oferente o futuro contratista para ejecutar un contrato.

De manera general, se estudiará en el ordenamiento jurídico colombiano, la jurisprudencia y la doctrina, qué son los requisitos habilitantes, cuál ha sido la evolución del concepto y qué se busca cuando son establecidos en los procesos de selección de contratistas.

Con esos presupuestos, se indagará sobre los procesos de contratación de las acciones del PSPIC: cuáles son los requisitos habilitantes exigibles, en qué normas están contemplados, si están sujetos a la modalidad de selección empleada para la contratación o las instituciones con que se realice el proceso de selección, qué entidad fija los lineamientos para determinar criterios de selección en la contratación de esas acciones, así como la competencia de esa entidad para fijar esos lineamientos.

Después, se profundizará en los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa fijados en las disposiciones normativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), como requisitos habilitantes en los procesos para la contratación de las acciones del PSPIC.

Además, este trabajo busca establecer si los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa se integran o excluyen con los requisitos habilitantes fijados en el Estatuto de Contratación de la Administración Pública, o si, en atención a su alcance y especialidad, los criterios de capacidad técnica y operativa cuando el objeto a contratar sea la ejecución de las acciones del PSPIC priman como requisitos de obligatorio cumplimiento.

Para finalizar, se revisará la necesidad de incluir o crear criterios de capacidad técnica y operativa o condiciones habilitantes que tengan como cimiento los lineamientos para la formulación de acciones del PSPIC. Esto con el fin de contar con oferentes con mayor aptitud, para que al llegar a ser ejecutores de los contratos PSPIC cuenten con la capacidad para llevar a cabo las intervenciones requeridas en el territorio.

Palabras claves:

Requisitos habilitantes, criterios de capacidad técnica y operativa, procesos contractuales de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), fines del Estado, Gobernanza en salud en el territorio.

Abstract

The present article entitled "Qualifying requirements in the contractual processes of the Public Health Plan for Collective Interventions (PSPIC) in Colombia: analysis and possible developments," aims to analyze the qualifying requirements, when a contractual process of the actions of the Public Health Plan for Collective Interventions in Health (PSPIC) is carried out, as conditions to determine the suitability of a bidder, future contractor to execute a contract.

In general, the jurisprudence and the doctrine in the Colombian legal system will be studied, what are the enabling requirements, what has been the concept evolution and what is sought when they are established in the processes of selection of contractors.

With these budgets, the contracting processes of the actions of the Collective Intervention Plan will be investigated, which are the applicable enabling requirements, in which norms they are contemplated, if they are subject to the selection modality used for the contracting or the institutions with which the selection process is carried out, which entity establishes the guidelines to determine the selection criteria in the contracting of these actions, as well as the competence of this entity to establish these guidelines.

The criteria for determining technical and operational capacity set out in the regulatory provisions issued by the Ministry of Health and Social Protection will then be further developed as enabling requirements in the processes for contracting PSPIC actions.

In addition, it will be established whether the criteria for determining technical and operational capacity are integrated or excluded with the enabling requirements established in the Public Administration Contracting Statute, or whether, in view of their scope and speciality, the criteria of technical and operational capacity, when the object to be contracted is the execution of the actions of the PSPIC, take precedence as mandatory requirements.

Finally, the need to include or create technical and operational capacity criteria or enabling conditions, which are based on the guidelines for the formulation of PSPIC actions, will be reviewed in order to have more suitable bidders, so that when they become executors of PSPIC contracts they have the capacity to carry out the required interventions in the territory.

Keywords:

Enabling requirements - technical and operational capacity criteria - contractual processes for actions under the Public Health Plan for Collective Interventions (PSPIC) - purposes of the State- health governance in the territory.

Introducción

La contratación estatal es un instrumento utilizado con el propósito de satisfacer las necesidades y los fines del Estado colombiano. En la etapa precontractual, es necesario revisar los requisitos denominados mínimos o habilitantes para la materialización del deber de selección objetiva.

Los requisitos habilitantes son condiciones que permiten establecer, si los oferentes tienen la idoneidad para que, al adjudicar el contrato, se cumpla su objeto y las obligaciones pactadas; en otras palabras, son útiles para determinar si el oferente o futuro contratista cuenta con las aptitudes para ejecutar el contrato. (Santofimio, 2017).

Así, la observancia al deber de selección objetiva es obligatoria en todos los procesos de selección de contratistas, independientemente de su modalidad y aun cuando no haya pluralidad de oferentes, en virtud de la primacía del interés público. (Dávila, 2016).

De igual forma, y en desarrollo del marco general de este artículo, aparece en el escenario el Ministerio de Salud Protección Social – Minsalud, el cual es la entidad pública del nivel central del Gobierno nacional cabeza del Sector Salud, que tiene a cargo dirigir, orientar y evaluar el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Frente a los planes y programas del Gobierno en materia de Salud Pública, se encuentra el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, este se define como un plan dirigido a incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública ·PDSP. (Minsalud, 2015).

En ejercicio de sus competencias el Minsalud, expidió la Resolución 518 de 2015, disposición normativa que estableció en materia de contratación de las acciones del PSPIC, que esta se realizará por las entidades territoriales, distritos, departamentos y municipios con las instituciones que cuenten con capacidad técnica y operativa para ello.

De esta manera, los criterios de capacidad técnica y operativa se erigen como requisitos habilitantes propios para los procesos contractuales que tengan por objeto la ejecución y cumplimiento de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas. Además, esos requisitos deben ser verificados previamente por las entidades contratantes para poder celebrar los contratos del PSPIC.

Ahora bien, en las entidades territoriales a nivel nacional y municipal en Colombia, cuando se realiza el monitoreo y evaluación, tanto a la ejecución técnica, financiera y administrativa como los resultados en salud alcanzados a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se ha identificado, que el cumplimiento por parte de los ejecutores de las acciones contratadas del PSPIC, no se efectúa al cien por ciento (100%).

Situación que genera la necesidad de volcarse a la etapa de planeación o etapa precontractual del contrato, a fin verificar la suficiencia de los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa de los ejecutores de éstas acciones y su incidencia en la correcta ejecución de los contratos celebrados para tal fin, así como establecer si se requiere integrar otros criterios a los existentes en cuanto a capacidad técnica y operativa para alcanzar la suficiencia requerida y con ello impactar en la ejecución de las acciones.

En ese sentido, si se robustecen los requisitos habilitantes para la selección de los ejecutores del PSPIC, se contará con herramientas sólidas que permitan lograr la correcta ejecución de las acciones previstas para la salud colectiva y de los contratos celebrados por el Estado con ese objetivo. Lo anterior en función de la relación intrínseca entre la aptitud del oferente y el futuro contratista respecto a que el objeto del contrato y sus obligaciones se cumplan.

De ese modo, el problema de investigación por desarrollar en este artículo, luego de la revisión de los conceptos preliminares, es el siguiente: ¿Deben integrarse criterios adicionales

a los establecidos por el Minsalud, para determinar la capacidad técnica-operativa de los ejecutores de las acciones del PSPIC?

Cabe tener en cuenta que aquello se llevaría a cabo en pro de alcanzar la suficiencia requerida para garantizar la idoneidad en la selección de los contratistas que realizan estas acciones, así como el cumplimiento de los contratos. En consecuencia, los objetivos planteados para dar respuesta al problema son:

- Analizar la suficiencia de los criterios de idoneidad que fija la Resolución 518 de 2015, expedida por el Minsalud, para determinar la capacidad técnica-operativa del oferente futuro contratista y la correcta ejecución de las acciones del PSPIC que contratan las Direcciones Territoriales de Salud y las Secretarías de Salud.
- Verificar si se requieren otros criterios adicionales a los fijados por la Resolución 518 de 2015 para determinar la capacidad técnica-operativa de los ejecutores del PSPIC.
- Establecer si desde la situación en salud pública del territorio es posible generar criterios de idoneidad para determinar la capacidad técnica-operativa y la selección objetiva de las instituciones ejecutoras del PSPIC, que impacten en la ejecución de los contratos de esas acciones.

Para alcanzar los objetivos de este artículo, se utilizó una metodología jurídica-documental, con enfoque de salud pública e integrada por una postura teórico-crítica. En esa medida, se realizó un análisis de datos sobre las entidades territoriales, las normas expedidas por el Minsalud referentes a la contratación de las acciones del PSPIC, sus ejecutores y requisitos. A esta revisión se sumó lo dispuesto en el Estatuto de Contratación, con el ánimo de verificar las condiciones propias del proceso, para resolver el problema de investigación bajo el método de análisis-síntesis.

Asimismo, el plan por seguir para desarrollar el tema propuesto es el siguiente: en el numeral primero, relativo a los aspectos generales, se revisan los aspectos generales sobre los requisitos habilitantes y la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en Colombia. En el segundo numeral sobre las modalidades de selección e instituciones ejecutoras se abordan aquellas modalidades a través de las cuales se adelantan los procesos de contratación para las acciones del PSPIC y el tipo de negocio jurídico que puede celebrar la entidad territorial con la institución encargada de ejecutar o cooperar en las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Dentro de ese marco, en el numeral tercero se profundiza en los requisitos habilitantes exigidos para celebrar contratos del PSPIC. De otra parte, en el numeral cuarto se lleva a cabo un análisis de los lineamientos y principios que sustentan la formulación, la contratación y la ejecución de las intervenciones colectivas, a fin de sustentar la suficiencia de los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos por el Minsaluden el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015. Finalmente, se plantea un posible desarrollo del tema en cuestión, y se presentan las conclusiones del estudio.

1 Aspectos generales sobre los requisitos habilitantes y la contratación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en Colombia

1.1 Los requisitos habilitantes y sus características: antecedentes legales-jurisprudenciales

En Colombia, desde que se han expedido o dictado normas para la celebración de contratos, en los Decretos 1670 y 2499 de 1975, 150 de 1976, 222 de 1983, se contempló que la selección de personas a contratar se debía hacer en igualdad de oportunidades, con quienes ofrezcan las mejores condiciones para ello. Dentro de las reglas de los requisitos para contratar se consideraban las calidades que se exigían a las personas que desearan licitar y los criterios para tener en cuenta para la adjudicación. (González, 2017).

Para este punto todavía no se habían concebido los requisitos habilitantes y factores de evaluación que se tienen hoy integrados en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. No obstante, son esas disposiciones los antecedentes que, en la evolución de la gestión contractual, permitieron llegar a ellos y determinar la diferencia entre un concepto y otro. (Dávila, 2016).

Siguiendo esa evolución, con la Ley 80 de 1993, influida por los principios que se erigieron con la expedición de la Constitución de 1991, se incorporó a los negocios jurídicos del Estado el principio de primacía de lo sustancial frente a lo formal. En su desarrollo, no cualquier omisión justificaba el rechazo automático de la oferta: había que ponderar si lo omitido era o no necesario para la comparación de ofertas. (Benavides, 2015).

Catorce años después, el artículo 5 de la Ley 1150 de 2007 profundizó la intención antiformalista que introdujo la Ley 80 de 1993. Allí se hace una distinción entre los requisitos habilitantes y los factores de evaluación, relacionados los primeros con las condiciones de los oferentes y los segundos con la oferta. De esta forma, deben verificarse los habilitantes y asignarle puntaje a los evaluables. (Palacio, 2014).

Por su parte, como lo contempla la Agencia Nacional Colombia Compra Eficiente (CCE) (2014), el objetivo de los habilitantes es fijar condiciones mínimas a los oferentes para que las entidades contratantes únicamente evalúen las propuestas de quienes puedan cumplir con el objeto del contrato.

En materia jurisprudencial, el Consejo de Estado Colombiano (CEC), ha señalado sobre los requisitos habilitantes que son circunstancias atinentes al proponente, solo son objeto de verificación (cumple o no cumple). Con las excepciones previstas en la materia, deben ser adecuados y proporcionales a la naturaleza y al valor del contrato que se pretende celebrar y junto con los criterios de evaluación garantizan el cumplimiento del deber de selección objetiva.(Sentencia 13001 de 2014).

También, y como parte de sus más recientes pronunciamientos, el máximo tribunal contencioso administrativo llama la atención sobre la obligación que tienen las entidades públicas de indicar en los pliegos de condiciones los requisitos mínimos objetivos y necesarios para participar en el respectivo proceso de selección; el tribunal considera que esta es una de las manifestaciones del principio de transparencia en los procesos de selección.(Sentencia 01082 de 2018).

Con fundamento en lo anterior, es posible establecer que los requisitos habilitantes a partir de la expedición de la Ley 1150 de 2007, se configuran como criterios independientes de los factores de evaluación, en ejercicio del deber de selección objetiva.

Por lo que los habilitantes verifican las condiciones de los oferentes, y dan cuenta de su capacidad para darle cumplimiento al objeto y a las obligaciones del contrato, características de especial importancia a tener en cuenta por las entidades al momento de estructurar los procesos contractuales, por la incidencia e impacto que tienen en la ejecución contractual.

1.2 Contexto y evolución de la salud colectiva y la contratación de sus acciones en el marco legal en Colombia

Con la Ley 100 de 1993, surge el Plan de Atención Básica en Salud (PAB), mediante el cual se integraban actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a la colectividad con el fin de prevenir enfermedades, mitigar sus factores de riesgo, promover la salud y la vigilancia en salud pública. Este se constituye en el antecedente de lo que posteriormente se conocería como el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 1996).

Posteriormente, el artículo 46 de la Ley 715 de 2001 señala las competencias en salud pública. Sobre ellas, el legislador determinó que las acciones de promoción y prevención se contratarán prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

Viene luego en el año 2007, con la expedición de la Ley 1122, el cambio del PAB por el PSPIC. Se determina también que el Gobierno nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio. (Arenas, 2007).

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 fue reglamentada por el Decreto 3039 de 2007 (Derogado actualmente), mediante el cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio (2007-2010) y se estableció que las Direcciones Territoriales de Salud tendrían a cargo la formulación y aprobación del Plan Territorial de Salud. Este incluía las acciones del PSPIC y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo, subsidiado y de riesgos profesionales.

En ese contexto surgió la Resolución 425 de 2008 (Derogada actualmente), expedida por el Minsalud, con el fin de facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud a los entes territoriales. Allí se definía la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento,

evaluación y control del Plan de Salud Territorial, así como las acciones que integran el PSPIC.

- Con relación al PSPIC, la contratación de las acciones de promoción de la salud, calidad de vida y prevención de los riesgos en salud, se realizaba conforme lo establecía el artículo 19 de la Resolución 425 de 2008, de la siguiente forma:
- Con IPS públicas ubicadas en el área de influencia según su capacidad técnica y operativa. Esas IPS debían cumplir las condiciones de calidad estipuladas en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006. (Derogada en la actualidad).
- Cuando las IPS públicas del área de influencia no contaban con capacidad técnica y operativa, no cumplían las condiciones de calidad o incumplían las metas de los contratos con ellas celebrados, las acciones se podían contratar con instituciones privadas; estas debían cumplir con las condiciones tanto de capacidad técnica y operativa, como de calidad.

La contratación de esas acciones con terceros debía autorizarse por los secretarios de salud departamental a los secretarios de salud municipales. Estas se llevaban a cabo utilizando las modalidades de contratación, procedimientos dispuestos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 066 de 2008 y Resolución 3042 de 2007.(Decreto y Resolución derogados actualmente).

Con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además, en materia de salud pública, promoción, prevención, se proyectó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), como política de gran impacto social para orientar la salud pública a diez (10) años; el responsable de su elaboración fue el Minsalud.

De la misma manera, se dispuso en la Ley 1438 de 2011 que las acciones colectivas de salud pública se contratarán por los gobernadores y alcaldes con las redes conformadas en el

espacio poblacional determinado por el territorio, adoptando la reglamentación que para ello expidiera el Minsalud una vez verificada la habilitación de las redes.

En el año 2013, para el logro de la equidad en salud, se adoptó, con la Resolución 1841, el PDSP 2012-2021. Con posterioridad, mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reguló el derecho a la salud individual o colectivo como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable (Barrera, 2018). Esta es la disposición normativa vigente en la materia.

En el desarrollo de ese marco estratégico, aparece en el escenario normativo de la salud pública la Resolución 518 de 2015, en la cual se define el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Este plan es administrado por el Estado, además de ser planeado y ejecutado como parte integral del Plan Territorial de Salud, bajo los parámetros del PDSP. Por esta razón, sus intervenciones están dirigidas a toda la población y son construidas en el contexto territorial.

Por su parte, la Resolución 518 de 2015 dispuso, en materia de la contratación de las acciones del PSPIC, que esta se realizará con las instituciones descritas en el artículo 14 de esta misma resolución. Se priorizarán las Empresas Sociales del Estado (ESE), siempre que estas cuenten con capacidad técnica y operativa para ello, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 15 de la citada resolución y la normatividad vigente en materia de contratación estatal.

De esta manera, en relación con el contexto y la evolución de la salud colectiva, como la contratación de sus acciones, se ha mantenido en las disposiciones normativas expedidas desde la expedición de la Constitución Política de 1991 a la fecha, producto de la descentralización administrativa y del sector salud que las entidades territoriales tengan a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Aunado a lo expuesto, el legislador ha establecido una priorización que se mantiene vigente hoy, para que las acciones que tienen a cargo las entidades territoriales en materia de salud pública dentro de las que se encuentran las intervenciones colectivas se contraten con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

El fundamento de la priorización para la contratación de las acciones del PSPIC con las IPS públicas no está desarrollado en los lineamientos que se han impartido en la materia.

Sin embargo, luego de la revisión y análisis de las consideraciones que se exponen en el marco legal citado en el presente apartado, se encuentra como criterio de relevancia para sustentar la necesidad del Estado de fortalecer a los prestadores de servicios de salud públicos a fin de poder dar respuesta con oportunidad a la situación de salud de la población y el contexto territorial.

1.3 Competencia del Ministerio de Salud y Protección Social para impartir directrices sobre el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, de obligatorio cumplimiento para el sector salud

La competencia es el principio orientador al cual debe sujetarse la actuación administrativa y contempla como uno de sus postulados que ninguna autoridad del Estado puede ejercer funciones distintas a las que le han sido atribuidas por la Constitución y la Ley. (Ibáñez, 2007).

En materia de competencias, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 consagra que el Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, teniendo como uno de los fines de esa intervención establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria. (Pinto & Muñoz, 2011).

Asimismo, el artículo 165 de la citada Ley, determina que el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, definirá un plan de atención básica – PAB- que

complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. PAB que fue remplazado en el año 2007, mediante la Ley 1122 por el PSPIC. (Belalcázar, s.f.).

Sin embargo, se cuestiona si el Ministerio de Salud y Protección Social, cuando imparte directrices con relación a la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del PSPIC, puede establecer los criterios de capacidad técnica y operativa que deben cumplir las instituciones con las que se vaya a contratar esas acciones o si debiese ser la Ley la que los fije. (Saldarriaga, s.f.).

En el caso concreto, se observan criterios como los contemplados en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015, que están orientados a verificar la capacidad técnica y operativa de las instituciones a contratar y que son verdaderos requisitos habilitantes en los procesos contractuales que tengan por objeto contratar las acciones del PSPIC. Pues, al no cumplirse al momento de ser verificados por las entidades contratantes, las instituciones no son seleccionadas para ejecutar los contratos.

No obstante, los criterios de capacidad técnica y operativa como requisitos para la contratación de las acciones del PSPIC, son una exigencia legal, que está soportada en el inciso 4 del artículo 46 de la Ley 715 de 2001. (Solís, 2015).

En lo pertinente al cuestionamiento, la Ley 1444 de 2011, y el Decreto-Ley 4107 de 2011, el Minsalud es la entidad pública del nivel central del Gobierno nacional en cabeza del Sector Salud, que tiene a cargo dirigir, orientar y evaluar el Sistema de Seguridad Social en Salud. De tales competencias, se deriva la potestad de impartir directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de planes en el ámbito del sistema bajo su dirección.

Conforme a lo anterior, el Minsalud, es un órgano de regulación y como lo señala Barreto (2019), los ministerios como órganos de regulación, en ejercicio tanto de las

facultades constitucionales y legales, como los instrumentos que los legitiman para ejercerla, pueden generar políticas públicas. Para aplicarlas, se les permite la expedición de normatividad, que es de obligatorio cumplimiento para el sector al cual regulan.

Bajo esos presupuestos, las directrices impartidas por el Minsalud en la Resolución 518 de 2015, son entonces uso de sus facultades legales, en especial las conferidas en los artículos 154 y 165 la Ley 100 de 1993, desarrollo del artículo 46 de la ley 715 de 2001 y la materialización de su competencia administrativa, con esta ejerce la función de dirección y orientación asignada por el Decreto-Ley 4107 de 2011, frente a los planes y programas del Gobierno en materia de salud pública, como es el PSPIC; y, como órgano de regulación, esas directrices son de obligatorio cumplimiento para el sector.(Minsalud, 2015).

2 Modalidad de selección, instituciones ejecutoras o cooperantes y tipos de negocio jurídico que celebra la entidad territorial referente a las acciones colectivas del PSPIC

En el presente apartado del artículo, se abordan las modalidades de selección establecidas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública para la contratación de las acciones colectivas del Plan de Salud Pública, con respecto a su objeto y a la naturaleza jurídica de las entidades que las contratan; según esta distinción, podrá una contratación llevarse a cabo mediante la modalidad de selección abreviada o la contratación directa. (Suárez, 2009).

Sin embargo, la elección por parte de las entidades contratantes entre una modalidad de selección u otra para contratar las acciones del PSPIC, estará determinada principalmente por dos factores: las instituciones con las que se adelante el proceso contractual y si esas instituciones cumplen con los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos en la Resolución 518 de 2015, debido a la priorización contemplada en el inciso 4 del artículo 46 de la Ley 715 de 2001. (Cárdenas, 2016).

Aunado a lo anterior, las entidades territoriales en el marco de sus competencias para implementar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas pueden celebrar diferentes tipos de negocio jurídico.

Negocios jurídicos que se definirán en razón a la finalidad que se tenga por las partes al realizarlos, lo que sumado a la naturaleza jurídica de las partes intervinientes, tendrá unas condiciones particulares, que serán desarrolladas en este título desde los lineamientos impartidos en la materia para los actores del Sistema General de Seguridad Social en respuesta a los interrogantes para la implementación de la Resolución 518 de 2015. (Minsalud, 2015).

2.1 Selección abreviada de instituciones privadas

La selección abreviada como modalidad de selección fue concebida por el legislador como una causal excepcional a la regla general que es la licitación pública. Esta se utiliza cuando, en la estructuración del proceso de selección, aspectos como las características del objeto a contratar, la cuantía o destinación del bien obra o servicio, o las circunstancias de la contratación, permiten que se seleccione a los contratistas del Estado mediante procedimientos más expeditos. (Guzmán, 2011).

En lo referente a la celebración de contratos para la prestación de servicios de salud, la Ley 1150 de 2007, dispuso que estos hacen parte de las causales de la selección abreviada (Rosero, 2016). En el mismo sentido, el Decreto 1082 de 2015, reglamentario del sector administrativo de planeación, contempló como otros procesos de selección abreviada la prestación de servicios de salud que requieran las entidades estatales. (Gómez, 2012).

Con fundamento en lo dispuesto en la Resolución 518 de 2015, la contratación de las acciones del PSPIC podrá realizarse con instituciones privadas,—siempre que tengan un objeto social relacionado con las acciones que se contratan y que cumplan los criterios de capacidad técnica y operativa—, cuando las instituciones públicas de la jurisdicción o

municipios vecinos de la entidad territorial que las contrata no cumplan con los requisitos de capacidad técnica y operativa fijados en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015.(Fernández, 2017).

Así, en la situación anteriormente planteada, la modalidad de selección será la abreviada en el procedimiento de menor cuantía, en aplicación de lo dispuesto para los fines pertinentes en el literal C del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, en el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015 y en el numeral 14.3 de la Resolución 518 de 2015. Según lo allí consignado, en esos casos se debe acudir a los parámetros de selección previstos en la normatividad vigente en la materia, esto es, al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

2.2 Contratación directa y Empresas Sociales del Estado de la jurisdicción y municipios vecinos

La contratación directa es una modalidad de selección, reglada y de aplicación restrictiva a las causales establecida en la Ley. Este tipo de contratación permite a las entidades estatales adquirir bienes y servicios de manera sencilla, cumpliendo los principios de la contratación estatal, sin que se deban observar requisitos o agotar etapas señaladas a otros procesos de selección. (Sentencia 24715 de 2007).

En el Estatuto de Contratación de la Administración Pública, para los casos en los que procede la contratación directa, se enlistan los contratos interadministrativos, siempre que las obligaciones derivadas de estos tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos. Esta condición fue introducida por el artículo 92 del Estatuto Anticorrupción. (Ley 1474 de 2011) (Pachón, 2014).

En cumplimiento de lo señalado en el inciso 4 artículo 46 de la Ley 715 de 2001 y en el artículo 14 de la Resolución 518 de 2015, la contratación de las acciones del PSPIC se adelantará prioritariamente con las ESE de la jurisdicción o municipios vecinos de la entidad

territorial que las contrate, siempre que estas instituciones cumplan con los criterios de capacidad técnica y operativa. (Saldarriaga, s.f.).

En Colombia, la figura de las ESE aparece con la Ley 100 de 1993, en el artículo 194, artículo reglamentado por el Decreto 1876 de 1994. Conforme a lo allí planteado, estas empresas son entidades públicas descentralizadas de categoría especial, creadas o reorganizadas por la Ley, o las asambleas o concejos, provistas de autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica. (Iniciativas por la Salud Pública, 2011).

Asimismo, las ESE, tienen por objeto la prestación de servicios de salud, como un servicio público a cargo del Estado y están integradas esencialmente por los hospitales públicos: “hospitales regionales, universitarios y especializados, y por hospitales locales”.(Leuro & Gutiérrez, 2017, p. 231).

De esta forma, la modalidad de selección será la contratación directa mediante convenios o contratos interadministrativos cuando el proceso de contratación de las acciones del PSPIC se lleve a cabo por las entidades territoriales con las ESE de la jurisdicción o de municipios vecinos de la entidad territorial que las contrate en atención a la naturaleza jurídica de la entidad contratante y el contratista. (Saldarriaga, s.f.).

Lo anterior, se debe a la relación directa entre las acciones del PSPIC y el objeto de las ESE, y a lo dispuesto en el literal C del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015.

En lo referente a los contratos y convenios interadministrativos, como lo señala Tamayo, (2010), lo que define la utilización de las palabras convenio o contrato en la relación negocial de dos entidades públicas, es el interés que tienen esas entidades al unirse en una figura o la otra. Al no ser similares estos conceptos jurídicos, dependerá del objeto del acuerdo, el tratamiento jurídico aplicable.

2.3 Negocios jurídicos que puede celebrar la entidad territorial con la institución encargada de ejecutar o cooperar en las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

La priorización de la contratación de las acciones del PSPIC con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, como se señaló en los apartados anteriores, surge por mandato del inciso 4 del art 46 de la Ley 715 de 2001 y se desarrolla en la Resolución 518 de 2015, artículos 14 y 15. (Morales, 2020).

En razón a esa priorización y a que la ejecución de las acciones del PSPIC, está en relación directa con el objeto de las instituciones prestadoras de servicios de salud priorizadas, la entidad territorial podrá contratar las citadas acciones con la ESE de su jurisdicción, o de municipios vecinos o IPS indígenas que cuenten con la capacidad para ello.

La contratación de las acciones del PSPIC, con las instituciones priorizadas se podrá adelantar mediante la modalidad de selección de contratación directa, a través de contratos o convenios interadministrativos.(Fernández, 2017).

Aunado a lo señalado, lo que no se contrate con las instituciones priorizadas, por no acreditar el cumplimiento de los criterios de capacidad técnica y operativa, se puede contratar con otras instituciones que tengan un objeto social relacionado con las acciones del PSPIC a contratar y cuenten con capacidad técnica y operativa, aplicando los mecanismos de selección previstos en las normas de contratación pública vigentes. (Saldarriaga, s.f.).

Ahora bien, en cuanto al negocio jurídico que se celebra entre la entidad territorial y el sujeto contratista encargado de ejecutar o cooperar en las acciones relacionadas con las intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública, no existe un lineamiento normativo en lo referente, desde la expedición de la Ley 715 de 2001, ni en la Resolución 518 de 2015. (Ramírez, A.M., Rocha, D.E., Durango, L. F., & Rodríguez, S. B., 2016).

Por su parte, el Minsalud (2015), en respuesta a las preguntas que se han presentado por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre el mecanismo contractual que utilice la entidad territorial para la contratación de las acciones del PSPIC, ha establecido que es un asunto de competencia de la entidad territorial.

En razón a lo anterior, será la entidad territorial quien decida sobre el mecanismo contractual a utilizar para contratar las acciones del PSPIC en su jurisdicción, para lo cual deberá tener en cuenta, su competencia, en lo referente que es quien tiene a cargo la prestación de esas acciones, su autonomía, el principio de responsabilidad y dar aplicación a las normas vigentes en materia de contratación y demás aplicables. (González, Soyo & Casadiegos, 2010).

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social, destaca frente al mecanismo contractual a utilizar para implementar las acciones del PSPIC, que las consideraciones que sustenten la decisión de la entidad territorial deben hacer parte de los estudios previos del proceso contractual. (Zambrano, 2017).

Por lo que se debe analizar la conveniencia de realizar esa contratación a través de contrato o convenio interadministrativo bajo lo regulado en el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y 95 de la Ley 489 de 1998.(Minsalud, 2015).

Lo anterior por cuanto utilizar las figuras de contrato o convenio interadministrativo para la contratación de las acciones del PSPIC, tiene efectos diferentes en la relación jurídica, en la gestión técnica – administrativa de su objeto y por supuesto en el aspecto económico. (Fernández, 2017).

De esta manera, cuando el negocio jurídico que se celebra por la entidad territorial para la contratación de las acciones del PSPIC, es un contrato interadministrativo, el ejecutor contratista de las acciones es la Empresa Social del Estado o IPS indígena priorizada,

debiendo seguir la metodología y demás aspectos de gestión técnica y administrativa definida por la entidad territorial para el cumplimiento del objeto del contrato. (Minsalud, 2015)

Además, dentro del presupuesto que se estime para la contratación la entidad territorial debe prever como mínimo los costos directos para desarrollar o prestar el bien o servicio. (Ramírez, 2013).

En cuanto los costos indirectos de la gestión u operación dentro de los que se considera el porcentaje que deberá destinar para mantenimiento hospitalario conforme a lo dispuesto en el artículo 189 de la Ley 100 de 1993, otro de los componentes de estos costos es el de imprevistos y eventual utilidad.(Zambrano. 2017).

También, en la relación contractual derivada de un contrato interadministrativo, las partes pueden negociar todos los componentes que llevarán a definir el valor del contrato, como el modelo económico que regirá el negocio jurídico, el cual puede pactarse a costo global. (Fernández, 2017).

Igualmente teniendo un valor establecido por unidad de servicio o producto, o que el valor a pagar al ejecutor sea bajo costos pagados por la institución que deberán acreditarse con sus respectivos soportes, debiendo devolver los recursos no ejecutados a la entidad contratante. (Minsalud, 2015).

Asimismo, esos modelos económicos pueden pactarse libremente por las partes contratantes en el contrato interadministrativo, debiendo atender un aspecto económico importante, que es la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado en el negocio jurídico celebrado. (Zambrano, 2017).

De otra parte, cuando el negocio jurídico celebrado sea un convenio interadministrativo, las entidades públicas E.S.E de la jurisdicción o IPS indígena se asocian con la entidad territorial, para el cumplimiento de las acciones relacionadas con las intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública. (Saldarriaga, s.f).

En este negocio jurídico la E.S.E o IPS indígena es autónoma en su gestión, como en la decisión de aportar contrapartida para la ejecución del acuerdo. (Fernández, 2017).

En lo referente, en el convenio interadministrativo no hay ánimo de lucro entre las partes, sino la unión de esfuerzos y capacidades entre la entidad territorial y la ESE de la jurisdicción o IPS indígena cooperante para que las acciones colectivas del Plan de Salud Pública se lleven a cabo. (Fernández, 2017).

Igualmente los recursos que se desembolsan se hacen a título de aportes, de los cuales se pueden descontar los costos de operación, como demás valores que estén debidamente soportados por la entidad cooperante, debiendo reintegrarse todo recurso remanente que se haya desembolsado y no invertido en el objeto del acuerdo a la entidad territorial. (Minsalud, 2015).

En tanto que, si las acciones relacionadas con las intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública se contratan con otras instituciones que tengan un objeto social relacionado con las acciones del PSPIC a contratar y cuenten con capacidad técnica y operativa. (Zambrano, 2017).

Conforme al mecanismo de selección establecido en el Estatuto de Contratación para los contratos que tengan por objeto la prestación de servicios de salud, el negocio jurídico que se celebra por la entidad territorial con la institución seleccionada es un contrato para prestación o venta de servicios de salud. (Ramírez, 2013).

Dentro de ese marco, en el análisis del sector que realice la entidad territorial como soporte de los documentos previos del proceso de selección debe tener en cuenta para determinar el presupuesto oficial, los componentes referentes a costos directos e indirectos para desarrollar o prestar el bien o servicio, como los imprevistos y eventual utilidad del ejecutor. (Saldarriaga, s.f.).

3. Requisitos habilitantes que deben exigirse a oferentes para celebrar contratos del PSPIC

En el presente apartado, se detallan los criterios habilitantes que deben exigirse a los oferentes para celebrar los contratos de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, consignados en el Estatuto de Contratación de la Administración Pública y en la Resolución 518 de 2015, expedida por el Minsalud.

Igualmente, se precisan dos aspectos con relación a los requisitos habilitantes y los criterios de capacidad técnica y operativa definidos por el Minsalud en la Resolución 518 de 2015. El primero es que las entidades contratantes deben verificar directamente el cumplimiento de esas exigencias; el segundo es que como aspectos mínimos pueden integrarse, no son excluyentes. No obstante, los criterios establecidos en la Resolución 518, deberán cumplirse siempre por las instituciones con las que se contraten las acciones del PSPIC.

3.1. Requisitos habilitantes del Estatuto de Contratación de la Administración Pública

Revisadas las normas que integran el Estatuto de Contratación de la Administración Pública en Colombia, en materia de requisitos habilitantes y para los fines del presente artículo, es relevante señalar que dentro de los factores de verificación que establezcan las entidades en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, se deben tener en cuenta los siguientes criterios: capacidad jurídica, condiciones de experiencia, capacidad financiera y capacidad de organización de los proponentes. (Sentencia 36054B de 2010).

Estos requisitos, en los procesos de selección que tengan por objeto la prestación de servicios de salud, no son verificados por las Cámaras de Comercio, por cuanto el Estatuto no exige para esos procesos que se deba requerir el RUP. Por esta razón, su revisión deberá llevarse a cabo por las entidades que adelanten los procesos de selección cuando las acciones del PSPIC se contraten mediante la modalidad de selección abreviada. (Santos, 2010).

En lo que respecta a la contratación de las acciones del PSPIC mediante la modalidad de selección de contratación directa, no hay una exigencia en el Estatuto de requisitos habilitantes específicos. Por ello, en esta modalidad, como lo señala la Agencia Nacional CCE, las entidades estatales contratantes deben verificar la idoneidad del contratista, su capacidad jurídica para contraer obligaciones, y para dar cumplimiento al objeto del contrato. (Colombia Compra Eficiente, 2014).

3.2 Criterios de capacidad técnica y operativa como condiciones habilitantes

Al estudiar la definición de capacidad para obrar, la Real Academia Española (2014), señala que es la aptitud, suficiencia o idoneidad para algo.

En Colombia, desde que apareció el concepto de capacidad técnica y operativa para la contratación de las acciones del PSPIC (Ley 715 de 2001, artículo 46), su alcance y contenido estaban a discrecionalidad de las entidades contratantes.

Es hasta la expedición de la Resolución 518 del Minsalud (2015), que se establecieron unos criterios para determinar la capacidad técnica y operativa para la contratación de las acciones del PSPIC. No obstante, hasta hoy no hay una definición de capacidad técnica y operativa.

De todas maneras, al examinar los criterios establecidos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015, se puede evidenciar que son requisitos que le apuntan a la idoneidad y experiencia de las instituciones con las que se vaya a contratar las acciones del PSPIC. (Santos, 2010).

En cuanto a su verificación, el Minsalud (2015), ha dispuesto que son las entidades contratantes a nivel distrital, departamental o municipal, las que deben hacer su verificación y determinar si las instituciones a contratar cumplen o no con los criterios de capacidad técnica y operativa. Luego podrán seleccionarlas como ejecutoras de las acciones del Plan de

Intervenciones Colectivas (PSPIC), dejando constancia de ello en los estudios previos de la respectiva contratación.

Aunado a lo anterior, la verificación de los criterios de capacidad técnica y operativa también se podrá documentar mediante un acta conjunta suscrita por las partes: entidad territorial – institución que pretenda ejecutar las acciones del PSPIC. En ella debe constarse el cumplimiento de los criterios por parte de la institución seleccionada para la contratación de las acciones.(Secretaría Distrital de Salud Pública, s.f.).

Por otro lado, la subsanabilidad es un atributo de los requisitos habilitantes contenidos en el Estatuto General de Contratación Estatal, una característica de los criterios de capacidad técnica y operativa, (Dávila, 2016). Al respecto, no existe una referencia expresa dentro de los lineamientos impartidos por el Minsalud para la contratación de las acciones colectivas del Plan de Salud Pública.

No obstante, los criterios de capacidad técnica y operativa son condiciones de verificación, por lo tanto, es procedente que las reglas para subsanar los habilitantes –que tan amplio desarrollo han tenido en la jurisprudencia del Consejo de Estado Colombiano y en la Ley– se apliquen por las entidades territoriales. Esto puede hacerse cuando, antes de la celebración de los contratos de las acciones del PSPIC, deba revisarse el cumplimiento de las condiciones de capacidad de las instituciones con que se realiza esa contratación. (Saldarriaga, s.f.).

Lo anterior responde al principio-deber de selección objetiva, conforme al cual se debe escoger el ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca (Santofimio,2017). Esto permite requerir la acreditación del cumplimiento de los criterios de capacidad técnica y operativa a los proponentes, en los términos dispuestos para ello según la modalidad de selección. (Parágrafo 1 del artículo 5, Ley 1882 de 2018).

En consecuencia, cuando las acciones del PSPIC se contraten mediante la modalidad de selección abreviada, los criterios de capacidad técnica y operativa se deben subsanar en el término de traslado del informe de evaluación del proceso. Por su parte, en la modalidad de contratación directa deben subsanarse en el término que haya señalado la entidad contratante en el requerimiento a la ESE para que allegue los soportes que acrediten su cumplimiento. (Cabas, s.f.).

3.3. Inexigibilidad el Registro Único de Proponentes (RUP): verificación por entidades de los requisitos habilitantes en los procesos contractuales del PSPIC

El Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993, en su artículo 22, derogado por el artículo 32 de la Ley 1150 de 2007) disponía que las personas naturales o jurídicas interesadas en celebrar contratos con el Estado que tuviesen por objeto obra, consultoría, suministro, compraventa de bienes muebles, debían estar inscritos en la Cámara de Comercio de su jurisdicción antes de la calificación y clasificación conforme al reglamento vigente en la materia. (Sentencia 1992 de 2010).

A partir de esa inscripción, la Cámara de Comercio conformaba un registro especial de inscritos, basado en su especialidad o en los bienes y servicios que ofertaran. A su vez, expedía certificaciones para los inscritos en las que se informaba sobre los contratos ejecutados, así como la experiencia, capacidad técnica y administrativa, relación de equipo y su disponibilidad. (Sentencia 44.846 de 2013).

En esos momentos, dentro de las excepciones del registro, su clasificación y calificación, se contemplaban los casos en los que se podía contratar directamente. Entre ellos se relacionaban la menor cuantía, los interadministrativos y los contratos que celebraran las entidades estatales para la prestación de servicios de salud. (Cámara de Comercio de Bogotá, 2010).

En la actualidad, la Ley 1150 de 2007 mantuvo la excepción del registro y la clasificación en los contratos para la prestación de servicios de salud y en los casos de contratación directa. Pero se añadió algo que no había dispuesto la Ley 80 y es que, para esos casos en los que no es obligatoria la inscripción en el RUP, serán las entidades contratantes quienes deban verificar las condiciones de los proponentes. (Ley 1150 de 2007, art. 6).

En función de lo planteado, en los procesos de contratación de las acciones del PSPIC no se exigirá a los oferentes la inscripción en el RUP, en razón a que el proceso tiene por objeto la prestación de servicios de salud cuando la modalidad de selección utilizada para la contratación sea la selección abreviada. En atención a la modalidad de selección en la contratación directa, no se exigirá el RUP cuando el proceso se adelante entre entidades estatales. (Cámara de Comercio de Bogotá, 2017).

De modo que en los procesos de contratación de las acciones del PSPIC, las entidades contratantes serán las responsables directas de la labor de revisión del cumplimiento de los requisitos habilitantes contemplados en el estatuto de la contratación administrativa, así como de los criterios de capacidad técnica y operativa señalados en la Resolución 518 de 2015.

3.4.Integración/Exclusión de los requisitos habilitantes del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos por el Minsalud

A continuación, se examina si los requisitos habilitantes del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos en la resolución 518 de 2015 se excluyen o pueden integrarse.

Es necesario retomar lo dispuesto en la definición de los requisitos habilitantes en la teoría general, tanto en la ley, la jurisprudencia y la doctrina: estos son mínimos. Es decir, son presupuestos básicos para tener en cuenta en el proceso de selección de las entidades que contratarán la prestación de servicios de salud. Su exigencia está condicionada, según lo

dispuesto por el legislador, únicamente a que sean adecuados y proporcionales a la naturaleza del contrato en cuestión y a su valor. (Solís, 2015).

Ahora bien, si la prestación de servicios de salud a contratar son las acciones colectivas del plan de salud pública, se encuentra que esos mínimos a verificar por las entidades contratantes para seleccionar a las instituciones ejecutoras de los contratos del PSPIC son los criterios de capacidad técnica y operativa, dispuestos en el artículo 15 de la Resolución 518.

De esta manera, las premisas expuestas brindan herramientas para afirmar que tanto los requisitos habilitantes de la Ley 1150 de 2007 como las condiciones de capacidad técnica y operativa de la Resolución 518 de 2015 son criterios básicos para determinar la aptitud de los oferentes; estos deben estar ajustados a la naturaleza del contrato a celebrar, su valor ya todo aquello que sea útil para la correcta ejecución del contrato. (Sentencia 42282 de 2019).

Entonces, los requisitos habilitantes de la Ley 1150 de 2007 y las condiciones de capacidad técnica y operativa de la Resolución 518 de 2015, son exigencias mínimas para establecer las condiciones de los oferentes para dar cumplimiento al objeto y las obligaciones del contrato a celebrar. Por tanto, pueden integrarse entre sí como criterios de verificación para que las entidades contratantes seleccionen a los mejores ejecutores de las acciones del PSPIC. (Saldarriaga, s.f.).

Sin embargo, como requisitos habilitantes en los procesos de selección que se adelanten para la contratación de las acciones del PSPIC, los criterios de capacidad técnica y operativa fijados en el artículo 15 de la Resolución 518 son condiciones *sine qua non*.

Por consiguiente, conforme a lo señalado en el artículo 14 de la Resolución 518, cuando las acciones del PSPIC se vayan a contratar con las ESE de la jurisdicción de la entidad contratante o sus municipios vecinos (o con instituciones privadas cuyo objeto esté relacionado con las acciones a contratar, cuando a esto haya lugar), obligatoriamente deben

exigirse a los oferentes o instituciones a seleccionar los criterios de capacidad técnica y operativa dispuestos en el artículo 15 de esta misma resolución. Los oferentes deben cumplirlos para ser ejecutores de los contratos del PSPIC. (Fernández, 2017).

4. Una mirada a los lineamientos y principios que sustentan la formulación, contratación y ejecución de las intervenciones colectivas para determinar la suficiencia de los criterios de capacidad técnica y operativa -posibles desarrollos

4.1.Lineamientos

La contratación estatal como medio para el cumplimiento de los fines del Estado es uno de los pilares en los que se justificó la importancia de este artículo en el ámbito jurídico (Matallana, 2015). Para el caso concreto del tema objeto de análisis, esta consideración es fundamental, porque las intervenciones que contempla el PSPIC plasman el mandato constitucional de tutela a la salud pública.

Con base en lo anterior, la suficiencia de los criterios habilitantes para la selección de los ejecutores de los contratos que se celebren para llevar a cabo las acciones del PSPIC es tan sustancial como la formulación de una política pública y su implementación para hacer efectivo el derecho fundamental de los ciudadanos a la salud individual o la protección a la salud colectiva. Esto se debe a que los criterios habilitantes son los mecanismos para que las entidades contratantes elijan a las instituciones técnica y operativamente idóneas para alcanzar el cometido de los contratos y, a través de estos, la materialización de los fines estatales. (Roth, 2006).

Con el objeto de determinar la suficiencia de criterios de capacidad técnica y operativa para seleccionar los ejecutores del PSPIC, además de la revisión de los presupuestos legales y reglamentarios que se mencionan en el desarrollo de este artículo, es necesario estudiar el marco en el cual se formula el PSPIC y los principios que orientan su ejecución. Específicamente es importante examinar el PDSP, el Plan Territorial de Salud, el

Análisis de la Situación en Salud y los principios denominados estatal y de territorialidad. (Minsalud 2015 Art 9).

En función de lo planteado, a continuación, se exponen los fundamentos del PSPIC.

4.1.1. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 está concebido como una política de Estado para responder a los desafíos en salud pública. Fue planteada en atención a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000) y buscaba potencializar la capacidad de los territorios, al reconocer sus diferencias para formular políticas y acciones acordes con las particularidades de las regiones y su población.

4.1.2. Plan Territorial de Salud (PTS)

Para alcanzar las metas y objetivos del PDSP, las entidades territoriales acogen y apropian su contenido mediante la figura del Plan Territorial de Salud, que es el “instrumento de política pública que permite incorporar la salud en todas las políticas del territorio” (Ministerio de protección Social y Salud, s.f., p. 1). Este hace parte de los planes de desarrollo, junto con el que se aprueba simultáneamente cada cuatro años por las asambleas departamentales, los concejos distritales y departamentales según corresponda.

Basados en las estrategias que establece el PDSP, adoptadas en el Plan Territorial de Salud, las entidades territoriales formulan y ejecutan el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), de acuerdo con los parámetros y lineamientos establecidos por el Minsalud para ello.

4.1.3. Análisis de la Situación en Salud (ASIS)

Asimismo, las intervenciones colectivas que hacen parte del PSPIC, son definidas por cada entidad territorial conforme a la situación de salud de la población, información a la que se tiene acceso a través del Análisis de la Situación en Salud (ASIS). Considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud, el ASIS recoge una serie de

procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud o enfermedad del individuo, las familias y las comunidades.(Escobar, et al.,2017).

4.2. Principios que orientan el PSPIC

Por otro lado, el PSPIC está orientado por los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contemplados en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 (modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011) y por los principios establecidos en el artículo 9 de la Resolución 518 de 2015.

Al respecto, es importante destacar que, en aplicación de los principios citados, tanto la formulación como la gestión de las intervenciones colectivas que constituyen el PSPIC tienen su principal escenario en el territorio, en el marco de las competencias que la Ley le ha asignado a los distritos, departamentos y municipios. (Romero, Cárdenas y Mosquera, 2018). A continuación, se esbozan los principios que rigen el SGSSS.

4.2.1. Descentralización administrativa

En atención a lo expuesto, la descentralización administrativa, al reconocerla capacidad institucional de las entidades territoriales, refleja el impacto que la Constitución Política de Colombia imprimió al sector salud y, especialmente, al SGSSS. (Molina y Spurgeon, 2006).

4.2.2. Estatal

De igual forma, los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las intervenciones que hacen parte del PSPIC se rigen por los lineamientos del Minsalud, pero a la vez deben involucrar lo dispuesto en el PDSP y los Planes Territoriales de Salud, como resultado de la descentralización administrativa. (Herrera, 1996).

4.2.3. Territorialidad

En ese mismo orden de ideas, la autonomía y el poder local como fundamentos del PSPIC, establecen como su principal escenario de acción al territorio, en cabeza de los distritos, departamentos o municipios.

De esta manera, en aplicación de los fundamentos expuestos, los lineamientos contenidos en el PDSP, el Plan Territorial de Salud, el ASIS y los principios que orientan el PSPIC visibilizan los desafíos en materia de salud pública. Se puede dar respuesta a dichas situaciones desde la contratación de las acciones del PSPIC, a través de requisitos habilitantes o criterios que permitan determinar la capacidad técnica y operativa de las instituciones oferentes para ejecutar las intervenciones requeridas en el territorio.

4.3 Suficiencia de los criterios de capacidad técnica y operativa establecidos en la Resolución 518 de 2015, posibles desarrollos

Al analizar el escenario en el que se formula y ejecuta el PSPIC, se echa de menos que, entre los criterios definidos por el Minsalud para determinar la capacidad técnica y operativa (contemplados en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015) de las instituciones con las que se contraten las intervenciones colectivas, no se haya tenido en cuenta un criterio basado en el análisis que el ASIS arroja sobre cada entidad territorial.

En ese sentido, como se anotó en apartados precedentes de este artículo, si bien no se estableció en la Ley 715 de 2001, y tampoco en la Resolución 518 de 2015, qué comprende el concepto de capacidad técnica y operativa, desde una perspectiva general, es posible afirmar que los dos tópicos apuntan a establecer la aptitud, la habilidad, los conocimientos, las competencias especializadas y la infraestructura requerida para cumplir los objetivos y satisfacer las necesidades planteadas.

Dentro de ese orden de ideas, la suficiencia de los criterios para determinar dicha capacidad de las instituciones, con quienes se contratan las acciones del PSPIC, se puede

delimitar cuando lo exigido permita avalar las condiciones requeridas para que se cumpla lo estipulado en el contrato.

Como se señaló al revisar los principios que orientan el PSPIC, cada entidad territorial, conforme a la situación en salud de la población y el contexto territorial, define las intervenciones colectivas que constituyen este plan. De esa manera, se establecen los criterios mencionados, y para garantizar que se ejecuten y sean eficaces los contratos, se deben considerar las intervenciones colectivas definidas en cada territorio, por cuanto al estar soportadas en el contexto actual de la población –en términos de salud específicamente–, es preciso que las acciones priorizadas para la contratación del PSPIC no sean las mismas en todos los distritos, departamentos o municipios de Colombia. Por lo anterior, los criterios contenidos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015:

- Tener mínimo dos años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.
- Disponer de un coordinador para la ejecución de las acciones del PSPIC que Se pretendan contratar, y acreditar que esta persona cuenta con el perfil establecido por la entidad territorial.
- Contar con una evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera del último contrato suscrito con una entidad territorial; esta valoración deberá estar soportada y documentada en relación con los lineamientos técnicos pactados.

Se deberá cumplir con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación, cuando la acción del PSPIC a contratar lo requiera (manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos, tamizajes o insumos médicos).

Estos requerimientos pueden no ser suficientes para identificar la capacidad técnica y operativa, exigida a las instituciones oferentes para contratar las acciones del PSPIC. Sin embargo, teniendo en cuenta que los criterios descritos son condiciones habilitantes, también

se constituyen como presupuestos mínimos a los que pueden integrarse otros requisitos, los cuales permitan acreditar la capacidad de la institución oferente para ser ejecutora de las acciones que serán contratadas por la entidad territorial.

Se plantea, entonces, como posible desarrollo en el tema, y a modo de ejemplo, lo siguiente: si tras realizar el ASIS, la situación en salud de un territorio presenta un alto índice de suicidio en la población, al momento de seleccionar la institución que ejecutará las acciones o intervenciones del PSPIC, la entidad que contrata puede exigir como requisito habilitante o criterio para establecer la capacidad técnica y operativa, en las condiciones del proceso de contratación que adelante—bien sea mediante la modalidad de selección abreviada o la contratación directa—, que la institución oferente cuente en su portafolio de servicios con urgencias psicológicas, y que acredite su experiencia en acciones de salud mental.

De manera que cada entidad territorial, en atención a las intervenciones definidas e incluidas en el Plan Territorial de Salud, y a partir del análisis de la situación en salud, de las expectativas de los sujetos en relación con su salud, del contexto territorial, y de las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública, tiene la capacidad de delimitar e integrar a los elementos señalados en la Resolución 518 de 2015 una serie de criterios, cuyo fin es observar la capacidad técnica y operativa de la institución contratada para trabajar en el PSPIC. Con ello se garantizaría que el ejecutor tenga idoneidad para realizar las intervenciones colectivas necesarias, en pro de darle respuesta a la problemática de salud pública que enfrente ese territorio.

Conclusiones

A partir del análisis contextual y teórico se elaboraron algunas conclusiones para dar respuesta al problema de investigación planteado en este artículo, el cual fue: ¿Deben integrarse criterios adicionales a los establecidos por el Minsalud, para determinar la capacidad técnica-operativa de los ejecutores de las acciones del PSPIC?

La respuesta al problema planteado es:

Las entidades territoriales, definen las intervenciones colectivas del Plan de Salud Pública que van a contratar en atención a la situación en salud de la población y el contexto territorial, razón por la cual las acciones priorizadas para la contratación del PSPIC no necesariamente son las mismas en todos los distritos, departamentos o municipios de Colombia, bajo esos presupuestos, los criterios contenidos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015 pueden no ser suficientes para determinar la capacidad técnica y operativa, exigida a las instituciones con las que se contraten o cooperen las acciones del PSPIC.

Las razones para sustentar la respuesta al problema objeto de estudio son:

En razón a que las intervenciones del PSPIC a contratar por las entidades territoriales, se priorizan con fundamento en las problemáticas en salud pública que enfrenta de forma particular la colectividad en el distrito, el departamento o el municipio, es necesario integrar criterios adicionales a los establecidos por el Minsalud, para determinar la capacidad técnica-operativa de los ejecutores de las acciones del PSPIC, criterios que estén relacionados de forma directa con las intervenciones priorizadas en el territorio, a fin de garantizar la idoneidad de la institución encargada de ejecutar o cooperar en las acciones, e impactar con eficacia mediante los contratos de esas acciones la situación en salud de la población.

Teniendo en cuenta que los criterios para determinar la capacidad técnica-operativa de la institución encargada de ejecutar o cooperar en las acciones del PSPIC, son condiciones habilitantes, las cuales se constituyen como presupuestos mínimos a los que pueden

integrarse otros criterios. Sin embargo, las entidades territoriales, cuando integren criterios adicionales en sus procesos de contratación deben fijarlos dentro de los parámetros de proporcionalidad, razonabilidad, cuantía y utilidad frente al cumplimiento del contrato, pues según la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano, estos factores deben ser atendidos por las entidades contratantes cuando fijen los requisitos habilitantes, en ejercicio del deber de selección objetiva.

Sobre los conceptos de criterio de capacidad técnica y criterio de capacidad operativa están ligados a los requisitos que deben cumplir de forma previa las instituciones, y buscan garantizar que aquellas seleccionadas para llevar a cabo las acciones del PSPIC sean aptas para su ejecución y cuenten con experiencia para ello.

En cuanto los requisitos habilitantes de la Ley 1150 de 2007, y los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa de la Resolución 518 de 2015, constituyen exigencias mínimas para establecer las condiciones de los oferentes, con el fin de darle cumplimiento al objeto y a las obligaciones del contrato. Por tanto, pueden integrarse entre sí o con otros criterios de verificación, para que las entidades contratantes seleccionen a los mejores ejecutores de las acciones del PSPIC.

Conforme a lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, en los procesos de selección abreviada para contratar las acciones del PSPIC, al tener como objeto la prestación de servicios de salud y cuando se celebren mediante la contratación directa, no se exigirá a los oferentes la inscripción en el RUP, las entidades contratantes serán las responsables directas de la labor de revisión del cumplimiento de los requisitos habilitantes o de los criterios de capacidad técnica y operativa solicitados, de forma previa a la celebración del contrato, se debe dejar constancia de la verificación de estos requisitos o criterios.

Referencias

Libros

- Arenas, G. (2007). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Bogotá: Editorial Legis Editores S.A.
- Asamblea Nacional Constituyente de Colombia. (1991). *Constitución política*. Bogotá: Legis.
- Barreto, A. (2011). *El derecho de la compra Pública*. Bogotá: Editorial Legis Editores S.A.
- Benavides, J. (2015). *Contratos públicos. Estudios (No. 5)*. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
- Cabas, I. (s.f.). *Identificación del cumplimiento de la regla de subsanación en el proceso de contratación directa de las entidades del estado, en los indicadores de Colombia Compra Eficiente*. Colombia: CCE.
- Chávez, A. (2012). *Los convenios de la administración: entre la gestión pública y la actividad contractual*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Colombia Compra Eficiente. (2019). *Encuentre en un solo lugar la normativa y jurisprudencia*. Obtenido de <https://sintesis.colombiacompra.gov.co/jurisprudencia/ficha/24081>
- Colombia Compra Eficiente. (2014). *Manual para determinar y verificar los requisitos habilitantes en los procesos de contratación*. Bogotá: Colombia Compra Eficiente.
- Dávila, L. (2003). *Régimen jurídico de la contratación estatal: aproximación crítica a la Ley 80 de 1993*. Bogotá: Editorial Legis Editores S.A.
- Fernández, L. (2017). *Contratación de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gómez, I. (2012). *El derecho de la contratación pública en Colombia. Análisis y comentarios a los reglamentos–Nuevo Decreto, 1082*. Bogotá: Legis.

- Guzmán, J. C. (2011). La selección abreviada. Una modalidad dirigida a la efectividad de la actividad contractual de las entidades del Estado. En R. Araújo, *La Ley 1150 de 2007. ¿Una respuesta a la eficacia y transparencia en la contratación estatal?* (págs. 331-348).
- Herrera, B. (1996). *Régimen de contratación estatal. Principios de la contratación estatal*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Ibáñez, J. (2007). *Estudios de derecho constitucional y administrativo*. Bogotá: Editorial Legis Editores S.A.
- Leuro, M., & Gutiérrez, C. (2017). *Contratación para los servicios de salud*. Bogotá: Editorial Ecoe.
- Matallana, E. (2015). *Manual de Contratación de la Administración Pública. Reforma de la Ley 80 de 1993*. Colombia: Editorial Universidad Externado de Colombia.
- Palacio, J. (2014). *La contratación de las Entidades Estatales*. Bogotá: Editorial Librería Jurídica Sánchez R Ltda.
- Real Academia Española. (2006). *Diccionario esencial de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rosero, B. (2016). *Contratación Estatal: Manual Teórico-Práctico*. Colombia: Ediciones de la U.
- Roth, A. (2006). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Saldarriaga, E. (s.f.). *Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Santofimio, J. (2017). *Compendio de Derecho administrativo*. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.

Santos, J. (2012). *La selección abreviada. Una modalidad dirigida a la efectividad de la actividad contractual de las entidades del Estado. La Ley 1150 de 2007: ¿Una respuesta a la eficacia y transparencia en la contratación estatal?*, . Colombia: s/e.

Secretaría Distrital de Salud Pública. (s.f.). *Componente: Orientación de la Acción para las Intervenciones Individuales y Colectivas en Salud Pública*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

Suárez, G. (2009). *La nueva contratación pública en Colombia. Anotaciones sobre la Ley, 1150*. Bogotá: Editorial Legis Editores S.A.

Tamayo, M. (2010). *La Ley 1150 de 2007: ¿Una respuesta a la eficacia y transparencia en la contratación estatal?* Colombia: Editorial Universidad del Rosario.

Artículos

Belalcázar, Peña. I.E. (s.f.). La equidad en el plan obligatorio de salud colombiano: Una visión comparada. (Doctoral disertación, Universidad Nacional de Colombia).

Escobar, F., Castillo, P., Rodríguez, N., Quintero, C., & Castañeda, C. (2017). Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. *Revista de Salud Pública*, 19, 368-373.

González, Y., González, D., Soyo D & Casadiegos, H. (2010). Evolución de la Participación del estado en la salud pública y la financiación del plan territorial de salud CES. *Salud Pública*, 1 (1) 109 – 121.

Iniciativas por la Salud Pública. (2011). Cartilla No. 2. Propuesta de un sistema de salud para Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2, 8-99.

Molina, M., & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y política pública*, 16(1), 171-202.

Pinto, D., & Muñoz, A.L. (2011). Colombia sistema general de seguridad social en salud. Estrategia del BID 2014.

- Ramírez Ramírez, A. M., Rocha Beltrán, D. E., Durango Suárez, L. F., & Rodríguez Álvarez, S. B. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, 7(2), 13-41.
- Romero, S. L., Cárdenas, V. E., & Mosquera, D. C. (2018). *Reformas al sistema general de seguridad social en salud en Colombia desde la calidad de la prestación de los servicios [Monografía]*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Sierra, O., Lopera, M.M., Guerrero, B.M.C., & Montoya, PC. (2004). El plan de Atención Básica en los municipios descentralizaciones en Colombia, 2001 – 2003. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia, 22 (2), 3.
- Solís, F. (2015). El principio de proporcionalidad y los requisitos habilitantes en la contratación estatal. *Diálogos de saberes*, (43), 22-43.
- Tatis, I. Arzuza, K. & Fortich Valencia, F.E.D. (2011). Lineamientos de gestión institucional para la contratación de las empresas sociales del Estado, hospitales públicos con operadores externos para la prestación de sus servicios de salud – segundo semestre 2010. (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).

Documentos electrónicos

- Cárdenas, C. (2001). *Estrategia didáctica para el acompañamiento de la asignatura dinámica*. Obtenido de Universidad Cooperativa de Colombia:
<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/528/1/Estrategia%20Did%3%a1ctica%20para%20el%20Acompa%3%b1amiento%20de%20la%20Asignatura%20Din%3%a1mica.pdf>.
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2010). *ABC del RUP: registro único de proponentes*. Obtenido de <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/18231>

Cámara de Comercio de Bogotá. (2017). *Vademécum Registro Único de Proponentes (RUP)*.

Obtenido de <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/18234>

Departamento Nacional de Planeación. (2016). *Informe seguimiento austeridad del gasto I*

trimestre de 2016. Obtenido de

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/Informe%20Gasto%20DNP%20%20I%20>

[TRIM%202016.pdf?Mobile=1&Source=%2FCDT%2F_layouts%2F15%2Fmobile%2](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/Informe%20Gasto%20DNP%20%20I%20)

[Fviewa.aspx%3FList%3De44ac768-6f6e-4f63-a2f5-](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/Informe%20Gasto%20DNP%20%20I%20)

[a5d6f0a0f012%26View%3Dc3c0447e-b31f-46dd-9c6e-](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/Informe%20Gasto%20DNP%20%20I%20)

[351e5cc4211b%26wdFCCState%3D](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/Informe%20Gasto%20DNP%20%20I%20)

González, Y. (2017). *Celebración de contratos sin el cumplimiento de requisitos legales*

esenciales. Obtenido de Universidad EAFIT:

https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/12315/YesicaMarcela_GonzalezCano_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Plan territorial de salud*. Obtenido de

<https://www.calameo.com/books/001493445a782658baf35>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (1996). *Participación Social: orientaciones para*

su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública

de intervenciones colectivas. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-participacion-social.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social.(2015). ABC para la implementación de la

resolución 518 de 2015. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/preguntas-frecuentes-sobre-la-implementacion-Resolucion-518-de-2015.pdf>.

Morales, E. (2020). Informe Técnico sobre las directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas – PIC, asignando las responsabilidades de los departamentos, municipios e instituciones. Obtenido de [file:///C:/Users/ESCRITORIO/Downloads/Concepto%20Jur%C3%ADdico%2020201400036691%20de%202020%20Edilfonso%20Morales%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ESCRITORIO/Downloads/Concepto%20Jur%C3%ADdico%2020201400036691%20de%202020%20Edilfonso%20Morales%20(3).pdf).

Leyes – Decretos y Resoluciones

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 23 de diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41.148. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 80 de 28 de octubre de 1993. Diario Oficial No. 41.094. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0080_1993.html.

Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 21 de diciembre de 2001. Diario Oficial No 44.654 . Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html.

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 9 de enero de 2007. Diario Oficial No. 46.506. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html.

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1150 de 16 de julio de 2007. Diario Oficial No. 46.691. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1150_2011.html.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 19 de enero de 2011. Diario Oficial No. 47.957. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1444 de 4 de mayo de 2011. Diario

Oficial No. 48.059. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1444_2011.html.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1474 de 12 de julio de 2011. Diario

Oficial No. 48.128. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1474_2011.html.

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1882 de 15 de enero de 2018. Diario

Oficial No. 50.477. Bogotá,

Colombia.http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1882_2018.html

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de

2015. Diario Oficial No. 49.427. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1043 de 3 de abril de 2006. Diario

Oficial No.46271. Bogotá, Colombia.[https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-](https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf)

[calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.p](https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf)
df.

Ministerio de protección Social. (2007). Resolución 3042 de 31 de agosto de 2007. Diario

Oficial No. 46.742. Bogotá,

Colombia.[https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26474&dt](https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26474&dt=S)

=S.

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 425 de 11 de febrero de 2008. Diario

Oficial No.46902. Bogotá,

Colombia.[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf)

[N%20 0425%20DE%202008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013.

Diario Oficial No. 48.811. Bogotá,

Colombia.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 518 de 24 de febrero de 2015.

Diario Oficial No. 49.436.Bogotá,

Colombia.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 06 de mayo de 2016. Diario

Oficial No. 49.865.Bogotá,

Colombia.https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf.

Presidencia de la República de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 6 de abril de 2006. Diario

Oficial No. 46230.Bogotá,

Colombia.https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.

Presidencia de la República de Colombia. (2007). Decreto 3039 de 10 de agosto 2007. Diario

Oficial No. 46.716.Bogotá,

Colombia.<https://www.ins.gov.co/Normatividad/Decretos/DECRETO%203039%20DE%202007.pdf>.

Presidencia de la República de Colombia. (2008). Decreto 066 de 16 de enero de 2008.

Diario Oficial No. 46.873.Bogotá,

Colombia.<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28244&dt>
S.

Presidencia de la República de Colombia. (2011). Decreto-Ley 4107 de 2 de noviembre de

2011. Diario Oficial No. 48.241. Bogotá,

Colombia.https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf.

Presidencia de la República de Colombia. (2015). Decreto 1082 de 26 de mayo 2015. Diario Oficial No. 49.523. Bogotá, Colombia.<https://www.dnp.gov.co/Paginas/Normativa/Decreto-1082-de-2015.aspx>.

Jurisprudencia

Consejo de Estado. (2007). Sentencia 24715 de 3 de diciembre de 2007. M.P: Ruth Stella Correa Palacio. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2010). Sentencia 36054B de 4 de abril de 2010. M.P: Enrique Gil Botero. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado (2010). Sentencia 1992 de 20 de mayo de 2010. M.P. Enrique José Arboleda Perdomo. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2013). Sentencia 44.846 de 26 de agosto de 2013. M.P. Enrique Gil Botero. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2014). Sentencia 13001 de 26 de febrero de 2014. M.P. Enrique Gil Botero. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2014). Sentencia 29.855 de 12 de noviembre de 20.14. M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2018). Sentencia 01082 de 16 de agosto de 2018. M.P. Stella Conto Díaz del Castillo. Bogotá, Colombia.

Consejo de Estado. (2019). Sentencia 42282 de 31 de mayo de 2019. M.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas. Bogotá, Colombia.