



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN PRIMERA
SUBSECCIÓN B**

**SENTENCIA
N°2026-03-38 AP**

Bogotá, D.C., Trece (13) de Marzo de dos mil veintiséis (2026)

EXP. RADICACIÓN: 25-000-2341-000 2016-00521 00
MEDIO DE CONTROL: PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS
DEMANDANTE: GERMAN HUMBERTO RINCÓN PERFETTI
DEMANDADO: NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y OTROS.
TEMAS: ACCESO A LA INFRAESTRUCTURA QUE GARANTICE LA SALUBRIDAD PÚBLICA - CAMAS PEDIÁTRICAS
ASUNTO: SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA
MAGISTRADO PONENTE: MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN

Vista la constancia Secretarial que antecede, procede la Sala a pronunciarse de fondo sobre las pretensiones de la demanda, señalando previamente que se ha efectuado el control de legalidad y no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, así mismo que la decisión se adoptará teniendo en cuenta los siguientes:

I. ANTECEDENTES:

1.1 Resumen de la demanda (Fls. 1 a 33 CP):

Germán Humberto Rincón Perfetti, en nombre propio, interpone acción popular en contra del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y

Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de amparar los **derechos colectivos** referentes a los pacientes con enfermedades de alto costo, crónicas, huérfanas y discapacidades quienes son sobre todo niños y niñas, salubridad, seguridad pública e infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, los cuales habrían sido presuntamente vulnerados con ocasión a la escases de camas pediátricas en las EPS e IPS.

Como **hechos** relevantes expone en la demanda:

1. La Honorable Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento, estableció la urgencia de ajustar el cálculo de la UPC para niños y niñas de acuerdo con los costos reales de prestación de servicios de salud, descartando el uso del costo de vida que desequilibra el sistema de compensación.
2. A pesar de este mandato, el valor adicional de la UPC destinado a menores no ha repercutido ni en el pago efectivo de las EPS a las IPS ni en la calidad de la atención brindada a este grupo poblacional.
3. Esta situación ha impulsado a las EPS a reducir costos a fin de resultar competitivas y, con ello, sacrificando la atención oportuna e integral.
4. Con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el legislador estimó la salud como derecho fundamental, mandato que obligó a regular el Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS) bajo parámetros de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad.
5. Desde 2010, las IPS han cerrado sistemáticamente camas pediátricas, especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos, agravadas por millonarias deudas de las EPS y un déficit de especialistas que compromete la atención oportuna de niños y niñas.
6. Esta crisis, conocida como el “paseo de la muerte” en medios de comunicación, impacta más a los menores de 1 a 4 años que acuden con mayor frecuencia a urgencias, situación que se intensifica en temporadas de lluvia.
7. Adicionalmente, la Superintendencia de Salud, reducida a una sola sede en Bogotá tras la Ley 100 de 1993, junto con el Ministerio de Salud y las

Secretarías Regionales, han permanecido al margen del control y vigilancia necesarios para frenar el cierre de camas pediátricas.

8. Organizaciones como ACEMI, la Sociedad Colombiana de Pediatría, la Federación Médica Colombiana y el Banco Mundial han denunciado públicamente el déficit hospitalario pediátrico –14 camas por cada 10.000 habitantes frente a un estándar de 24-26– sin que hasta ahora se adopten medidas nacionales efectivas.
9. En Bogotá, las cifras reflejan la pérdida neta de 321 camas pediátricas entre 1999 y 2011, mientras que a nivel nacional se superan las 750 camas clausuradas, según los censos y reportes oficiales presentados al Congreso en marzo de 2012.
10. A pesar de múltiples derechos de petición, incluido el radicado No. 201523101181321 del 9 de julio de 2015 y un auto de seguimiento (Auto 065 de 2012) que cuestiona la suficiencia de la UPC-S para menores, ni el Ministerio ni la CRES han demostrado que el valor asignado garantice la prestación integral de servicios pediátricos.
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL remitió un reporte consolidado para los años 2010 a 2015 de las novedades presentadas para los prestadores sobre cierre de camas pediátricas con fecha de corte al 7 de julio de 2015, la cual se transcribe a continuación:

Novedad	Tipo Cama	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Apertura	Cuidado Intensivo Pediátrico	136	113	95	79	59	30
Apertura	Cuidado Intermedio Pediátrico	72	120	37	92	70	36
Apertura	Pediátrica	1.292	1.044	1.340	915	617	282
Apertura	Unidad de Quemados Pediátrico	5	14	7	9	4	

Apertura	Subtotal Apertura	1.505	1.291	1.479	1.095	750	348
Cierre	Cuidado Intensivo Pediátrico	88	27	43	56	43	21
Cierre	Cuidado Intermedio Pediátrico	119	18	50	38	41	17
Cierre	Pediátrica	618	793	498	518	573	245
Cierre	Unidad de Quemados Pediátrico	14			6	5	3
Cierre	Subtotal Cierre	839	838	591	618	662	286

12. Adicionalmente, la Sociedad Colombiana de Pediatría, en ejercicio de sus funciones ha elaborado censos en materia de cierre de camas pediátricas en Unidades de Cuidados Intensivos, arrojando los siguientes resultados.

INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CAMAS
Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos	170
Clínica del Niño Jorge Bejarano (Pub)	120
Clínica Policarpa	20
Epsiclínicas	20
Clínica Partenón	Disminución ND
Clínica de Occidente	30
Hospital de la Misericordia	Disminución ND
Videlmedica	30
Clínica Palermo	25
Clínica San Rafael	Disminución 16
Clínica del niño	10 (UCIP)
TOTAL	476

MENOS LAS CREADAS	356
--------------------------	------------

13. Clínicas como la de Occidente han detallado en respuesta a peticiones que las EPS imponen condiciones que obstaculizan la atención especializada (ej., exigen valoración por médico general o traslados injustificados y desconocen tarifas diferenciales).
14. Desde 1999 no se ha adoptado ninguna decisión estructural a nivel nacional, y las entidades de control –Contraloría General, Procuraduría y Personería de Bogotá– carecen de investigaciones o procesos abiertos para atender esta alarmante situación.
15. Estas circunstancias demuestran una crisis sistémica en el SSSS que vulnera el derecho fundamental a la salud de los niños y niñas, al tiempo que amenaza derechos colectivos y compromete la infraestructura sanitaria destinada a su protección.

Como pretensiones del libelo, planteó:

“1. ÓRDENES RELACIONADAS CON EL CIERRE DE CAMAS PEDIÁTRICAS

- 1.1. *Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social expida una reglamentación que cubra los siguientes temas, con fundamento en las funciones atribuidas a esta entidad en los términos del artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y el Artículo 2° del decreto 4107 de 2011, en especial la de “...preparar normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud...” y los artículos 5, 6 y 11 de la Ley 1751 de 2015.*
- 1.1.1. *Prohibición de los cierres de camas pediátricas. Las Entidades Prestadoras de Salud (en adelante “EPS”) o las instituciones Prestadoras de Salud (en adelante “IPS”) deberán solicitar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL o entidad territorial correspondiente autorización previa para el cierre de camas de pediatría y presentarán con 6 meses de antelación el plan de reemplazo para la atención de pacientes pediátricos en nuevas camas de pediatría. La entidad territorial estudiará la solicitud y los planes propuestos, igualmente, podrá autorizar o negar la solicitud de acuerdo al resultado. Para el estudio consultará con las sociedades científicas y Federación Médica quienes darán su concepto sobre la petición. La entidad que cierre camas sin el cumplimiento de estos requisitos será objeto de sanción, multa y/o cierre temporal o definitivo a cargo del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.*

1.1.2. *Las entidades territoriales y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y Protección Social determinarán el número de camas totales necesarias neonatales (pacientes de 0 a 30 días de edad) y las camas de pediatría (1 mes a 18 años de edad) así como las camas de Cuidado Intensivo Pediátrico (un mes de edad a 18 años en estado crítico) con base en el número total de niños de esos grupos de edad en la ciudad o región, de acuerdo a los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (en adelante “OMS”).*

1.2. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL y a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, que tomen las medidas necesarias para garantizar la apertura de las camas pediátricas clausuradas desde el año 2010 en IPS's a nivel nacional. Lo anterior en virtud de la función del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y Protección Social de ser director y orientador del sistema de vigilancia en salud pública (Artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011 y los artículos 5,6 y 11 de la ley 1751 de 2015; y las funciones de control y vigilancia de la Superintendencia de Salud (Ley 1122 de 2007 y Decreto 2462 de 2010).*

A efectos de garantizar en número de camas mínimas conforme las recomendaciones de la OMS que debe tener cada país y tomando como referencia los estándares de países con los mejores indicadores en mortalidad infantil, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL debe implementar mediante las órdenes 1.1 y 1.2 en el plazo de seis (6) meses, el número de camas pediátricas por cada 10.000 habitantes establecidos por dicha Organización.

1.3. *Ordenar a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD realizar de oficio visitas permanentes (mínimo dos veces al año) a cada una de las Instituciones habilitadas para revisar unidades neonatales y de cuidado intensivo pediátrico y corroborar que están en funcionamiento las camas de pediatría habilitadas y que cuentan con el cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos. Esta orden se realiza en consonancia con las funciones de vigilancia y control de la referida Superintendencia que le permiten sancionar las actuaciones contrarias al ordenamiento jurídico, así como emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre la manera en que deben cumplir las disposiciones que les apliquen, (Ley 1122 de 2007 y Decreto 2462 de 2010).*

1.4. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL incluir dentro de los requisitos de habilitación para las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas de segundo (II) tercer nivel (III) de atención, contar con cobertura de atención para menores de edad, siendo obligatorio tener servicios de hospitalización de pediatría, medicina interna, ginecobstetricia y cirugía general, es decir deben contar con las cuatro*

especialidades básicas. Igual requisito deberán cumplir aquellos hospitales que se llamen Hospitales Universitarios dado que realicen formación de estudiantes de pregrado y postgrado del País. Dichos servicios se prestarán directamente en estas entidades y en ningún caso por convenios con otras entidades.

2. ORDENES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS Y ADOLESCENTES

- 2.1. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL expedir una reglamentación fundamental en el Artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011 y los artículos 5, 6 y 11 de la ley 1751 de 2015, para que toda IPS de segundo (II) tercer (III) nivel deba acreditar tener un porcentaje de servicios obligatorio para la atención de niños y niñas para su acreditación. Y, respecto de las IPS de primer nivel (I) de atención, éstas deberán obligatoriamente acreditar como mínimo servicios ambulatorios o de consulta externa en pediatría, medicina interna, cirugía y ginecología. De lo contrario, dichas instituciones no podrán estar habilitadas, o de estarlo actualmente, se les dará un plazo para que cumplan con esta exigencia a efectos de mantener su habilitación. Lo anterior teniendo en cuenta:*
 - 2.1.1. *Que el 32% del total de la población del país es menor de 18 años y que esta población se encuentra en los más de 1.100 municipios del país.*
 - 2.1.2. *Que la atención en salud de menores de 18 años debe ser llevada a cabo en servicios de pediatría con el fin de garantizar la atención adecuada. Lo anterior teniendo en cuenta que la Convención Internacional de Derechos del Niño y la Constitución Política considera que son niños, niñas y adolescentes menores de 18 de edad y a ellos y ellas debe garantizarles el mejor estado de salud y bienestar, siendo los especialistas en pediatría los idóneos para la atención de esta población.*
 - 2.1.3. *Que deberán ordenarse requisitos de habilitación para la atención de adolescentes (13 a 17 años de edad) dentro de los servicios de pediatría, para lo cual se invitará a participar a la Sociedad Colombiana de Pediatría y Federación Médica Colombiana para su construcción.*
 - 2.1.4. *Que dicha reglamentación debe estar acorde a los estándares internacionales, y en consecuencia SE ORDENE considere para todos los efectos, a toda persona menor de 18 años como beneficiaria de los servicios de pediatría. Considerando que en la práctica a veces se consideran únicamente los menores de 12 o 14 años de edad a efectos de prestar servicios de pediatría.*
 - 2.1.5. *Que la reglamentación a expedir debe diferenciar en materia de servicios gineco-obstetras la atención de pacientes adolescentes en condiciones diferenciales y de acuerdo a sus necesidades; reconociendo que estas pacientes*

requieren diferentes estándares de atención que las pacientes requieren diferentes estándares de atención que las pacientes adultas (mayores de 18 años). Para lo anterior se crearán las condiciones de habilitación con las sociedades científicas pertinentes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

- 2.1.6. *Que es función del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL formular la política, dirigir orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Así como preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud en el marco de sus competencias. (Artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y el Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011).*

3. ORDENES RELACIONADAS CON EL FORTALECIMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

- 3.1. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL un PRESUPUESTO DE URGENCIA para la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de ampliar sus sedes por lo menos al 50% de municipios del país a mediano plazo - siendo el máximo de 2 años. Lo anterior, a efectos de tener presencia activa en todos los municipios del país y así poder implementar una política pública nacional de vigilancia al sistema de seguridad social en salud que tenga una cobertura en tiempo real y en todos los municipios del país, teniendo en cuenta que actualmente la Superintendencia no cuenta con una eficiente infraestructura, cobertura, recurso humano y financiero y que la misma solo tiene una sede en todo el país, Bogotá. Garantizando así, el efectivo cumplimiento de las demás pretensiones contenidas en esta acción tendientes a la protección de los derechos a la salubridad y seguridad pública, y el derecho colectivo a una Infraestructura de servicios adecuada y suficiente para la salubridad pública de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en las unidades de camas pediátricas en las IPS y EPS del país.*

Lo anterior en desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 489 de 1998 y el Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011. En específico, los numerales 20 y 21 del Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011 que establecen como funciones del referido Ministerio, “Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio”; y “Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad”.

4. ORDENES RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Teniendo en cuenta que la promoción y prevención de la salud en los menores, ayuda a prevenir las enfermedades, disminuyendo la posibilidad de acudir a los servicios de urgencias, que en el país están colapsados, Ordenar:

- 4.1. *Al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL aumentará el valor de la Unidad el Pago por cabeza -UPC- para estos temas.*
- 4.2. *A la SUPERINTENDENCIA DE SALUD realizar visitas de oficio mínimo 4 al año a cada EPS para verificar la atención primaria en salud.*
- 4.3. *Al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL expedir la reglamentación necesaria para que sea obligatorio para todas las E.P.S., conformar equipos de atención primaria en salud y que los mismos estén conformados por un equipo con una mirada desde la salud pública, los hábitos poblacionales, las costumbres de la población y por ello deben estar integrados como mínimo por profesionales de la enfermería, medicina general, odontología y promotores de salud, antropólogos y psicólogos.*
- 4.4. *Al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL expedir la reglamentación relacionada con los recursos de prevención y promoción de la salud para que sean manejados directamente por el estado con exigencia de resultados de estos programas dentro de los cuales se garantice cobertura y sin probar resultados e impacto no realizar desembolsos finales.*

5. ORDENES RELACIONADAS CON SISTEMAS DE ALERTAS TEMPRANAS

- 5.1. *Ordenar a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD fortalecer un sistema de control y vigilancia del sistema de seguridad social en salud, que monitoree en forma frecuente los diversos factores que llevaron al cierre de camas con el fin de establecer unas alertas tempranas que eviten la vulneración por acción o por omisión de los derechos de niños y niñas relacionadas con la atención hospitalarias. En concordancia con las funciones asignadas en los términos de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2462 de 2010.*

6. ORDENES RELACIONADAS CON INVESTIGACIÓN

Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL que dentro de los seis (6) meses siguientes a la ejecutoria de la sentencia:

- 6.1. *Adelante una investigación para establecer el número de camas pediátricas que requiere el país por cada habitante, distribuidas en todo el territorio nacional, para así tomar las decisiones necesarias en cuanto al mínimo número*

de camas que deben estar habilitadas. Lo anterior logrando un control efectivo del cierre sistemático de camas pediátricas en función de su necesidad.

- 6.2. *Estudios de investigación para: necesidades reales de infraestructura para atención pediátrica a nivel nacional, recurso humano e insumos para atención de población de 0 a 18 años.*

7. ORDENES RELACIONADAS CON LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA MENORES DE EDAD

- 7.1. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y/o quien corresponda realizar las labores necesarias para que en el término de un año (1) se encuentre aprobada una política pública en salud para niños y niñas en Colombia y que la misma quede automáticamente incluida dentro de los servicios que se lleven a cabo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, llámese Plan Obligatorio de Salud (en adelante “POS”) o su equivalente o el que le sustituya (Artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y Artículo 2° del Decreto 4107 de 2011).*

- 7.2. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, que en desarrollo de sus funciones dicha reglamentación establezca treinta (30) minutos como tiempo mínimo de duración de una consulta de un niño, niña o adolescente.*

8. ORDENES RELACIONADAS CON EL SISTEMA EDUCATIVO PREGRADOS - POSTGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA DEL GRUPO DE SALUD CON RELACIÓN A LOS DERECHOS Y ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

- 8.1. *Ordenar al MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL incluir en todos los programas de formación del país relacionados con carreras técnicas o profesionales vinculadas al sector salud una cátedra sobre los derechos privilegiados de los niños y las niñas, incluyendo estudios de casos, reglamentación internacional, bloque de constitucionalidad, Constitución Política y leyes de menores y adolescentes. (Artículo 2 del Decreto 5012 del 28 de diciembre de 2009).*

- 8.2. *Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL reglamentar programas de educación continua para actualización al grupo de salud en todas las E.P.S y las I.P.S del país en perspectiva de derechos de los y las menores de edad y que esta sea un requisito necesario para la habilitación. (Artículo 59 de la Ley 489 de 1998 y Artículo 2° el Decreto 4107 de 2011)”.*

1.2 Coadyuvantes parte demandante

1.2.1 Sociedad Colombiana de Pediatría, su Regional Bogotá (Fls. 113 a 146 C1), (Fls 330 a 342 C1) y Colegio Médico de Cundinamarca (Fls.189 a 210 C1):

Mediante escritos presentados el 16 y 17 de mayo de 2016, la Sociedad Colombiana de Pediatría y su Regional Bogotá informaron sobre la situación de los servicios pediátricos en el país. Según el reporte de sus más de 3.000 afiliados, a diciembre de 2014 se registró el cierre de casi 1.000 camas hospitalarias a nivel nacional. La organización señaló que, desde el año 2011, inició una labor de recopilación de datos ante la ausencia de cifras oficiales por parte del Ministerio de Salud, entidad que no disponía de dicha información debido a que los prestadores de servicios no reportan formalmente el cierre de camas pediátricas ante las autoridades territoriales.

No obstante, la falta de registros oficiales, las recurrentes notificaciones de cierres en diversas ciudades persistieron sin que se implementaran medidas de contingencia previas para garantizar la atención de los menores. En este contexto, los datos reportados evidencian una sobreocupación en los servicios de urgencias pediátricas de entre el 150% y el 250%, lo que demuestra el déficit de capacidad instalada tanto en hospitalización general como en Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), cuya demanda se incrementa sustancialmente durante los picos epidemiológicos respiratorios.

Como sustento de los hechos presentados en la acción popular, se refirieron casos de traslados de pacientes hacia otras ciudades ante la inexistencia de cupos en su lugar de origen, situaciones documentadas por medios de comunicación y verificables mediante fuentes públicas. Finalmente, las organizaciones manifestaron su disposición para comparecer ante el Despacho con el fin de ratificar o ampliar bajo juramento los hechos expuestos, en caso de ser requerido.

1.2.2 Fundacancer (Fls.268 a 269 C1):

Fundacáncer interviene en el proceso con el propósito de **coadyuvar** las pretensiones del medio de control, fundamentando su postura en la existencia de barreras administrativas sistémicas que configuran una falla en la prestación del servicio de salud para menores con patologías oncológicas. La organización afirma que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) incurren en dilaciones injustificadas al exceder los términos perentorios para la expedición de autorizaciones y, simultáneamente, efectúan remisiones a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

con las cuales no median convenios vigentes; tal proceder constituye una vulneración directa al principio de oportunidad y continuidad del tratamiento médico. Esta deficiencia estructural se ve agravada por el cierre de unidades oncológicas especializadas, circunstancia que ha propiciado el surgimiento de establecimientos que operan al margen de los estándares de habilitación exigidos por el Ministerio de Salud, obligando a los pacientes a permanecer en servicios de urgencias por periodos prolongados antes de acceder a una unidad de hospitalización.

Aunado a lo anterior, señala una debilidad en el ejercicio de la **inspección, vigilancia y control (IVC)**, derivada de la insuficiente presencia territorial de la Superintendencia Nacional de Salud, cuya dependencia de canales virtuales segrega a la población vulnerable carente de infraestructura tecnológica. Asimismo, se advierte una inobservancia sistemática de la Ley del Niño con Cáncer y del precedente judicial contenido en múltiples fallos de tutela que protegen los derechos a la salud y a la vida. Por consiguiente, sostiene que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, debe asumir la posición de garante para asegurar el cumplimiento normativo mediante el seguimiento riguroso a los actores del sistema. Finalmente, insta a la implementación de programas de educación y prevención que, en el marco de la salud pública, permitan mitigar el impacto financiero del sistema y aseguren la efectividad de los derechos colectivos reclamados.

1.2.3 Defensoría del Pueblo - Defensoría Delegada para los Derechos de la Infancia, la Juventud y el Adulto Mayor (Fls.290 a 295 y 303 a 312 C1):

La Defensoría del Pueblo, a través de su Delegada para los Derechos de la Infancia, la Juventud y el Adulto Mayor, sostiene que el núcleo de la presente acción popular radica en la garantía de que solo operen las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que cuenten con servicios debidamente habilitados por las Secretarías de Salud, conforme a los rigurosos criterios de la norma técnica. La entidad enfatiza que servicios críticos como las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios requieren una infraestructura especializada de monitoreo, asistencia médica permanente y equipos de alta complejidad, cuyo dimensionamiento no puede ser arbitrario. Al respecto, advierte un vacío normativo definitorio sobre el número de camas pediátricas obligatorias por unidad habilitada, lo que hace imperativo que el Estado realice estudios técnicos acuciosos de oferta y demanda nacional. Dichos estudios deben considerar variables como el porcentaje de ocupación, la suficiencia del recurso humano y la disponibilidad de tecnologías en salud,

atendiendo siempre a las particularidades territoriales para cerrar la brecha entre la red disponible y la demanda real del servicio.

Desde la perspectiva del derecho sustancial, la Defensoría califica la clausura de camas pediátricas registrada desde el año 2010 como una conducta perturbadora que trasciende la esfera de los derechos colectivos para vulnerar derechos fundamentales individuales. Argumenta que este cierre masivo por parte de EPS e IPS representa un retroceso injustificado en la política pública del sector, contraviniendo el **interés superior del menor** y el principio de **progresividad y no regresividad** de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En su análisis, cualquier medida que menoscabe la universalidad e integralidad de la seguridad social resulta inconstitucional al afectar a un grupo de especial protección (0 a 18 años). En consecuencia, solicita al juzgador proferir órdenes perentorias para que el Ministerio de Salud adopte las provisiones necesarias que impidan el desamparo prestacional y aseguren que la atención pediátrica no sea cohibida, garantizando así la prevalencia del derecho a la salud en todas las etapas del ciclo vital.

1.2.4 Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Boyacá (Fls.688 a 690 C2):

Mediante escrito de 29 de enero de 2018, la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Boyacá, expresó que, comparte plenamente los argumentos esenciales expuestos por el demandante, y puntualmente se refirió sobre situación del Departamento de Boyacá, en la que incluyó el cierre de camas pediátricas y el despido de neonatólogos.

Señaló que el cierre sistemático y masivo de camas pediátricas en Unidades de Cuidado Intensivo carece de control y vigilancia del Estado, función que radica en la Superintendencia Nacional de Salud y en el Ministerio de Salud y Protección social, quienes no han adoptado medidas para evitar que este fenómeno se acreciente.

1.2.5 Sindicato de Médicos y Odontólogos (Fls 1150 y 1558 C3), Central Unitaria de Trabajadores (Fls 1160 a 1171 C3), Colegio Médico de Cundinamarca (Fls 1176 a 1187 C3), Asociación Médica Sindical Colombiana ASMEDAS (Fls 1193 a 1202 C3), Unión de Cirujanos Pediatras (Fls 1203 a 1211), Sindicato de Anestesiólogos de Bogotá y Cundinamarca (Fls 1212 a 1220 C3) y Sindicato de Trabajadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael y de otras entidades de la orden San Juan de Dios “ASINTRAF”

Mediante memoriales radicados en mayo de 2019, las organizaciones sindicales informaron sobre problemas estructurales en el sistema de salud colombiano que afectan a los menores de edad. Según cifras del DANE, el país cuenta con aproximadamente 49 millones de habitantes, de los cuales 6.700.000 son menores de 14 años y 2.120.000 son adolescentes de entre 15 y 19 años.

Asimismo, se reportó una disponibilidad de 1,7 camas por cada 1.000 habitantes, lo que equivale a 84.556 camas hospitalarias a nivel nacional (REPS; Ministerio de Salud 2018). De este total, 39.961 están destinadas a adultos, 10.057 a población pediátrica, 7.543 a obstetricia y 5.684 a cuidados intensivos. Lo anterior implica que la población menor de 14 años dispone de apenas 1,5 camas por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio nacional.

Al respecto, el sindicato manifiesta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un estándar de 4 camas por cada 1.000 habitantes. Bajo este criterio, Colombia requeriría 26.800 camas para menores de 14 años; sin embargo, al contar únicamente con 10.057, existe un déficit de 16.743 camas pediátricas.

Por otro lado, se indica que los servicios de pediatría en las IPS generan menores utilidades económicas en comparación con otros servicios. Esto se debe a que la población infantil demanda una mayor inversión en personal, pero requiere con menor frecuencia tecnología y medicamentos de alto costo en hospitalización general. El 80% de la morbilidad pediátrica que exige internación responde a enfermedades respiratorias agudas, gastroenteritis o infecciones urinarias, patologías que en el 90% de los casos no requieren cuidados intensivos.

En consecuencia, el margen de utilidad de la hospitalización pediátrica – excluyendo las Unidades de Cuidado Intensivo– es muy inferior al de servicios de alta complejidad. Por esta razón, las IPS suelen preferir el cierre de servicios pediátricos para reemplazarlos por áreas que ofrezcan mayor rentabilidad financiera.

Finalmente, el memorial afirma que el derecho fundamental de los niños a la salud debe ser protegido mediante la regulación del cierre de estos servicios. Dado que el sistema de salud en Colombia es prestado en un 85% por entidades privadas y solo en un 15% por instituciones públicas, el Estado debe adoptar políticas que impidan el cierre de camas pediátricas, a menos que sean reemplazadas previamente mediante un proceso de planeación liderado por los entes territoriales para garantizar la protección de la niñez y la adolescencia.

1.2.6 Fundación María José (Fls 1418 a 1426 C3)

La Fundación María José presentó un escrito de coadyuvancia en favor del accionante, en el que advierte sobre el cierre de diversas instituciones con servicios de pediatría en los últimos años —como las clínicas Jorge Piñeros Corpas y Esimed Policarpa de la EPS Medimas—, lo que ha forzado la reubicación masiva de pacientes.

Como consecuencia directa, las instituciones que aún mantienen el servicio de hospitalización pediátrica presentan una insuficiencia crítica de infraestructura. Según testimonios de los padres, los menores deben permanecer con frecuencia en los pasillos durante su estancia hospitalaria. Además, se reportan habitaciones con hacinamiento (más de tres camas), mobiliario en mal estado, barandas inoperantes y condiciones de higiene deficientes. Estos hallazgos se concentran principalmente en el Hospital de la Misericordia (HOMI), la Clínica Infantil de Colsubsidio, la Fundación Cardioinfantil y el Hospital Universitario San Ignacio.

Adicionalmente, la Fundación señala una preocupante incidencia de infecciones nosocomiales. Según sus registros, aproximadamente el 10% de la población encuestada manifestó haber adquirido al menos una infección durante su hospitalización, con una fuerte prevalencia en el HOMI.

Ante este panorama, la Fundación subraya la necesidad de trascender la simple prestación del servicio y garantizar que este sea oportuno y de calidad. Por lo tanto, insta a las autoridades de supervisión y control a realizar inspecciones rigurosas sobre las condiciones generales de estas clínicas y hospitales, ejecutando las intervenciones necesarias para proteger la integridad de la población pediátrica.

1.2.7 Federación Nacional de Prestadores de Salud (1455 a 1465 C5)

El referido colectivo presentó memorial en el cual relató que en el año 2023 presentó derecho de petición ante el Ministerio de Salud y de la Protección Social a fin que se atendiera la problemática del cierre continuo de camas pediátrica, pues ello configura una barrera para la atención integral y oportuna de los pacientes.

Considera que este tipo de acciones vulnera derechos fundamentales, así como normativas relacionadas con prerrogativas laborales.

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1 Superintendencia Nacional de Salud (Fls. 148 a 154):

A través de su apoderado judicial, la entidad esbozó como excepción, **la falta de legitimación en la causa por pasiva**, pues expone que las competencias que le fueron asignadas por ley se circunscriben a velar por la adecuada generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector y por la supervisión del aseguramiento y la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero no incluyen la función de atender o resolver, de manera directa, las pretensiones particulares del actor popular.

Al respecto aclara que la inspección, vigilancia y control en el territorio corresponden, dentro de sus competencias, a los departamentos y distritos –según la Ley 715 de 2001, artículo 43– y que la habilitación de los servicios de las IPS compete a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

1.3.2 Ministerio de Salud y Protección Social (Fls.155 a 166)

En primer lugar, la entidad demandada recuerda que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen la obligación legal de garantizar a sus afiliados los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), conforme a la Ley 100 de 1993, lo que incluye organizar y garantizar la prestación de dichos servicios, así como diseñar los mecanismos de acceso en todo el territorio nacional. Por consiguiente, dicha obligación legal contempla la organización y la contratación de la prestación, pero no impone a las EPS la obligación expresa de conformar equipos de atención primaria en salud con la composición específica postulada por la parte actora.

En relación con la petición de aumentar la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la contestación explica que la UPC se calcula y actualiza anualmente mediante una metodología técnica que integra múltiples variables (edad, sexo, ubicación geográfica, información de servicios y contabilidad de las EPS, entre otras). Por tanto, aumentar de forma aislada este valor y destinar tal incremento a fines concretos no es procedente ni técnicamente válido, pues la metodología exige análisis de la demanda global de todos los grupos etarios.

Respecto a la solicitud de fijar un tiempo mínimo de consulta de treinta (30) minutos para niños, niñas y adolescentes, recuerda que la Resolución 5261 de 1994 estableció que esta no debe ser menor de veinte (20) minutos y que no existe normativa que regule de manera general la duración de las consultas especializadas; además, se enfatiza la autonomía del médico tratante y la facultad de las IPS para adoptar guías clínicas que la justifiquen y definan.

Respecto a la reglamentación de la educación continua como requisito de habilitación para EPS e IPS, se aclara que esta se clasifica actualmente como educación informal (Decreto 1075 de 2015). Si bien la Resolución 2003 de 2014 menciona el certificado de formación, la falta de lineamientos específicos para su expedición impide contar con un mecanismo definitivo para emitirlos. Por lo tanto, mientras se definen dichas pautas, los prestadores deben implementar procesos internos de verificación de competencias, apoyándose en los perfiles profesionales establecidos por el Ministerio y la Academia.

Finalmente, como excepciones propone, primero la falta de legitimación en la causa por pasiva, sostiene que el Ministerio de Salud y Protección Social es el ente rector de políticas y que no puede asumirse como responsable de ejecutar competencias legalmente asignadas a otras entidades, por lo que no concurren los presupuestos para su responsabilidad directa en los hechos que se imputan y, segundo, afirma la inexistencia de un daño contingente, peligro o amenaza a los derechos colectivos invocados, toda vez que, a su juicio, ha cumplido con la reglamentación y las actuaciones requeridas en sus competencias.

1.3.3 Ministerio de Educación Nacional (Fls.171 a 187 C1):

El Ministerio de Educación Nacional fundamenta su oposición a las pretensiones y la excepción de **falta de legitimación en la causa por pasiva** en la estricta delimitación de sus competencias constitucionales y legales. La entidad sostiene que su órbita de acción se circunscribe exclusivamente a la formulación de políticas y reglamentación de los niveles de educación preescolar, básica, media, superior y formación para el trabajo; por ende, carece de facultades para garantizar la salubridad pública o la infraestructura de servicios necesaria para la efectividad de los derechos colectivos invocados. En virtud de la Ley 100 de 1993, la Ley 1551 de 2015 y el artículo 189 de la Constitución Política, las funciones de inspección, vigilancia, control y regulación del Sistema de Seguridad Social en Salud corresponden de manera privativa al Presidente de la República, al Ministerio

de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud. Bajo este marco, el MEN carece de injerencia funcional en servicios ajenos a su ramo y no posee la aptitud legal para ejecutar acciones tendientes a mitigar o eliminar daños derivados de un servicio que no administra ni regula.

Complementariamente, el Ministerio advierte que su potestad reglamentaria encuentra un límite infranqueable en la **Ley 30 de 1992**, la cual protege la autonomía universitaria e impide a la entidad la imposición de cátedras específicas dentro de los programas académicos (en referencia a la pretensión 8.2). Por otra parte, la defensa enfatiza el incumplimiento de la **carga de la prueba** por parte del actor popular, señalando que dentro del plenario no se acreditó ninguna omisión o falla en el servicio que pueda pregonarse como el nexo causal de la presunta vulneración. Al no existir un soporte probatorio suficiente que demuestre el incumplimiento de un deber legal claro por parte de esta cartera, no es dable imputarle responsabilidad alguna. En consecuencia, al no probarse la amenaza o daño efectivo a los derechos colectivos, el Ministerio ratifica que no es el sujeto llamado a responder por las pretensiones de la demanda, solicitando su desvinculación total del proceso.

1.3.4 Alcaldía Mayor de Bogotá (Fls.476 a 486 C2)

La jefatura del ente territorial, indicó que por medio de la Circular No. 014 del 6 de marzo de 2017, abordó de manera integral la promoción, detección y atención de la infección respiratoria aguda, a fin de fortalecer, asegurar y mejorar las prácticas que favorezcan la salud respiratoria de los bogotanos especialmente durante los picos epidémicos, implementando acciones como, programar la ampliación de número de camillas disponibles en los servicios de observación de urgencias y camas de hospitalización para atención de niños y niñas con IRA, con la consecuencia adecuación del recurso humano, recurso físico, técnico y de insumos y la inclusión de estrategia de atención domiciliaria a través de los diferentes operadores que tienen contratados las EAPB, con el propósito de disminuir la congestión en los servicios de urgencias y hospitalización en pediatría.

1.3.5. Secretarías de Salud

1.3.5.1 Secretaría Distrital de Caldas (Fls 439 a 448)

En primer lugar, esta Dirección alude que no le constan ninguno de los presupuestos fácticos esbozados en la demanda, por cuanto la entidad desconoce tales manifestaciones.

Asimismo, manifiesta que se opone a cada una de las pretensiones de la demanda y propone como excepciones:

- i) **La Ausencia de responsabilidad**, en tanto no es responsable de daño alguno causado al actor, pues la entidad cumplió con lo que le correspondía, de acuerdo con su competencia.
- ii) **Inexistencia de violación de los derechos colectivos por parte de la D.T.S.C.**, por cuanto no existe incumplimiento ni omisión que pueda determinarse como causa de afectación o amenaza a los derechos colectivos mencionados en la demanda, toda vez que, si bien se narran unos hechos, no existe ningún elemento de carácter probatorio que permita inferir la vulneración de los derechos colectivos por parte de esta entidad.
- iii) **Falta de legitimación en la causa por pasiva** de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, pues se encarga de ejercer la inspección, vigilancia y control en el territorio de su jurisdicción en lo correspondiente a los prestadores de servicios en salud, más no es la entidad encargada de prestar servicios médicos asistenciales. Por ende, la entidad no tiene control sobre la oferta de servicios médicos de las IPS Privadas, pues, de acuerdo con la Ley 715 de 2001 los entes territoriales sólo tienen competencia sobre la oferta de servicios públicos del sector privado.
- iv) **Inexistencia de la obligación**, debido a que en cabeza de que la Dirección Territorial de Salud de Caldas no existe una obligación de responder por los daños alegados por el actor, estos sólo pueden ser reclamados a las instituciones que son prestadoras de servicios asistenciales de salud. Así las cosas, en el escrito de demanda no se formularon imputaciones fácticas concretas contra esta entidad, agregando que no reposa prueba que conduzca a demostrar una responsabilidad frente al daño que se alega.

1.4. Alegatos de conclusión de las partes

1.4.1 Extremo actor

1.4.1.1 Parte demandante (Fls. 1265.-1281 C4 y Fls 1554 a 1538 C5)

La parte demandante sostiene que la acción popular se origina en la crisis de atención pediátrica en Colombia, producto del cierre progresivo de camas hospitalarias desde 2010 tanto en instituciones públicas como privadas. A su juicio, este fenómeno ha deteriorado gravemente la capacidad del sistema para garantizar el derecho fundamental a la salud de la infancia, con especial énfasis en las regiones más vulnerables.

Según las pruebas recaudadas, las respuestas de los entes territoriales acreditaron que entre 2016 y 2022 se clausuraron **568 camas pediátricas** a nivel nacional, generando un déficit del 23%. Esta insuficiencia resulta alarmante frente a las cifras del Instituto Nacional de Salud, que evidencian un incremento en la mortalidad y en la demanda de consultas externas y urgencias por Infección Respiratoria Aguda (IRA).

En este contexto, el demandante subraya que Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, si tienen **legitimación en la causa por pasiva** en el caso en estudio, pues al primero le corresponde regular la calidad del servicio, mientras que a la segunda le compete el control y vigilancia de los prestadores, por lo tanto, ambas entidades deben adoptar las medidas necesarias para revertir los cierres ocurridos desde 2010.

La disminución de la oferta hospitalaria no es solo una falla estructural; es una vulneración directa a derechos colectivos como la salubridad pública y el acceso a una infraestructura adecuada. Estos derechos gozan de un blindaje especial bajo el **artículo 44 de la Constitución Política** (prevalencia de los derechos de los niños) y la **Convención sobre los Derechos del Niño**, que impone al Estado la obligación de brindar atención prioritaria a la infancia.

Finalmente, la parte actora reitera la necesidad de adoptar las siguientes medidas estructurales:

- **Reapertura inmediata:** Ordenar al Ministerio de Salud la habilitación de las camas clausuradas.
- **Cuotas obligatorias:** Acreditar un porcentaje mínimo de servicios pediátricos en todos los niveles de atención.
- **Fortalecimiento financiero:** Asignar un presupuesto de urgencia a la Superintendencia Nacional de Salud y aumentar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) destinada a la población infantil.

- **Prevención:** Crear un sistema de alertas tempranas para evitar cierres injustificados.
- **Formación académica:** Instar al Ministerio de Educación a incluir cátedras obligatorias sobre derechos de la niñez en programas de salud y reglamentar la educación continua para profesionales del área.

1.4.1.2 Federación Nacional de Prestadores de Servicios de Salud

La organización sindical reitera lo dicho en su escrito de codayuvancia, esto es que, el cierre sistemático de servicios en pediatría en el país genera una problemática para la atención de niños, niñas y adolescentes

Puntualiza que desde 2010 a 2023, los departamentos del Amazonas, San Andrés, Magdalena, Sucre, Cauca y Cundinamarca han cerrado aproximadamente 1225 camas pediátricas y que desde 2015 al año señalado, se han perdido 525, pues a 2023 se cuentan con las siguientes unidades:

Tabla 25. Número de camas unidades pediátricas 2023

Servicios Pediátricos	Frecuencias 2023
Cuidado básico neonatal	154
Cuidado Intensivo Neonatal	126
Cuidado Intensivo Pediátrico	141
Cuidado Intermedio Neonatal	127
Cuidado Intermedio Pediátrico	84
Cuna Básico Neonatal	883
Cuna Intensiva Neonatal	149
Cuna Intensiva Pediátrica	128
Cuna Intermedia Neonatal	341
Cuna Intermedia Pediátrica	121
Incubadora Básico Neonatal	480
Incubadora Intensiva Neonatal	1581
Incubadora Intermedia Neonatal	1264
Intensiva Pediátrica	771
Intensiva Quemado pediátrica	62
Intermedia Pediátrica	402
Pediátrica	9631
Salud Mental Pediátrico	1034
SPA Básico Pediátricos	616
SPA Pediátricas	839
Observación Urgencias Pediátrica	4876
Total general	23810

Fuente: Consulta Registro Especial de Prestadores 29/09/23

En virtud de lo anterior, solicita se ordene al Ministerio de Salud y la Superintendencia, adoptar medidas inmediatas para solucionar la crisis priorizando el fortalecimiento de este servicio, garantizando que los recursos destinados para dicho propósito sean sostenibles y suficientes.

1.4.2 Extremo pasivo

1.4.2.1 Departamento de Risaralda (Fl. 1260 C4 y Fls. 1582 a 1583 C5),

Presentó alegatos de conclusión indicando que no existe una pretensión concreta en contra del ente territorial, en consecuencia, se limitaron a remitir la información que fue requerida, igualmente señalan que ninguna acción ha ido en contravía de los derechos de los niños como usuarios del sistema de salud.

1.4.2.2 Departamentos de Boyacá y Magdalena (Fls.1261-1264, 1544 a 1547anv C4)

El Departamento de Boyacá, indicó que, en el ejercicio de sus funciones ha cumplido anualmente con la verificación de condiciones de habilitación de los prestadores, manteniendo actualizado el registro y tramitando las novedades correspondientes.

Respecto de las pretensiones incoadas en el presente medio de control, afirmó que los prestadores, en ejercicio de su autonomía, definen los servicios a ofertar, incluyendo el número de camas pediátricas, siempre que cumplan con las condiciones de habilitación requeridas para su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Aunado a lo anterior expresan que, el contexto nacional actual busca un cambio de un modelo curativo a uno preventivo y de promoción de la salud, lo que impacta en la cantidad y tipo de servicios inscritos por los prestadores, ejemplo de ello fue la pandemia por COVID-19, que obligó a aumentar temporalmente las UCI y luego a reducirlas tras el control de la emergencia.

Entonces solicitó declarar infundadas las pretensiones de los accionantes, pues no se evidencian hechos u omisiones que vulneren derechos colectivos por parte del Departamento de Boyacá ni de su Secretaría de Salud.

1.4.2.3 Bogotá D.C.-Sector Central (Fls. 1282-1283 C4 y 1577 a 1579 C5)

El demandado reitera lo expuesto en la contestación de la demanda, esto es que, las órdenes pretendidas contra el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud no podrían surtir efecto respecto del Distrito Capital, dado que se demostró la ausencia de vulneración de derechos colectivos por parte de la administración distrital.

Afirma que se han adoptado medidas técnicas y administrativas pertinentes para la atención en salud, además, ha puesto en marcha acciones previstas en la Circular 014 del 6 de marzo de 2017 y realizado visitas de asesoría a las instituciones priorizadas en el marco del Plan de Respuesta para eventos de interés en salud pública, lo que evidencia actividad estatal dirigida a proteger la salud respiratoria de la población.

Por otro lado, la administración explica que los recursos para la gestión del riesgo se asignan como una prima anticipada que busca integralidad y de modo que condicionar el desembolso final a la comprobación de resultados iría contra el esquema de aseguramiento establecido en la ley; sin perjuicio de ello, la Superintendencia puede imponer sanciones por incumplimientos.

Finalmente, la demandada concluye que la acción popular no debería prosperar porque el actor no aportó pruebas idóneas y suficientes, tales como estudios técnicos o evidencias concretas, que acrediten la existencia de una vulneración real, inminente y concreta de derechos colectivos, conforme a los parámetros jurisprudenciales y a lo exigido por la Ley 472 de 1998.

1.4.2.4 Departamento del Guainía (Fls. 1285-1286 C4)

El accionado señala que, en Colombia, la prestación de los servicios de salud está a cargo de las EPS y las IPS; estas últimas operan de forma privada y con fines lucrativos, no obstante, según los reportes de las entidades territoriales, se evidencia un déficit nacional en camas pediátricas, pues en los últimos años se cerraron 568 y en la última década 750, aunque en el Guainía no se registraron cierres, las camas existentes son insuficientes para atender la demanda infantil.

Además, esta problemática se ha agravado por la falta de control estatal, los picos

de infecciones respiratorias agudas relacionados con la ola invernal y la pandemia, que obligó a destinar camas pediátricas para adultos, como consecuencia, se confirma la necesidad de que el Ministerio de Salud regule el cierre de camas y garantice la disponibilidad y accesibilidad de los servicios pediátricos.

1.4.2.5 Superintendencia Nacional de Salud (Fls. 1288-1293 C4)

El demandado sostiene que la acción popular incoada frente a la Superintendencia Nacional de Salud debe declararse improcedente, puesto que la demanda no demuestra, ni por acción ni por omisión, una vulneración o amenaza a los derechos colectivos a la salubridad y seguridad públicas atribuible a dicha entidad, pues las pretensiones elevadas exceden el marco de competencias funcionales y legales atribuidos a esta entidad.

Además, la defensa explica que el actor basa su pretensión en la afirmación de que la Superintendencia carece de presencia regional y, por tanto, no ejerce control sobre el cierre de camas pediátricas en unidades de cuidado intensivo; empero, tal aserto carece de fundamento fáctico, pues esta cuenta con sedes adicionales a la de Bogotá y posee cobertura suficiente para el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control ; de ahí que los hechos descritos en los numerales 24 y 25 de la demanda sean, a juicio de la defensa, inexactos.

1.4.2.6. Ministerio de Educación Nacional (Fls.1300-1301 y 1529 anv a 1531 anv C4)

El Ministerio de Educación Nacional señala que, del objeto de las pretensiones formuladas por el actor popular se desprende que la entidad carece de legitimación en la causa para tutelar los derechos que reclama, dado que aquéllos se vinculan al derecho a la salud y no al ámbito de su competencia.

Asimismo, en virtud de las facultades previstas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución, el Ministerio ha desarrollado funciones administrativas precisas dentro del ramo educativo; sin embargo, entre dichas funciones no figura de manera específica la administración, regulación, inspección, vigilancia y control del servicio público de salud, competencias que, conforme a la Ley 100 de 1993, la Ley 1551 de 2015 y sus decretos reglamentarios, corresponden exclusivamente al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud.

Finalmente, respecto de la pretensión 8.2, que solicita la inclusión obligatoria en

todos los programas técnicos y profesionales relacionados con la salud de una cátedra de derecho constitucional y derecho de los menores, cabe advertir que la potestad reglamentaria del Ministerio está limitada por el marco legal de la Ley 30 de 1992; en consecuencia, no le está permitido crear materias obligatorias en los programas académicos, puesto que esa reserva normativa corresponde al Congreso de la República.

1.4.2.7 Departamento de Risaralda (Fls.1582-1583)

La parte demandada solicita que se desestimen las pretensiones incoadas por la parte actora frente al Departamento de Risaralda, toda vez que dicha entidad territorial no ha incurrido en vulneración alguna de los derechos e intereses colectivos invocados.

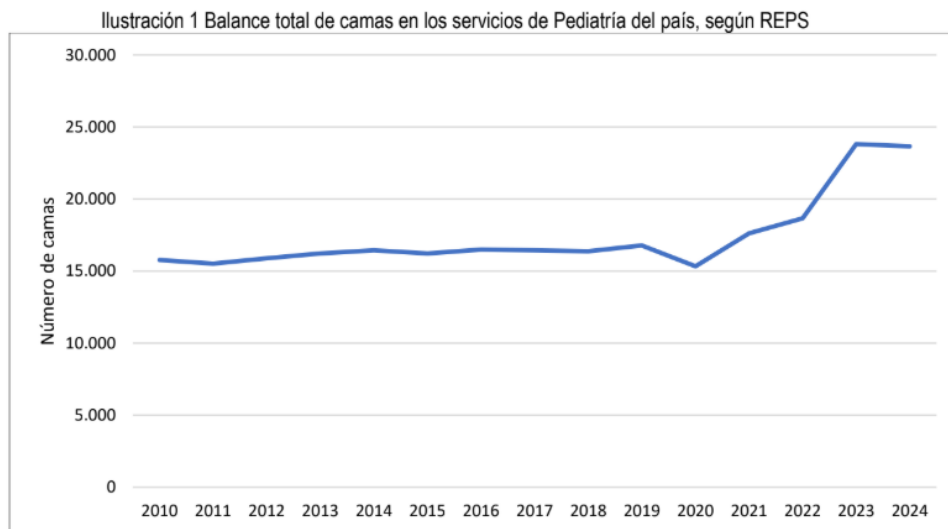
Asimismo, señalan que, si se comprobara la vulneración de los derechos presuntamente vulnerados, sería necesario identificar las entidades, autoridades y demás responsables de dicha vulneración, así como las medidas necesarias para mitigarla y evitar su repetición, por lo que en ese sentido, corresponde subrayar que la reglamentación del funcionamiento del SGSSS es materia de la Nación, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, entidad encargada de valorar la procedencia jurídica de prohibiciones o mandatos sobre el cierre o la apertura de camas pediátricas, así como de expedir las normas de habilitación y los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

No obstante, en lo que atañe a las competencias departamentales, el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 establece, entre otras funciones, la de registrar los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación y ejercer la vigilancia y control correspondientes; competencia que, en el caso de Risaralda, la Secretaría de Salud Departamental ha cumplido mediante el mantenimiento del registro actualizado de prestadores y la tramitación de las novedades que estos han radicado.

Finalmente, la parte demandada señala que los prestadores, en ejercicio de su autonomía y conforme a su autoevaluación respecto de condiciones de habilitación, determinan la oferta de camas pediátricas que pueden ofrecer e inscribir ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

1.4.2.8 Ministerio de Salud y Protección Social (Fls. 1585-1591 C5)

La parte demandada, sostiene que el accionante no probó la existencia de un daño o de un riesgo inminente, pues los registros muestran variaciones en el número de camas pediátricas entre 2010 y 2024 (incremento de 15.770 a 23.659, variación positiva cercana al 50%), lo cual, según el Ministerio, desvirtúa la noción de un cierre masivo o sostenido que configure la urgencia alegada, obsérvese:



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de consulta 31 octubre 2024.

Año	Camas
2010	15770
2011	15514
2012	15888
2013	16225
2014	16447
2015	16214
2016	16492
2017	16449
2018	16377
2019	16771
2020	15331
2021	17614
2022	18659
2023	23810
2024	23659
Variación 2010-2023	50,15
Índice por 1000 menores de 19 años para año 2024	1,59

Por otra parte, recuerda el marco normativo aplicable y subraya que las facultades reglamentarias del Ministerio no incluyen la potestad de imponer, de forma general, la obligación de mantener o aumentar la capacidad instalada de los prestadores en contra de su voluntad; en ese sentido, cualquier restricción de tal naturaleza requeriría previsión legal.

Asimismo, precisa que la regulación vigente, en particular la Resolución 3100 de 2019 y su modificación por la Resolución 544 de 2023, ya regula el procedimiento de reporte y las medidas a tomar frente al cierre de servicios incluida la obligación de informar anticipadamente y la articulación con las secretarías de salud y las entidades de pago para asegurar la continuidad asistencial, por lo que las peticiones del accionante resultan innecesarias o desproporcionadas frente al régimen existente, sin que ello se convierta en una prohibición a la voluntad del prestador.

De otra parte, explica que la garantía de la prestación de servicios corresponde, en gran medida, a las EPS dentro del esquema de aseguramiento y que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se calcula mediante una metodología integral que considera la demanda por edad y otros factores, por lo que no es técnicamente adecuado aumentar dicho valor de manera aislada para un solo propósito, por consiguiente, la modificación solicitada resulta improcedente desde el punto de vista técnico y jurídico.

Igualmente, se advierte que procesos como la acreditación son voluntarios y que la conformación de equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y las políticas de prevención y promoción están reguladas por un conjunto normativo, Leyes 100, 1438, 1751, Planes Nacionales, que asigna roles y responsabilidades a diversos actores; en ese marco, el Ministerio ha venido adelantando iniciativas, incluida la resolución 2335 de diciembre de 2023 y medidas de telemedicina, para fortalecer la atención pediátrica.

Por consiguiente, el demandado concluye que las pretensiones del accionante carecen de sustento fáctico y jurídico suficiente, que los mecanismos normativos y administrativos existentes permiten gestionar los cierres y la continuidad del servicio, y que las medidas solicitadas exceden las competencias reglamentarias del Ministerio.

1.4.2.9 Gobernación de Córdoba (Fls.1599-1602 C5)

El apoderado del Departamento de Córdoba recuerda los derechos colectivos invocados por el accionante, salubridad y seguridad pública; infraestructura de servicios; y derechos de la niñez, y las razones fácticas en que se apoya la demanda, entre las que se señalan cierres de camas pediátricas en el país y brechas territoriales en la disponibilidad de UCI pediátricas.

Sin embargo, el demandado sostiene que el actor no cumplió con la carga probatoria prevista en el artículo 30 de la Ley 472 de 1998, pues la prueba aportada, que es un informe que registra 165 camas cerradas en Córdoba a noviembre de 2023, no demuestra, en su criterio, la existencia de una vulneración imputable al Departamento ni acredita la legitimación pasiva de éste para adoptar las medidas solicitadas.

Asimismo, y en consonancia con lo anterior, el escrito argumenta la incompetencia del ente territorial para imponer las medidas reclamadas, pues la regulación y las facultades para normar la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a la Nación -Ministerio de Salud y, por ende, la adopción de prohibiciones o mandatos de esa naturaleza requeriría previsión legal o competencia normativa distinta a la del Departamento.

En consecuencia, el apoderado concluye que las pretensiones son improcedentes frente al Departamento de Córdoba, por falta de prueba suficiente y por ausencia de facultades para cumplir las órdenes solicitadas; por tanto, solicita que todas las pretensiones en contra del Departamento sean denegadas.

II. TRÁMITE PROCESAL SURTIDO EN PRIMERA INSTANCIA

German Humberto Rincón Perfetti radicó escrito de demanda el 02 de marzo de 2016, correspondiéndole al Despacho Sustanciador mediante acta de reparto 25000234100020160052100 mediante acta de reparto de la misma fecha (Acta de reparto Fl.90 C1).

Por medio de auto interlocutorio No 2016-03-161 AP del 30 de marzo de 2016 se admitió la demanda y se vinculó oficiosamente a la Sociedad Colombiana de Pediatría (Fls.92-98 C1), decisión que fue debidamente notificado a las partes, al

Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (Fls.100-112 C1).

Mediante No 2016-06-364 AP del 21 de junio del mismo año se negó medida de cautelar que fue presentada por la parte actora con la demanda, se vinculó oficiosamente a la Defensoría de Infancia y Juventud - Defensores de Usuarios en Salud - Defensoría del Pueblo y, se requirió a algunas entidades para que suministrasen información. (Fls.75-93 C. MedCau)

El día 30 de enero de 2017 se fijó fecha para la realización de audiencia de Pacto de Cumplimiento (Fls.317-138 C1), la cual fue suspendida el día 23 de febrero del mismo año (Fls.376-383 C2), pues en la mencionada diligencia se vinculó a la Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá y a las treinta y dos secretarías departamentales de salud del país.

Por medio de Auto No 2017-03-135 AP del 28 de marzo de 2017 se adoptaron oficiosamente medidas cautelares urgentes tendientes a garantizar el acceso a los servicios de salud (Fls.67-89 C. MedCau 2.1).

El 27 de octubre de 2017 se llevó a cabo audiencia de pacto de cumplimiento (Fls 637 a 642 C 2) la cual se declaró fallida y 02 de noviembre de 2018 (2018-10-660 AP) se decretaron las pruebas documentales aportadas por las partes y unas tendientes a obtener mediante oficio. Además, se aceptó la coadyuvancia de la Sociedad Colombia de Pediatría Regional Bogotá (Fls.733-741 C2).

Mediante providencias del 20 de mayo de 2019, 14 de diciembre de 2020 y del 11 de agosto de 2021, se requirió a las Secretarías que no han allegado la información solicitada obedecieran la orden judicial y se aceptaron las solicitudes de Coadyuvancia presentadas por el Colegio médico de Cundinamarca y Bogotá, Central Unitaria de Trabajadores -CUT Colombia-, la Asociación Médica Sindical Colombiana ASMEDAS Seccional Cundinamarca, la Unión de Cirujanos Pediatras de Colombia UNICIRUPED Sindicato de Gremio, Sindicato de Anestesiólogos de Bogotá y Cundinamarca, la Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica, Sindicato de Trabajadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael y de otras Entidades de la Orden San Juan de Dios "ASINTRAF" y la Fundación María José (Fls.1480-1484 C4).

Ahora bien, mediante auto No 2022-08-166 AP del 24 de agosto de 2022 se incorporan pruebas documentales y se ordenó correr traslado para alegar, no

obstante, en atención a las pretensiones elevadas en el medio de control se advirtió la necesidad de requerir a los entes territoriales para que aportara los nombres de las instituciones prestadoras de salud que cerraron las camas pediátricas desde el año 2010.

Finalmente, y luego de recopilar las documentales arriba señaladas, por medio de providencia del 29 de noviembre de 2024, se puso en conocimientos las piezas procesales y nuevamente se corrió traslado para alegar.

Por último, el expediente ingresa para proferir sentencia de primera instancia, el día 16 de enero de 2025 (Fl. 1607)

Para resolver, la Sala efectúa las siguientes,

III CONSIDERACIONES

3.1 Competencia.

Teniendo en cuenta que en la presente acción popular se tiene como accionado una entidad del orden nacional como lo es el Ministerio de Salud y Protección Social, además del lugar de escogencia de los demandantes para la presentación de la demanda con ocasión del domicilio de las demandadas y el lugar donde se presentan los hechos (artículo 16 Ley 472 de 1998), es claro que se reúnen los factores para determinar que este Tribunal es competente para conocer en primera instancia del asunto de la referencia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la ley 472 de 1998 y concretamente con ocasión de la modificación del numeral 16 del artículo 152 de la Ley 1437 de 2011.

3.2 Legitimación en la causa

Frente a la **legitimación en la causa por activa** el artículo 12 de la Ley 472 de 1998 establece que:

“Podrán ejercitar las acciones populares:

- 1. Toda persona natural o jurídica.*
- 2. Las organizaciones No Gubernamentales, las Organizaciones Populares, Cívicas o de índole similar.*

3. Las entidades públicas que cumplan funciones de control, intervención o vigilancia, siempre que la amenaza o vulneración a los derechos e intereses colectivos no se haya originado en su acción u omisión.

4. El Procurador General de la Nación, el Defensor del Pueblo y los Personeros Distritales y municipales, en lo relacionado con su competencia.

5. Los alcaldes y demás servidores públicos que por razón de sus funciones deban promover la protección y defensa de estos derechos e intereses.” (Negrilla fuera de texto)

En tanto, que la **legitimación en la causa por pasiva** recae sobre la entidad, órgano u organismo estatal que haya producido el hecho generador del daño o la vulneración

Respecto de la legitimación, el Honorable Consejo de Estado ha indicado que:

“(…) de conformidad con la jurisprudencia de la Corporación existen dos clases de legitimación: la de hecho y la material. La primera hace referencia a la circunstancia de obrar dentro del proceso en calidad de demandante o demandado, una vez se ha iniciado el mismo en ejercicio del derecho de acción y en virtud de la correspondiente pretensión procesal, mientras que la segunda da cuenta de la participación o vínculo que tienen las personas -siendo o no partes del proceso-, con el acaecimiento de los hechos que originaron la formulación de la demanda. En este sentido, no siempre quien se encuentra legitimado de hecho tiene que necesariamente estarlo materialmente, en consideración a que si bien puede integrar una de las partes de la litis, ello no implica que frente a la ley tenga un interés jurídico sustancial en cuanto al conflicto.

En conclusión, la legitimación por pasiva de hecho, que se refiere a la potencialidad del demandado de ser parte dentro del proceso, constituye un requisito de procedibilidad de la demanda -en la medida en la que esta no puede dirigirse contra quien no es sujeto de derechos-, mientras que, la legitimación por pasiva material, constituye un requisito no ya para la procedibilidad de la acción, sino para la prosperidad de las pretensiones”¹.

En el caso concreto se tiene que las partes se encuentran debidamente legitimadas en el proceso contencioso administrativo, tal y como a continuación se indicará.

3.2.1 Por activa:

¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Auto de 30 de enero de 2013, C.P. Danilo Rojas Betancourth, radicado número 25000-23-26-000-2010-00395-01(42610).

De manera que Germán Humberto Rincón Perfetti, a nombre propio, cuenta con legitimación por activa para incoar la presente acción constitucional de naturaleza pública.

3.2.2 Por pasiva

Respecto a la **legitimación en la causa por pasiva** desde el punto de vista procesal, debe considerarse que las entidades convocadas Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Educación Nacional, Alcaldía de Bogotá y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, invocaron como excepción la falta de legitimación en la causa por pasiva, este aspecto será objeto de análisis posteriormente por la Sala.

3.3 Planteamiento del problema jurídico principal y sus asociados.

Encuentra la Sala que el **problema jurídico principal** consiste en determinar si los derechos colectivos a la salubridad pública -acceso a la infraestructura de servicios que garanticen la salubridad pública- de los niños, niñas y adolescentes, fueron por vulnerados o amenazados debido al cierre sistemático de camas pediátricas en Colombia y si dicho hecho es consecuencia de acción u omisión de las autoridades vinculadas y por tanto si debe impartir órdenes para conjurar tal situación.

Ahora bien, previo a resolver el anterior problema jurídico deben abordarse los siguientes problemas asociados:

- i) Si se configura la excepción de falta de legitimación en la causa respecto de Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Educación Nacional, Alcaldía de Bogotá y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, como quiera que a su juicio el objeto del litigio desborda sus funciones y son las instituciones que son prestadoras de servicios asistenciales de salud, quienes deben responder los hechos acá evidenciados.
- ii) Si la vulneración de los derechos arriba señalados está acreditada en las pruebas allegadas al proceso, o por el contrario se demostró que las entidades territoriales en el marco de sus competencias tomaron las medidas correspondientes para garantizar la prestación del servicio de salud de niños, niñas y adolescentes.
- iii) Si está demostrado que en Colombia se ha generado un fenómeno sostenido en el tiempo de cierre sistemático de camas pediátricas

que a ha ocasionado que a los niños, niñas y adolescentes no se les garantice la prestación del servicio de salud en condiciones adecuadas, o por el contrario, los eventos de clausura notificados por las instituciones asistenciales no tuvieron los efectos señalado por el accionante.

3.4 Resolución del Problema Jurídico en el caso concreto: Exposición de razonamientos legales de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios y análisis crítico de las pruebas obrantes en el plenario.

Para resolver los recursos de apelación interpuestos la Sala abordará i) a la salubridad y la seguridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios como derechos colectivos protegidos; ii) Marco Jurídico referente a la prestación de servicios de pediatría iii) Análisis de los cargos en concreto.

3.4.1. Derechos colectivos protegidos

3.4.1.1. La salubridad y la seguridad públicas como derecho colectivo protegido

Considerando lo anterior, es necesario precisar que la seguridad y la salubridad pública como derechos colectivos consagrado constitucionalmente en el artículo 88 y especialmente protegido y contemplado en el literal g) del artículo 4 de la Ley 472 de 1998, así:

“ARTICULO 88. La ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella.

También regulará las acciones originadas en los daños ocasionados a un número plural de personas, sin perjuicio de las correspondientes acciones particulares.”

“Artículo 4º.- Derechos e Intereses Colectivos. Son derechos e intereses colectivos, entre otros, los relacionados con: (...)

g) La seguridad y salubridad públicas;” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

La **seguridad y la salubridad públicas** han sido definidas jurisprudencialmente en

los siguientes términos:

“En diferentes ocasiones la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre los conceptos de seguridad y salubridad públicas; los mismos han sido tratados como parte del concepto de orden público y se han concretado en las obligaciones que tiene el Estado de garantizar condiciones mínimas que permitan el desarrollo de la vida en comunidad.” “...Su contenido general, implica, de acuerdo con la jurisprudencia citada, en el caso de la seguridad, la prevención de los delitos, las contravenciones, los accidentes naturales y las calamidades humanas y, en el caso de la salubridad, la garantía de la salud de los ciudadanos. Estos derechos colectivos están ligados al control y manejo de las situaciones de índole sanitario, para evitar que tanto en el interior como en el exterior de un establecimiento o de determinado lugar se generen focos de contaminación, epidemias u otras circunstancias que puedan afectar la salud y la tranquilidad de la comunidad y en general que afecten o amenacen el estado de sanidad comunitaria. Es decir, que al momento de ponerse en funcionamiento determinados proyectos de los cuales se pueda derivar algún perjuicio para los ciudadanos, se deben realizar los estudios previos y tomar las medidas conducentes para evitar que se produzca un impacto negativo en las condiciones de salud y seguridad de los asociados”(negrilla y subrayado fuera de texto) ²

(...)

De acuerdo con lo previsto por el artículo 88 de la Constitución las acciones populares tienen por objeto la protección de derechos colectivos como, entre otros, la seguridad y salubridad públicas. Este enunciado, desarrollado cabalmente por el artículo 4º de la Ley 472 de 1998, que en su literal g) consagra a estos dos bienes como elementos esenciales de un derecho colectivo susceptible del amparo que ofrece este mecanismo procesal, se armoniza plenamente con lo dispuesto por el artículo 49 Superior respecto al saneamiento ambiental y la atención de la salud como servicios públicos a cargo del Estado, cuya prestación debe garantizarse a toda persona. De lo que se trata es de prevenir y corregir las circunstancias que puedan afectar o incidir negativamente sobre dos bienes jurídicos indispensables para garantizar la realización de valores constitucionales como la vida, la convivencia, la justicia, la igualdad y la paz (Preámbulo); así como para el logro de objetivos como la promoción de la prosperidad general, la garantía de la convivencia pacífica y de derechos constitucionales como la vida, la integridad personal, la salud o de las libertades individuales, lo mismo que para facilitar la participación de las personas en los distintos ámbitos de la vida colectiva (artículo 2º CP).

² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 15 de julio de 2004, Expediente AP 1834. C.P. Germán Rodríguez Villamizar

La importancia del cuidado de las salud de las personas y de una adecuada gestión de su entorno, en tanto que aspectos esenciales para la efectividad del derecho a la vida y de otros postulados cardinales del Estado social de derecho como la dignidad humana o la libertad, se evidencia en lo previsto por el artículo 366 de la Carta, que además de señalar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida como fines sociales del Estado, define como objetivo fundamental de su actividad la solución de necesidades básicas insatisfechas en materia de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable. Su carácter primordial se plasma también en el artículo 49 Constitucional, que encomienda al Estado la responsabilidad de asegurar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, al tiempo que impone a todos el deber de “procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”. Reflejo de esta última previsión es lo dispuesto por el numeral 2º del artículo 95 de la Ley Fundamental, que erige en deber ciudadano, expresión del principio de solidaridad, responder con acciones humanitarias “ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”. Finalmente, debe también resaltarse el hecho que el artículo 78 de la Constitución haga reconocimiento expreso de la responsabilidad que deben afrontar los productores de bienes y servicios que, entre otras, atenten contra la salud y la seguridad de los consumidores o usuarios; la cual, por virtud de lo previsto en la parte final del artículo 88, podrá ser objetiva”³

De este modo, aquellas comprenden no solo son los elementos constitutivos del orden público, sino también fines del Estado por el que debe velar como objeto de especial protección (artículo 2 Constitución Política), razón por la que se enmarcan dentro de su concepto la minimización de riesgos de accidentes, la prevención de desastres, daños a la salud y a los bienes, seguridad del Estado, la garantía de la libertad de locomoción, ejercicio de derechos, el bienestar general, entre muchos otros.

Lo cual denota que la seguridad pública y por supuesto la salubridad implica también una especial protección a la vida, a la integridad física, la propiedad de las personas y el amparo de sus derechos humanos y fundamentales, y en esa medida las autoridades y el Estado en general están instituidas para proteger a las personas que residen en Colombia tanto en su vida, como bienes, honra y demás derechos conexos e inherentes al ser humano.

³ Consejo de Estado, Sección Primera, Sentencia de 15 de mayo de 2014, Expediente AP25000 23 24 000 2010 00609 01(AP). C.P. Guillermo Vargas Ayala

En ese contexto, los intereses aquí señalados implica que las autoridades deben garantizar unas condiciones objetivas necesarias para que todas las personas puedan ejercer sus derechos con ausencia de riesgos o amenazas por parte de agentes externos y controlables o previsibles por el Estado, tales como la delincuencia, estado de vías públicas, tránsito, conflagraciones, riesgo de propagación de epidemias, entre otras, es decir, propende por reducir los riesgos o poner en peligro bienes jurídicos como la vida, integridad, salud, libertad y sus derechos conexos.

Empero, para dar cumplimiento a ese fin del Estado y la consecución de las actividades pertinentes y viables tendientes a su efectividad, no es condición *sine qua non*, que se presenten sucesos que vulneren o afecten los derechos asociados a la misma, cuya violación sea justamente el resultado material o concreto de la vulneración a los intereses colectivos de la seguridad y salubridad pública, toda vez que solo es necesario que se presenten situaciones que propicien los hechos o conductas que puedan lesionar tales derechos para que se le considere bajo la categoría de amenaza y sea procedente reclamar su especial protección, mediante el mecanismo de las acciones populares, dado que éstas se pueden ejercer para evitar el daño contingente, hacer cesar el peligro, la amenaza, así como la vulneración o el agravio sobre los derechos colectivos, o restituir las cosas a su estado anterior cuando fuere posible.

Por tanto, es claro que estas prerrogativas les interesan a todas las personas residentes en el país que exige igualmente que cada un deba propender para que no se presente ninguna amenaza o vulneración que afecte este derecho colectivo.

Ahora bien, en cuanto a la *tranquilidad*, hay que señalar que hace parte de la noción de orden público, al referirse a la prevención de desórdenes en lugares públicos o privados que alteran las condiciones de normalidad de un determinado lugar. Pero no significa que la seguridad y la salubridad necesariamente se subsuman en la tranquilidad, dado que aluden a condiciones que puedan llegar a poner en riesgo o afecten unos bienes superiores que se verían menoscabados porque las estructuras o construcciones sean defectuosas, o que se impida una evacuación, se arriesgue la vida o integridad de una persona, se presenten disturbios que trasgredan a una colectividad, entre otros, y por ello es elevado a la categoría de derecho colectivo, diferente de la tranquilidad que aunque también hace parte de la noción de orden público, esta busca proteger esas condiciones de normalidad, dentro de unos márgenes de libertades y tolerancia establecidos, que al alterarse deviene la participación de las autoridades para restablecerlos.

Es decir, la seguridad y la salubridad pública hacen referencia a las condiciones que se requieren para prevenir que se ocasione un daño a la vida, integridad y otros bienes superiores, mientras que la tranquilidad se refiere a la convivencia y ambiente necesario para las actividades cotidianas en sociedad, y aun cuando ambos hacen parte de la noción clásica de orden público, lo cierto es que lo que se protege como derecho colectivo en las acciones populares es la seguridad y la salubridad pública y no la tranquilidad como parte del orden público.

3.4.1.2. El acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna

Es necesario precisar que el acceso a los servicios públicos es una prerrogativa de envergadura Constitucional, que ha sido desarrollado en la misma Carta Política, y especialmente protegido y contemplado en el literal j) del artículo 4 de la Ley 472 de 1998, así:

“j) El acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna”

A su turno, el artículo 365 Constitucional establece:

“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y vigilancia de dichos servicios”.

Respecto a la caracterización jurídica de servicio público, es menester traer a colación el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo, que lo definió de esta manera:

“Para este efecto se considera como servicio público, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas. Constituyen, por tanto, servicio público, entre otras, las siguientes actividades:

- a) Las que se prestan en cualquiera de las ramas del poder público;*
- b) Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y telecomunicaciones;*
- c) Las de establecimientos sanitarios de toda clase, tales como hospitales y clínicas;*

- d) Las de establecimientos de asistencia social de caridad y de beneficencia;
- e) [Las de plantas de leche, plazas de mercado, mataderos y de todos los organismos de distribución de estos establecimientos, sean ellos oficiales o privados^[261]];
- f) Las de todos los servicios de la higiene y aseo de las poblaciones;
- g) Las de explotación, elaboración y distribución de sal;
- h) Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno”

Por su parte el Máximo Órgano de lo Contencioso Administrativo respecto a este interés colectivo y la manera en que el juez popular podría ordenar su protección, se ha pronunciado en los siguientes términos:

“El derecho de acceso a los servicios públicos en este sentido, está esencialmente constituido por la capacidad que detentan los miembros de una comunidad de convertirse en usuarios o receptores o beneficiarios de aquellas actividades susceptibles de catalogarse como servicios públicos.

Esta sola condición, sin embargo, no basta; a esta capacidad debe agregársele el cumplimiento de unos requisitos que deben cumplir los prestadores de estos servicios: eficiencia y oportunidad. Por eficiencia, que como se anotó es un imperativo constitucional de los servicios públicos, debe entenderse la prestación de estos utilizando y disponiendo del mejor modo posible los instrumentos o recursos necesarios para cumplir los fines propuestos; por oportunidad, en cambio, se debe entender la respuesta dentro de un plazo razonable que debe tener un usuario cuando requiera estos servicios, así como la permanencia de la prestación de los mismos.

La vulneración de este derecho colectivo entonces se manifiesta cuando se lesione el interés subjetivo de la comunidad a que le presten servicios públicos de manera eficiente y oportuna. Para ello se hace necesario una acción o una omisión frente al requerimiento de la comunidad de convertirse en usuaria del respectivo servicio; también acciones precisas pueden atentar contra los atributos de eficiencia y oportunidad que deben caracterizar a los servicios públicos.

Para evitar efectivas lesiones a este derecho o interés colectivo, el juez de la acción popular ordenará prestar el servicio determinado a quienes detenten esta expectativa, o impondrá algunas medidas o requerimientos que redunden en

eficiencia y oportunidad y consecuentemente en un mejor estado de cosas para los usuarios⁴

3.4.1.3. El acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública

Precisado que la prestación de los servicios públicos, hace parte misma de la finalidad social del Estado, significa entonces que este debe velar por la existencia de unos elementos e instrumentos adecuados para lograr la satisfacción de las necesidades básicas de la comunidad.

El acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, en su dimensión de derecho colectivo, ha sido consagrado en el literal h) del artículo 4 de la Ley 472 de 1998 y en palabras del Consejo de Estado, hace referencia a que el conglomerado social tenga la posibilidad de acudir a instalaciones, edificaciones, organizaciones que gestionen la salud y la salubridad pública, es decir que las promuevan o que colaboren con la prevención de enfermedades o epidemias que generen un riesgo para la sanidad.

Al respecto, dicho Órgano ha establecido lo siguiente:

*(...) “El derecho o interés colectivo al acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, detenta un origen constitucional, pues en el artículo 88 alusivo a las acciones populares se indica el de la “salubridad” como derecho susceptible de protección a través de esta acción constitucional (...) “Este derecho comprendido en su dimensión colectiva, **debe entenderse como la posibilidad que tiene la comunidad de acceder a instalaciones y organizaciones que velen por o garanticen su salud. En este orden de ideas, puede pensarse en la estructura sanitaria y en especial hospitalaria, como típica manifestación del mismo.** [...]”⁵*

En relación a la salubridad pública y su conexidad con la infraestructura, se indicó:

*“El derecho colectivo invocado como vulnerado en la presente acción es el del “acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública”. Es un servicio público a cargo del Estado cuya finalidad es **disminuir la morbilidad, es decir, la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.** Ahora bien, el derecho invocado hace alusión igualmente a la palabra*

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2007, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez, radicación número: 54001-23-31-000-2003-00266- 01(AP).

⁵ Consejo de Estado, Sección Cuarta. Sentencia de 14 de noviembre de 2002. AP- 533. CP: Ligia López Díaz.

“infraestructura” la cual debe entenderse como un conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización, en este caso, para la buena gestión de la salubridad pública. Por lo tanto, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública implica, entre otros aspectos, la posibilidad que tienen las personas de beneficiarse de los programas de salud preventivos, de rehabilitación y atención, buscando disminuir el número de personas enfermas en un lugar específico y en un espacio de tiempo determinado”⁶ (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Particularmente, en cuanto a la afectación de este Derecho, indicó:

*(...) Se observa así, que este específico derecho o interés colectivo no puede confundirse con la salud de la comunidad, toda vez que se refiere más bien a la posibilidad de esta **de acceder a infraestructuras que sirvan para protegerla**. Se verifica entonces una relación comunidad - bienes y/o comunidad - organización; de tal modo que solo se constatará la afectación a este derecho o interés colectivo, **cuando se logre demostrar la imposibilidad de acceso a una infraestructura de servicios determinada; se insiste no es el acceso a los servicios, sino a la infraestructura de estos**.*

Si se hace referencia al acceso, se colige, que la garantía de este derecho o interés colectivo, se obtendrá a través de órdenes orientadas a acceder a infraestructuras de servicios.

Finalmente, vale la pena relieves que algunos servicios públicos domiciliarios pueden encontrar relación con este derecho; baste pensar para ejemplificar esta afirmación en las necesidades que la comunidad tiene de acceder a infraestructuras de agua potable, alcantarillado o aseo, obteniendo de esta manera una respuesta positiva frente a sus requerimientos de salud y evitando enfermedades.”

De la anterior recapitulación se puede concluir que las autoridades involucradas en la salubridad pública, esto es la Nación y las entidades territoriales tienen la obligación no solo de asegurar a los ciudadanos una infraestructura que vele por el derecho a la salud sino de adoptar las medidas necesarias para que asegurar que los ciudadanos cuenten los medios necesarios para que aquellas puedan satisfacer sus necesidades básicas relacionadas con la salubridad pública. Y en ese sentido, cuando aquellas se abstienen de cumplir dichas cargas y obligaciones, el juez popular debe intervenir emitiendo órdenes orientadas a que garantice el acceso a las infraestructuras de servicios.

⁶ Ibidem

3.4.1.4. Modelo de Salud Colombiano

Para hablar del marco jurídico en el cual se desarrolla la prestación del servicio de salud, es importante hacer referencia a su protección como prerrogativa social, económica y cultural dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y en los instrumentos que lo componen.

En ese contexto, se trae a colación en primer lugar Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuyo artículo 12, establece:

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

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”

A través de la observación número 14 el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, expedida el 11 de agosto de 2000, se refirió al alcance y contenido de la normativa en cuestión, bajo la concepción del “*derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, en los siguientes términos:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano.(...) El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; (...) Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

(...)

La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes:

(...)

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud (...)

*"La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (...) **incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.** Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.*

(...)

Los niños y adolescentes 22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades.

En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas.

La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que

afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones

Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad. 23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente

(...)

*En particular, los Estados tienen la obligación de (...) **proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros**; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.*

(...)

Violaciones de las obligaciones de proteger

*las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado **no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás;** la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras*

(...)”

En ese mismo sentido, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o "Protocolo de San Salvador" que en su artículo 10 establece:

“1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

***f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.**”*

De la lectura anterior, se puede colegir que el Estado Colombiano como parte integrante del Sistema Interamericano tiene diversas clases y tipos obligaciones relacionadas con el derecho a la salud, que lo comprometen no solo a adoptar políticas públicas y medidas de distinta índole que permitan que las personas gocen del máximo bienestar físico y mental posible, lo que incluye propender de medidas de promoción y prevención, garantizar el suministro de tratamientos y medicamentos adecuados, sino también tendientes a evitar que terceros lesionen esa prerrogativa.

Dentro del ordenamiento jurídico interno, la disposición contenida en el artículo 49 constitucional determina:

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

En esa medida y en desarrollo de lo determinado por la Carta Política se emitió la Ley 100 de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, en la que se indicó que el servicio público de seguridad social se prestaría teniendo en cuenta los siguientes principios:

“ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación:

a. **EFICIENCIA.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b. **UNIVERSALIDAD.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c. **SOLIDARIDAD.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d. **INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;

e. **UNIDAD.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f. **PARTICIPACIÓN.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARÁGRAFO. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida”

Particularmente y en relación a la prestación del servicio de salud, señaló

“**ARTÍCULO 153. FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO.** Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

(...)

3. **Protección integral.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en

cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

(...)

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.”

En consonancia con anterior, el Ministerio de la Salud Protección Social, a través de Decreto 1011 de 2006 del 3 de abril de 2006 (vigente para la fecha de los hechos) también fijó las características del Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-, así:

ARTÍCULO 3o.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

(...)

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

Así las cosas, es claro que todas entidades y autoridades intervinientes en la prestación del servicio de salud, de acuerdo a sus competencias, deben garantizar que este sea gestionado de tal manera que los usuarios tengan el mayor bienestar físico y mental posible, lo que implica que la atención brindada a través de las instituciones y profesionales debe ser continua, de calidad y sin dilaciones injustificadas, desde su diagnóstico hasta su tratamiento.

Posteriormente, la Ley 1751 de 2015 reconoció la salud como derecho fundamental autónomo e impuso a todos los actores del sistema la obligación de garantizar su prestación bajo los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad, oportunidad y calidad, con especial énfasis en los sujetos de especial protección constitucional, dentro de los cuales se encuentran los niños, niñas y adolescentes, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política y puntualmente dispuso:

“Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que

hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud”

El Ministerio de Salud y Protección Social, en atención al objetivo trazado en el Plan Nacional de Desarrollo (2014 -2018) y a fin de reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población trazó y adoptó de Política de Atención Integral en Salud (PAIS), mediante la Resolución No. 429 del 17 de febrero de 2016, cuyo marco estratégico está dirigido a la atención primaria de la salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (artículo 2)

El modelo operacional diseño para tal propósito y cuya aplicación es responsabilidad de Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud, cuenta con diez componentes, así:

“Artículo 5°.- Componentes del Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. El MIAS cuenta con diez componentes, así:

5.1.- Caracterización de la Población: Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

5.2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial,, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las

cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la presente resolución, así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.3.- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS. La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.

5.4.- Delimitación Territorial del MIAS. El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para implementación del Modelo.

5.5.- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

5.6.- Redefinición del rol del asegurador. Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de la redesintegrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar el usuario. El asegurador debe interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud y coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud y fortalecer la capacidad para gestión de la información e indicadores, según los requerimientos de autoridades territoriales y nacionales.

5.7.- Redefinición del Esquema de incentivos. El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.

5.8. Requerimientos y procesos del sistema de información. - La operación del MIAS exige ajustes en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social – SISPRO, para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles. El sistema debe asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes: planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud. En todo caso, se deberá respetar la reserva de los datos.

5.9.- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud - RHS: Para el fortalecimiento del del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones laborales. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

5.10 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.- El Ministerio establece seis (6) retos de innovación e investigación en sistemas de salud que deben enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional, relacionados con: la rectoría del sistema de salud, la

sostenibilidad financiera del sistema de salud, la gestión eficiente de los recursos humanos en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.”

Es así que, mediante la Resolución 1441 de 2016, se determinó que, para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, las EPS deberán cumplir en cada departamento o distrito donde estén autorizadas para operar, con los siguientes estándares:

“4.1. Estándar de conformación y organización de la RIPSS. Comprende el análisis de la demanda de necesidades de atención en salud de la población afiliada a la EPS y de la oferta de los servicios de salud disponible al interior del departamento o distrito donde esté autorizada para operar, así como también, la organización de la red, la definición de los procesos, mecanismos, instrumentos y metodologías que soportan su coordinación y gestión operativa y la voluntad expresa de los prestadores para proveer los servicios a la población de referencia. En la conformación y organización de las RIPSS, un prestador puede hacer parte de una o más redes, de conformidad con su disponibilidad, suficiencia y capacidad instalada.

4.2. Estándar de operación de las RIPSS. Son los mecanismos que utilizará e implementará cada EPS, para desarrollar la gestión de la prestación de los servicios de salud garantizando procesos para la articulación de acciones del PIC y el POS, la disponibilidad de información como soporte del componente asistencial, administrativo y logístico de la red y la actualización continua del talento humano, así como, para la planeación, organización, ejecución y control de las RIPSS conformadas.

4.3. Estándar de seguimiento y evaluación de la RIPSS. Son los mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de las RIPSS, así como también, para su evaluación, con base en lo establecido en los numerales [4.1.](#) y [4.2.](#) del presente artículo”

Vale la pena resaltar que en la actualización del Marco Conceptual y Operacional para la Región de las Américas elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud de 2025⁷, documento cuyo propósito es trazar estrategias para reorganizar los servicios en torno a principios de integralidad, continuidad, coordinación y enfoque territorial, garantizando una

⁷ <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-11/spariss20250.pdf>

atención centrada en las personas y basada en las prioridades de la atención primaria de salud (APS), que permiten traducir las políticas de salud en modelos de atención efectivos, culturalmente pertinentes y sostenibles, fortaleciendo la rectoría del Estado y la capacidad resolutoria de los servicios de salud, señala como áreas fundamentales para su funcionamiento eficaz y eficiente, la organización de la atención y cuidado con enfoque territorial y la gestión integrada de recursos, transformación digital y procesos estratégicos.

De igual manera caracteriza como cualidades esenciales de dichos elementos la oferta de servicios con calidad y Infraestructura y equipamiento adecuados a las necesidades de salud, respectivamente.

Sobre esta última, conceptuó:

“Atributo 5. Infraestructura y equipamiento adecuados a las necesidades de salud Este atributo hace referencia a las condiciones del ambiente asistencial en las cuales se ofrecen los servicios de salud y el equipamiento necesario para garantizar las atenciones y cuidados de la salud. La importancia de este atributo radica en brindar las condiciones adecuadas para una atención segura y de calidad, con eficiencia operativa, accesibilidad, oportunidad, capacidad de respuesta a crisis y emergencias, resiliencia y recuperación, y considerando las condiciones geográficas y climáticas.

A continuación, se enumeran los elementos importantes en este atributo:

Instalaciones físicas flexibles, resilientes, sostenibles, seguras y adaptadas culturalmente. Los establecimientos de salud deben cumplir con condiciones físicas óptimas que aseguren la funcionalidad, seguridad y calidad de la atención. Su localización debe ser estratégicamente planificada, priorizando la proximidad geográfica a la población asignada y considerando sus características demográficas, epidemiológicas y socioculturales. Asimismo, deben garantizar accesibilidad física universal y conectividad vial adecuada, y estar situados en zonas seguras desde el punto de vista geográfico, ambiental y estructural, con el fin de asegurar la continuidad operativa de los servicios de salud, incluso en situaciones de emergencia o desastre. Además, deben tener el tamaño y dimensionamiento adecuados para atender la demanda cuantitativa y cualitativa. Es fundamental que los ambientes asistenciales cuenten con diseños funcionales, sean amigables con la comunidad y adaptados culturalmente para mejorar su aceptabilidad (15, 60-61). Entre las variables para el análisis de las condiciones de la infraestructura se debe considerar su vulnerabilidad, utilizando metodologías para establecimientos de salud resilientes (62), así como la comodidad, la seguridad, las condiciones de saneamiento, la disponibilidad de agua potable, la

gestión de residuos, los requerimientos de mantenimiento, reparación, reposición y ampliación de cada uno de ellos, y las condiciones de ecosostenibilidad y preparación ante emergencias y desastres (63).

Disponibilidad de equipamiento para la oferta de servicios de salud. *La disponibilidad y funcionalidad del equipamiento es un componente crítico para garantizar la calidad y continuidad de los servicios de las RISS. Esto incluye todos los dispositivos médicos, equipos biomédicos, tecnológicos y de apoyo necesarios para los procesos asistenciales, administrativos y logísticos, considerando desde equipamiento clínico básico hasta tecnologías de alta complejidad. También comprende el software, los accesorios, los insumos y los componentes complementarios indispensables para su operación, monitoreo y mantenimiento (60).*

Mantenimiento preventivo y correctivo de los ambientes asistenciales, del equipo médico y del equipo de soporte asistencial. *Las RISS deben contar con recursos financieros y humanos suficientes, además de con mecanismos de control eficientes que aseguren el mantenimiento preventivo y correctivo, y la reposición oportuna de los equipos médicos y de soporte, incluidos los vehículos de transporte y el equipo de la cadena de frío. Por otro lado, se deben contemplar procesos de capacitación en la utilización de las nuevas tecnologías. Todo ello es crucial para garantizar una atención segura y continua, tanto para los pacientes como para el personal a cargo (64).*

Definición de las condiciones de habilitación y operación de servicios de salud. *Las RISS deben implementar y mantener las condiciones de la infraestructura de sus establecimientos de salud conforme al marco normativo existente y establecer requerimientos claros para su habilitación y operación segura, que contemplen la infraestructura, el equipamiento, y los requisitos de mantenimiento y reposición. Los mecanismos de verificación deben asegurar el cumplimiento permanente”*

3.4.2 Excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva

A través de sus escritos de contestación, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaría Distrital de Salud y la Secretarías de Salud de Caldas propusieron la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, al sostener que las decisiones relacionadas con la apertura o cierre de camas en el servicio de pediatría corresponden exclusivamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, sin que medie autorización previa de dichas entidades, más allá del deber de reporte ante la autoridad territorial competente.

De antemano, esta Sala advierte que no comparte tales planteamientos, toda vez que:

El Ministerio de Salud y Protección Social es la máxima autoridad del orden nacional en materia de políticas públicas en salud, lo que incluye formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁸.

Además, de acuerdo con lo ordenado en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, dicha entidad está encargada de expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

En consecuencia, en armonía con tales atribuciones rectoras y regulatorias, no resulta procedente su desvinculación del presente trámite, toda vez que es precisamente esa cartera la que define las condiciones normativas de habilitación y operación de los servicios de salud, así como los presupuestos bajo los cuales se debe reportar el cierre de servicios y camas –incluidas las pediátricas–. En consecuencia, de acreditarse la amenaza o vulneración de los derechos colectivos invocados con ocasión del presunto cierre o disminución no controlada de tales servicios, las órdenes estructurales o regulatorias que eventualmente deban impartirse podrían involucrar la adopción de medidas normativas, directrices técnicas o ajustes regulatorios que se encuentran dentro de su órbita competencial.

En lo que tiene ver con las secretarías distritales y departamentales de salud, es menester traer a colación que, el artículo 174 ibídem, dispone que corresponde a los departamentos, distritos y municipios la dirección y organización de los servicios de salud en su jurisdicción, con el fin de garantizar la salud pública y

⁸ Decreto 4107 de 2011

asegurar la oferta de servicios, ya sea mediante instituciones públicas, contratación o subsidios a la demanda. No se trata, por tanto, de meros ejecutores de la política nacional, sino de autoridades con competencias propias en la planeación, coordinación y garantía del acceso efectivo a los servicios.

A su vez, el artículo 6 de la Resolución 544 de 2023 –que modificó el artículo 13 de la Resolución 3100 de 2019– prevé que las entidades territoriales deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la prestación de los servicios de salud cuando los prestadores reporten novedades relacionadas con el cierre de servicios esenciales, entre ellos hospitalización pediátrica y cuidado intensivo. En consecuencia, serían las llamadas a planificar y coordinar las estrategias administrativas, financieras y operativas necesarias para responder a las necesidades de la población, de manera que, ante escenarios de escasez de camas de hospitalización, les corresponde implementar las medidas de gestión, articulación y ampliación de oferta que resulten pertinentes para salvaguardar la continuidad, oportunidad y suficiencia en la prestación del servicio público esencial de salud.

Tampoco está llamada a prosperar la excepción respecto de la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que, conforme al marco legal previsto en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, dicha entidad ejerce funciones de inspección, vigilancia y control sobre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de los cuales se encuentran las direcciones territoriales de salud. Así, de demostrarse que por acción u omisión de estas últimas no se garantiza a los niños, niñas y adolescentes el acceso efectivo, oportuno y continuo al servicio de salud, las medidas orientadas a conjurar la amenaza o vulneración de los derechos colectivos invocados podrían comprender órdenes dirigidas a la Superintendencia para que, en el ámbito de sus competencias, adelante las actuaciones administrativas correspondientes e inicie, si a ello hubiere lugar, los trámites sancionatorios pertinentes, en aras de asegurar el cumplimiento de las obligaciones legales y la protección prevalente de los derechos de esta población.

En ese orden, la Sala concluye que la excepción de falta de legitimación no está llamada a prosperar respecto de las aquí vinculadas, pues son las encargadas de formular políticas, regular y vigilar Sistema de Seguridad Social en Salud y en esa medida, dentro del ámbito de sus competencias constitucionales y legales, podrían resultar destinatarias de las órdenes necesarias para conjurar la amenaza o vulneración de los derechos colectivos invocados.

A similar conclusión se llega en lo referente al Ministerio de Educación, pues dicha autoridad es la competente para expedir el acto administrativo mediante el cual se otorga el registro calificado que habilita a las instituciones de educación superior para ofertar programas académicos, así como para coordinar la formulación y definición de las condiciones de calidad exigibles para los programas de pregrado y posgrado, de conformidad con lo previsto en el Decreto 1075 de 2015 –Decreto Único Reglamentario del Sector Educación– y el Decreto 2269 del 29 de diciembre de 2023.

En ese contexto, las pretensiones se encuentran dirigidas contra la entidad que tiene a su cargo la determinación de las condiciones para la oferta de programas académicos y por ende, no se accederá a su solicitud de desvinculación del proceso

No obstante, la viabilidad y procedibilidad material de las pretensiones formuladas será objeto de análisis en el acápite correspondiente, en el cual la Sala estudiará, a la luz del principio de autonomía universitaria y del marco competencial que delimita la intervención estatal en materia de educación superior, si resulta jurídicamente factible acceder a lo solicitado por la parte demandante.

3.4.3 Análisis de los cargos

El demandante presentó acción popular en contra del Ministerio de Salud y Protección Social por considerar vulnerados los derechos colectivos a la salubridad y la seguridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios, con ocasión a una circunstancia, el sistemático cierre de camas pediátricas y la inactividad de las entidades naciones para contrarrestar un fenómeno que requiere de acciones urgentes y efectivas, hasta ahora inexistentes.

A fin de probar, el hecho generador de la vulneración y amenaza, así como las omisiones que a su juicio había incurrido el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, presentó distintas misivas dirigidas al Ministro de Salud, a la Sociedad Colombiana de Pediatría y por esta organización, en la que se manifiesta que el cierre de las camas pediátricas debido a intereses económicos, genera una problemática de salubridad pública, pues pone en riesgo la atención y vida de los niños, niñas y adolescentes.







De igual manera aportó diversos artículos de prensa, copia de la Alianza de entendimiento y colaboración entre la Sociedad Colombiana de Pediatría y la

Alcaldía Mayor de Bogotá del 30 de diciembre de 2011.

Por su parte, el Despacho Sustanciador, por medio Autos No. 2016-06-364AP, 2017-03-135AP y 2018-10-660AP, se efectuaron distintos requerimientos probatorios, entre ellos, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social informara acerca de la reglamentación existente en torno al seguimiento a los cierres a los servicios de salud pediátrica en Colombia y a la evaluación de suficiencia de oferta de servicios pediátricos y a este y a las Secretarías Distritales de Salud de todo el territorio nacional, el número de camas con las que se cuenta en el servicio de hospitalización para el servicio de pediatría, en prestadores privados y públicos.

En virtud de lo anterior, lo primero que deberá determinar la Sala es si en efecto los hechos señalados por el extremo actor, esto es el cierre de camas pediátricas, se ha traducido en la reducción de capacidad instalada para la hospitalización de los menores de 18 años y para ello, se contrastará entonces, los datos proporcionados por las mismas entidades territoriales y la inscrita a febrero 2025 en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

3.4.3.1 Determinación sobre la reducción o ampliación de la capacidad instalada de camas pediátricas

Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
Antioquia ⁹	 Pediátrica	1242	976	-21.4%	▼ Disminuyó
Comparación 2017 a 2025	 UCI Pediátrica	49	56	+14.3%	● Aumentó
	 Intermedia Pediátrica	51	27	-47%	▼ Disminuyó
	 Quemados	15	15	0%	= Igual
	 Neonatal (B/I/I)	295	328	+11.1%	▣ Mixto
	 Salud Mental / SPA	0	90	—	NEW Nuevo

⁹ (Fls 191 -194)

Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
Bogotá¹⁰	🏥 Pediátrica	1663	1438	-13.5%	▼ Disminuyó
Comparación 2018 a 2025	🚑 UCI Pediátrica	178	243	+36.5%	⬆️ Aumentó
	🏥+ Intermedia Pediátrica	88	92	+4.5%	⬆️ Aumentó
	🔥 Quemados	26	16	-38%	▼ Disminuyó
	👶 Neonatal (B/I/I)	778	633	-18.6%	▼ Disminuyó
	🧠 Salud Mental / 🔪 SPA	0	372	—	🆕 Nuevo
Casanare¹¹	🏥 Pediátrica	65	68	+4.6%	⬆️ Aumentó
Comparación 2017 a 2025	🚑 UCI / Intermedia	4	4	0%	= Igual
	👶 Neonatal (B/I/I)	16	28	+75%	⬆️ Aumentó
	🧠 Salud Mental / 🔪 SPA	0	4	—	🆕 Nuevo
Cundinamarca¹²	🏥 Pediátrica	398	366	-8%	▼ Disminuyó
Comparación 2018 a 2025	🚑 UCI Pediátrica	16	6	-62%	▼ Fuerte
	🏥+ Intermedia Pediátrica	9	2	-78%	▼ Fuerte

¹⁰ A 2017 (Fl 188 C2.1) se reportó una capacidad instalada de 2125 camas para la hospitalización de población pediátrica, distribuida así:

Cuidado intensivo pediátrico: 173



























Cuidado intermedio pediátrico: 84

Pediátrica: 1842

Unidad de Quemados Pediátrico: 26

¹¹ (Fls 125 -128 C 1.2)

¹² Fls 792 a796 C2
























Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
	 Neonatal (B/I/I)	0	131	—	 Nuevo
	 Salud Mental /  SPA	0	146	—	 Nuevo
Huila¹³	 Pediátrica	246	204	-17%	▼ Disminuyó
Comparación 2017 a 2025	 UCI / Intermedia	28	34	+21.4%	 Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	97	104	+7.2%	 Aumentó
	 Salud Mental /  SPA	0	51	—	 Nuevo
Caldas¹⁴	 Pediátrica	167	201	+20%	 Aumentó
Comparación 2017 a 2025. Pero a 2021 se informó una capacidad instalada de 196 de camas pediátricas. (Fls 1048 a 1051 C4)	 UCI / Intermedia	18	27	+50%	 Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	45	55	+22.2%	 Aumentó
	 Salud Mental /  SPA	0	78	—	 Nuevo
Caquetá¹⁵	 Pediátrica	114	101	-11%	▼ Disminuyó
Comparación 2017 ¹⁶ a 2025.	 UCI Pediátrica	4	0	-100%	✗ Desapareció
	 Intermedia Pediátrica	1	4	+300%	 Aumentó

¹³ FL 209 C2.1

¹⁴ (Fl 140-108 C1) A

¹⁵ (Fls 780 a 785 C2)





















¹⁶ ((Fls 1499)A 23 de marzo de 2021 se reportó una capacidad instalada de 143 camas para la atención de la población infantil, distribuidas así: Cuidado básico neonatal:23;Cuidado intermedio neonatal: 14; Cuidado intensivo neonatal: 13 ; Cuidado intermedio pediátrico: 4 y Pediátricos:89

Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
	 Neonatal (B/I/I)	52	50	-3.8%	▼ Disminuyó
	 Salud Mental / SPA	0	78	—	 Nuevo
Córdoba¹⁷	 Pediátrica	435	410	-5.7%	▼ Disminuyó
Comparación 2021 a 2025	 UCI Pediátrica	11	47	+327%	 Fuerte
	 Intermedia Pediátrica	8	32	+300%	 Fuerte
	 Quemados	1	6	+500%	 Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	155	317	+104.5%	 Fuerte
	 Salud Mental / SPA	0	365	—	 Nuevo
Risaralda¹⁸	 Pediátrica	132	174	+31%	 Aumentó
Comparación 2017 ¹⁹ a 2025.	 UCI / Intermedia	22	35	+59%	 Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	67	76	+13.4%	 Aumentó
	 Salud Mental	0	20	—	 Nuevo
San Andrés	 Pediátrica	16	9	-43%	▼ Fuerte

¹⁷ Fls1139 C4

¹⁸ (Fl 181 C.2.1)

¹⁹ (Fls 1223) 28 de febrero de 2022 se reportó una capacidad instalada de 143 camas para la atención de la población infantil, distribuidas así: Camas pediátricas:128; cuidado intermedio neonatal:6; Cuidado intensivo neonatal: 4; Cuidado intermedio pediátrico: 11; Cuidado intensivo pediátrico:7; Incubadoras intermedias neonatal:11; Intermedia pediátrica:6; Incubadora intensiva neonatal:20; Intensiva pediátrica:7; Cuna intermedia neonatal: 10 y cuna intermedia pediátrica: 40

Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
Comparación 2019 a 2025	 Neonatal (B/I)	5	0	-100%	✗ Desapareció
La Guajira ²⁰	 Pediátrica	287	261	-9%	▼ Disminuyó
Comparación 2018 a 2025	 UCI / Intermedia	14	27	+92.8%	↗ Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	107	202	+88.7%	↗ Aumentó
	 Salud Mental / SPA	0	66	—	 Nuevo
Chocó ²¹	 Pediátrica	179	177	-1%	≈ Igual
Comparación 2019 a 2025	 Neonatal (B/I)	18	8	-55%	▼ Fuerte
	 Neonatal Intensivo	6	0	-100%	✗ Desapareció
	 SPA	0	2	—	 Nuevo
Tolima ²²	 Pediátrica	223	246	+10%	 Aumentó
Comparación 2018 ²³ a 2025	 UCI / Intermedia	22	33	+50%	 Aumentó
	 Neonatal (B/I/I)	88	68	-22.7%	▼ Disminuyó
	 SPA	0	12	—	 Nuevo
Boyacá ²⁴	 Pediátrica	170	184	+8%	 Aumentó






²⁰ (Fls 905 a 906 C2)

²¹ (Fls 1302-1303 C3)

²² (Fls 974 a 981 C3)

²³ A 2021 se reportó un total de 342, distribuido así: Internación General Pediátrica: 223; Cuidado Intermedio Neonatal: 40; Cuidado Intensivo Neonatal: 27; Cuidado Intermedio Pediátrico:8; Cuidado IntensivoPediátrico:14 y Cuidado Básico Neonatal:30

²⁴ (Fls 1416)

Departamento	Servicio	Inicial	2025	Var. %	Estado
	 UCI / Intermedia	12	12	0%	= Igual
	 Neonatal (B/I/I)	53	82	+54.7%	 Fuerte
	 SPA	0	20	—	 Nuevo

La anterior información se puede resumir así:

Categoría de Servicio	Capacidad Inicial	Capacidad 2025	Variación Absa.
Hospitalización Pediátrica	5.344	4.897	-447
Cuidado Neonatal (B/I/I)	1.681	2.082	+401
Cuidado Intensivo Pediátrico (UCI)	260	352	+92
Cuidado Intermedio Pediátrico	157	157	0
Salud Mental / SPA (Nuevos)	0	1.304	+1.304
Unidad de Quemados	42	37	-5
Totales	7484	8559	

Conclusiones:

-Hospitalización Pediátrica General: Registra la mayor disminución de cupos, pasando de **5.344** a **4.897** camas.

-Servicios Neonatales: Esta categoría (que incluye niveles básicos, intermedios e intensivos para recién nacidos) mostró un crecimiento robusto, subiendo de **1.681** a **2.082** unidades.

-Cuidado Intensivo Pediátrico (UCI): Presenta un aumento neto de 92 camas, con un total de **352** proyectadas para 2025 frente a las **260** iniciales.

-Cuidado Intermedio Pediátrico: Aunque hubo movimientos internos por departamento (como el aumento en Córdoba y Caquetá compensado por la caída en Cundinamarca y Antioquia), el total nacional se mantuvo estático en **157**

-Unidad de Quemados: Experimentó una leve reducción, cerrando con **37** camas frente a los 42 originales.

Ahora bien, existe otro grupo de departamentos que dada la información entregada únicamente es posible hacer la comparación de la capacidad instalada de camas de hospitalización general. Veamos:

Departamento	Capacidad Inicial (2017-2021)	Capacidad Pediátrica (2025)	Variación (Número de Camas)	Variación Porcentual (%)
Arauca ²⁵	63	67	+4	+6.35%
Atlántico ²⁶	121	200	+79	+65.29%
Cesar ²⁷	324	489	+165	+50.93%
Nariño ²⁸	177	244	+67	+37.85%
Norte de Santander ²⁹	257	265	+8	+3.11%
Vichada ³⁰	26	22	-4	-15.38%
Vaupés ³¹	14	10	-4	-28.57%
Cauca ³²	150	182	+32	+21.33%
Magdalena ³³	259	242	-17	-6.56%
Santa Marta ³⁴	133	156	+23	+17.29%
Santander	394	444	+50	+12.69%
Guainía ³⁵	16*	18	+2	+12.50%
Valle del Cauca ³⁶	714	653	-61	-8.54%

²⁵ Fl 969 C2

²⁶ Fls 908 C2

²⁷ Fl 203 C 2.1

²⁸ Fl 248 C 2.1

²⁹ Fls 211 C2.1

³⁰ Fl 987 C3

³¹ (Fls 132 C 1.2)

³² (Fls 115 a 117)

³³ (Fl 907)

³⁴ (Fls 184 C 2.1)

³⁵ (Fls 1241 a 1246 C4)

³⁶ (Fls 809 a 811 C2)

Departamento	Capacidad Inicial (2017-2021)	Capacidad Pediátrica (2025)	Variación (Número de Camas)	Variación Porcentual (%)
Amazonas ³⁷	32	32	0	0.00%
Guaviare ³⁸	28	29	+1	+3.57%
Meta ³⁹	189	166	-23	-12.17%
Putumayo ⁴⁰	88	99	+11	+12.50%
Quindío ⁴¹	111	81	-30	-27.03%
TOTAL	3.946	3799	+303	+8.67%

De los anteriores datos, se observa la disminución a nivel nacional de camas de hospitalización pediátrica general (pues pasó de 9290 a 8699) empero también se visualiza la apertura de camas en servicio de cuidado neonatal, cuidado intensivo pediátrico y salud mental, en algunos entes territoriales.

Ahora, discriminadas los datos recopilados y contrastados en las tablas anteriores, se evidencia que existen departamentos en que la pérdida de capacidad instalada en hospitalización general, no se recupera con las capas abiertas en otros niveles de atención.

Departamento	Pérdida en Hosp. General	Ganancia en Críticos (UCI/Inter/Neo)	Balance Neto de Camas
Antioquia	-266	+40	-226
Bogotá	-225	+69	-156
San Andrés	-7	-5 (Desapareció)	-12

³⁷ (Fls 1133 C4)

³⁸ (Fl 983 C3)

³⁹ (158 a 159 C 2.1)

⁴⁰ (Fls 166 a 167 C 1.2)

⁴¹ (Fls 179 C 1.2)

Departamento	Pérdida en Hosp. General	Ganancia en Críticos (UCI/Inter/Neo)	Balance Neto de Camas
Chocó	-2	-16 (Desapareció)	-18
Huila	-42	+13	-29

Antioquia y Bogotá: Presentan el mayor volumen de pérdida de camas en términos absolutos. Aunque han fortalecido sus unidades de cuidados intensivos, la reducción masiva en hospitalización general (-266 y -225 respectivamente) sugiere una presión significativamente mayor sobre las camas que quedan disponibles para la población infantil general.

San Andrés: Es un caso de **riesgo crítico**, ya que no solo disminuyó su hospitalización general en un 43%, sino que eliminó por completo su capacidad neonatal (de 5 camas a 0). No cuenta con servicios de UCI o Intermedia según el reporte.

Dicha depreciación también se observa en 2021, en la que se reportó una capacidad instalada de 10 camas para la atención así: camas pediátricas:4; camas cuidado intermedio neonatal:3; camas cuidado básico neonatal:2 y cama observación pediátrica:1

Chocó: Perdió camas generales y sufrió la desaparición total de su **Neonatal Intensivo** (-6 camas), además de una reducción del 55% en Neonatal Básica/Intermedia.

Huila: A pesar de haber aumentado 6 camas en UCI/Intermedia y 7 en Neonatal, estas 13 nuevas unidades no logran cubrir el vacío dejado por las 42 camas de hospitalización pediátrica que fueron retiradas.

Cundinamarca (Caso Especial): Si bien redujo drásticamente sus camas de UCI (-10) e Intermedia (-7), su balance es positivo gracias a la apertura de un servicio Neonatal de **131 camas** que antes no existía, compensando así la caída de 32 camas en hospitalización general.

Los departamentos de San Andrés y Chocó son los más vulnerables, pues a diferencia de los grandes centros urbanos, su disminución en hospitalización general se vio agravada por la desaparición o fuerte reducción de sus servicios de neonatología, sin registrar aperturas en cuidados intensivos pediátricos.

A su turno, los departamentos con mayor reducción fueron Valle del Cauca (-61), Huila (-42) y Quindío (-30) presentan las disminuciones más marcadas en camas de hospitalización general, mientras que los de mayor crecimiento son Cesar (+165) y Atlántico (+79) quienes muestran el incremento más significativo en oferta de camas generales.

Por su parte, Vaupés y Vichada no solo tienen la capacidad más baja, sino que su oferta disminuyó, agravando la brecha de atención en zonas remotas.

Sin cambios: Amazonas es el único departamento que mantiene exactamente la misma cifra (32 camas) entre ambos periodos reportados.

3.4.3.2 Regulación del cierre y apertura de servicios pediátricos.

En virtud de los requerimientos probatorios efectuados por el Despacho en relación a la información sobre la reglamentación existente en torno a los cierres de los servicios de salud pediátrica, así como adoptar medidas diferenciales relacionadas con el registro actualización y seguimiento de dichos eventos respecto de otras modalidades de servicio, el Ministerio de Salud y Protección Social, señaló in extenso:

“Numeral 4; "Informe acerca de la reglamentación existente en torno al seguimiento a cierres a los servicios de salud pediátrica en Colombia y a la evaluación de suficiencia de la oferta de servicios pediátricos

Respuesta Como se informó en el Memorando con radicado No. 201623000114493, de fecha 18-05 2016, mediante el cual esta Dirección aportó concepto técnico para dar respuesta a la Acción Popular, la Resolución 2003 de 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", establece condiciones en el Parágrafo 2° del artículo 12, relacionadas con el Cierre de uno o más de los servicios de hospitalización pediátrica y cuidado intensivo, condiciones que imponen la obligación de comunicar anticipadamente, a las entidades responsables de garantizar los servicios de salud, el cierre del servicio con el objeto de que adopten las medidas necesarias para continuar prestando el servicio a los pacientes que se estuviesen atendiendo y que a futuro requieran ese tipo de atención

Ahora bien, en marco de la prestación de servicios de salud, se han establecido parámetros para realizar el seguimiento y la evaluación, bajo el criterio que el proceso de atención es integral en función de las necesidades y requerimientos de la población; con la identificación y caracterización de los riesgos en salud rutas de atención, y en general la gestión de la demanda mediante la provisión de servicios bajo atributos de calidad como accesibilidad, continuidad, integralidad,

seguridad, oportunidad, resolutive.

Lo anteriormente mencionado se refleja en la Resolución 1441 de 2016, en la cual se plantean criterios para verificar que la EPS en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar cuente con los mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de las RIPSS, así como también, para su evaluación, con base en lo establecido en los estándares de conformación y organización y operación de la Red, también definidos en la mencionada Resolución.

Para la habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, la EPS en el Departamento y/o Distrito donde esté autorizada para operar, para dar cumplimiento al estándar de seguimiento y evaluación definido en la Resolución 1441 de 2016 deberá garantizar:

1. La existencia de una Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño de los prestadores que conforman la Red:

2. La existencia de mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red, en lo relacionado con.

a) La gestión de la prestación de servicios de salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad integralidad, resolutiveidad y resultados en salud esperados) a partir de las prioridades en salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

b) Los resultados en salud obtenidos

c) La gestión de la prestación de servicios de salud en la Red de urgencias, de conformidad con la normatividad vigente.

3. La existencia de mecanismos de publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la Red; al igual que para el seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral

Es necesario precisar que la gestión de información de los indicadores y de los elementos metodológicos para el seguimiento y evaluación deberán estar acordes con los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO o el que haga sus veces, conforme a las metodologías y fuentes de información de reporte obligatorio; y de conformidad con los parámetros y lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 1441 de 2016)”

De la lectura anterior, se evidencia que los únicos instrumentos normativos que definen como tal el procedimiento que debe seguirse para el cierre de camas de hospitalización de camas pediátricas es el contenido en la Resolución 2003 de 2014, vigente para el momento de la radicación de la demanda, pero actualmente derogada por la Resolución 3100 de 2019, que actualmente dispone:

12. Novedades. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes, las cuales se encuentran definidas en el Manual anexo a la presente resolución:

2.1 Novedades del prestador de servicios de salud:

- a. Cierre del prestador de servicios de salud.*
- b. Disolución y liquidación de la entidad.*
- c. Cambio de domicilio.*
- d. Cambio de nomenclatura.*
- e. Cambio de representante legal.*
- f. Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad.*
- g. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).*

12.2 Novedades de la sede:

- a. Apertura de sede.*
- b. Cierre de sede.*
- c. Cambio de domicilio.*
- d. Cambio de nomenclatura.*
- e. Cambio de sede principal.*
- f. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).*
- g. Cambio de director, gerente, administrador o responsable.*
- Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social.*

12.3 Novedades de servicios:

- a. Apertura de servicio.*
- b. Cierre temporal de servicio.*
- c. Reactivación de servicio.*
- d. Cierre definitivo de servicio.*
- e. Apertura de modalidad.*
- f. Cierre de modalidad.*
- g. Cambio de complejidad.*
- h. Cambio de horario de prestación de servicio. Traslado de servicio.*

- j. Cambio de prestador de referencia.
- k. Cambio de especificidad del servicio.

12.4. Novedades de capacidad instalada:

- a. Apertura de camas; b. Cierre de camas; c. Apertura de camillas de observación;
- d. Cierre de camillas de observación; e. Apertura de salas; f. Cierre de salas;
- g. Apertura de ambulancias; h. Cierre de ambulancias; i. Apertura de sillas;
- j. Cierre de sillas; k. Apertura de unidad móvil; l. Cierre de unidad móvil;
- m. Apertura de consultorios; n. Cierre de consultorios.

Artículo 13. Cierre de servicios. *El prestador de servicios de salud podrá cerrar temporalmente los servicios por un periodo máximo de un (1) año contado a partir del reporte de la novedad "Cierre temporal de servicio"; no obstante, si vencido dicho plazo no reporta la novedad "reactivación de servicio", éste se inactivará en el REPS. Para su apertura, el prestador de servicios de salud debe realizar nuevamente el procedimiento para la habilitación del servicio.*

El cierre temporal podrá ser de la totalidad de los servicios habilitados en una sede sin que se genere el cierre de esta. Si vencido el plazo establecido en el inciso anterior, el prestador no ha reportado la novedad de reactivación de al menos un servicio cerrado temporalmente, o no habilita al menos un servicio en la sede, la misma se inactivará en el REPS.

Cuando se trate de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, oncológicos y transporte asistencial, el prestador de servicios de salud debe solicitar la visita de reactivación por parte de la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

*Los prestadores de servicios de salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el **cierre de uno o más de los servicios** de urgencias, atención del parto, **hospitalización pediátrica** y **cuidado intensivo**, deben informar por escrito de tal situación a la secretaria de salud departamental o distrital, o **la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo veinte (20) días calendario antes de reportar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.**"*

De la lectura se advierte que si bien a las instituciones prestadoras de salud les asiste una obligación de diligenciamiento en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando determinen el cierre de camas de hospitalización pediátrica, la carga de comunicación al ente territorial únicamente nace debe darse cuando se retira el servicio completo.

En otras palabras, se advierte una diferenciación normativa relevante entre la obligación de actualización registral y el deber de comunicación a la autoridad

sanitaria territorial, pues a las (IPS) tienen el deber permanente de mantener actualizada la información consignada en la base datos, particularmente cuando se presentan modificaciones en su capacidad instalada, como ocurre con el cierre de camas de hospitalización pediátrica, empero mientras la prestación del servicio de hospitalización pediátrica continúe operando, aunque con una menor capacidad instalada, las Alcaldías y Gobernaciones, según el caso, no son notificadas formalmente de dichas determinaciones.

Lo anterior pone de manifiesto que la regulación tal y como está contemplada, permite entonces que uno o varios prestadores, puedan reducir de manera progresiva o escalonada el número de camas de hospitalización pediátrica, manteniendo formalmente habilitado el servicio, sin que la autoridad territorial tenga conocimiento oportuno de la afectación real en la capacidad de respuesta del sistema, lo que a su vez mina de manera contundente la capacidad de reacción institucional en momentos álgidos, como los picos de infección de respiratoria aguda.

3.4.3.3 Valoración jurídica del material probatorio frente a la vulneración alegada.

En atención al mandato constitucional de la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la pediatría como especialidad médico-quirúrgica, se configura como uno de los instrumentos técnicos esenciales para materializar las obligaciones constitucionales y legales, pues su ejercicio se orienta a la atención integral de la población desde el nacimiento hasta los diecisiete (17) años de edad, comprendiendo acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento clínico. Su ámbito de intervención no se limita al manejo de patologías específicas, sino que incluye el control del crecimiento y desarrollo, la vigilancia del estado nutricional, la detección temprana de alteraciones físicas y cognitivas y la articulación con las estrategias de salud pública dirigidas a la primera infancia y la adolescencia, acompañando de manera continua el curso de vida infantil y adolescente.

Allí se incluye, la consulta externa, la atención de urgencias pediátricas, la hospitalización, la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, y las subespecialidades pediátricas, todos ellos, de acuerdo a la complejidad.

En atención a ello, la adecuada organización y disponibilidad de los servicios de pediatría se erige en un deber jurídico exigible al Estado y a toda la red de

prestadores del servicio de salud, cuya observancia no queda librada a criterios de conveniencia administrativa o de gestión contractual, pues al tratarse de una población titular de protección constitucional reforzada, cualquier decisión que incida en la oferta, funcionamiento o articulación de estos servicios debe evaluarse bajo un estándar estricto de razonabilidad y proporcionalidad, orientado a preservar la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

De este modo, la actuación de las autoridades y de los demás actores del sistema se encuentra sujeta a control, en cuanto no pueden adoptarse medidas que impliquen regresividad, restrinjan injustificadamente el acceso o afecten la continuidad asistencial, pues el interés superior del menor opera como parámetro vinculante de interpretación y decisión.

Puntualizado lo anterior, se destaca nuevamente que tal y como se relacionó en las tablas elaboradas en el acápite 3.4.3.1. se demostró que sí existe reducción de capacidad instalada en camas de hospitalización pediátrica en el Distrito Capital y Antioquia, que la oferta de servicio neonatales en San Andrés, desapareció completamente y que en Chocó se redujo casi a la mitad, lo que se traduce, en una situación de riesgo para dicha población.

De igual manera se observa que los departamentos que desde el momento en que se inició y transcurrió este medio de control contaban con la capacidad instalada a nivel nacional más bajas (Vaupés y Vichada), reportaron reducciones adicionales, por lo que, a hoy, cuentan únicamente con menos de 30 camas pediátricas, caso similar al de Guaviare y Amazonas que, en 7 años, aumentó en uno este número y no cuenta con servicios para el cuidado neonatal, intermedio o intensivo pediátrico.

Otros departamentos presentan escenarios mixtos. El Huila, pese a incrementar su capacidad en UCI/Intermedia (6 camas) y en servicios neonatales (7 camas), no logra compensar la pérdida de 42 camas de hospitalización pediátrica general. Cundinamarca constituye un caso particular: aunque registra reducciones en UCI (-10), Intermedia (-7) y hospitalización general (-32), incorpora un nuevo servicio neonatal con 131 camas, con lo cual el balance neto se torna positivo.

Asimismo, se evidencia que Cesar (+165) y Atlántico (+79) presentan los mayores incrementos en la oferta de camas generales, mientras que Amazonía mantiene sin variación su capacidad (32 camas), lo que constituye una estabilidad que no necesariamente se ajusta a las necesidades del territorio.

A partir de este panorama, no es posible afirmar que demuestre la existencia de una vulneración al derecho colectivo de acceso a los servicios de salud, en tanto persisten alternativas de atención y no se ha demostrado que la disminución de la capacidad instalada haya impedido materialmente la prestación del servicio a la población, máxime si se tiene en cuenta que:

- i) El cierre de camas de hospitalización pediátrica general puede tratarse de una reestructuración del modelo de atención en atención pediátrico de acuerdo con las necesidades del territorio, quien haya decidido promover más la apertura de estas en cuidado intermedio o intensivo o que en este momento particular se requiera otro tipo de oferta en relación a la demanda de los servicios.
- ii) Si bien uno de las fundaciones codayuvantes expone que existen quejas de usuarios respecto de la asignación de camas para hospitalización, no existe registro de estas, ni se puede visualizar que las instituciones de inspección vigilancia y control tengan conocimiento de las mismas, como quiera que, la Superintendencia de Salud únicamente entregó información relacionada con la falta de oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas y su negación.

No obstante lo anterior, los hallazgos sí configuran una **amenaza cierta y verificable** al acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, en la medida en que las variaciones negativas y la desaparición de servicios esenciales –como los neonatales en algunos territorios– generan un escenario de riesgo para la continuidad, oportunidad y suficiencia de la atención pediátrica y neonatal.

Dicho riesgo principalmente dos orígenes: el primero, **el marco regulatorio vigente**, pues, aunque exige reportar el cierre de camas pediátricas y la notificación al ente territorial cuando se produce el **cierre total del servicio** y la obligación de adoptar las medidas que correspondan para garantizar la prestación del servicio, el ente Ministerial no ha contemplado la prohibición del cierre de la capacidad instalada ni siquiera cuando existan niveles de ocupación críticos o cuando se avizore una contingencia que aumente las posibilidades de ocupación, *verbi gratia*, picos de Enfermedades Respiratorias Agudas, Dengue, entre otras.

De ahí que sea necesario contar con la colaboración de las institucionales nacionales que emiten las alertas relacionadas con el clima e identifican las amenazas sanitarias en el territorio nacional.

Y el segundo actualmente no existe **estudio de suficiencia** que permita valorar si la oferta actual –reducida o estable según cada territorio– responde a las necesidades reales de la población, lo cual impide asegurar que la red instalada sea adecuada para satisfacer la demanda futura, pues lo cierto es que los datos generales que fueron recaudados por el Tribunal no se puede llegar a una conclusión respecto a ese punto, máxime si se tiene en cuenta la información que entregó el Ministerio de Salud en los alegatos de conclusión en la que refirió que el índice 1,59 por habitante, no resulta de recibo en el presente proceso, al incluir a población no pediátrica (quienes tienen más de 18 años pero no han cumplido 19)

Vale la pena resaltar que si bien, las EPS que desean organizarse como Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, para su habilitación deben contar con un modelo de monitoreo continuo, así como un análisis de la demanda de necesidades de atención en salud de la población afiliada a la EPS y de la oferta de los servicios de salud disponible al interior del departamento, lo cierto es que:

- En el evento que se dé un cierre masivo de camas pediátricas en múltiples prestadoras, al no tener un instrumento normativo que impida en un escenario de sobreocupación, aquellas cierran camas, la crisis si se puede presentar.

-Es necesario que el ente territorial cuente con la información de su población, las necesidades en salud y en atención que requiere, y con ello pueda contrastar el análisis de conformación y organización que presente la RIPSS.

Así las cosas y atendiendo a que los departamentos, distritos y municipios la dirección y organización de los servicios de salud, se darán órdenes a los aquí demandados atendiendo a su competencia y su jurisdicción.

3.4.3.4. Órdenes a las entidades de Orden Nacional

A. Al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en su calidad de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro del término de seis meses contados a partir de la ejecutoria de esta sentencia:

1. Expida una resolución que establezca:

- Los parámetros técnicos oficiales para la clasificación de la ocupación de camas pediátricas (neonatal, básico, intermedio, cuidado intensivo e intermedio) en niveles leve, moderado y crítico, con base en criterios epidemiológicos y de capacidad instalada.

- Lineamientos obligatorios para que los entes territoriales, en ejercicio de sus competencias, apliquen un procedimiento excepcional para cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas pediátricas en niveles moderado o crítico.

2. **Construya, adopte y divulgue el Modelo de Estudio de Suficiencia de Camas Pediátricas** que deben aplicar las secretarías de salud de los Departamentos y de Distritos Especiales y el cual incluirá, como mínimo:

-Metodología para medición de oferta

Uso del REPS como fuente base para identificar camas pediátricas, intermedias y UCI pediátrica, con fecha de corte definida para evitar inconsistencias por su actualización permanente.

-Metodología para medición de demanda

Población menor de 18 años por territorio, discriminando: i) Número de neonatos (hasta 28 días de edad) ii) Número de niñas y niños menores de un año; iii) Número de niños y niñas mayores de un año y menores de cuatro y iv) Número de niños y niñas mayores de cinco años y menores de dieciocho años.

Tasas de hospitalización pediátrica y, cuando existan, datos de consumo histórico por días de estancia.

-Indicadores de suficiencia territorial: i) Densidad de camas por 1.000 menores; ii) Estimación de camas requeridas según estándares comparados y iii) Cálculo de brechas entre oferta existente y oferta requerida, que incluya: zonas con déficit de camas y diferencia entre áreas urbanas y rurales.

-Identificación de brechas territoriales y riesgos críticos: Incorporar la evidencia de cierres de servicios pediátricos y neonatales registrados en los últimos años, dado su impacto en el acceso efectivo.

3. Al Ministerio de Salud y Protección Social que, en coordinación con el IDEAM y el INS, diseñe y ponga en funcionamiento progresivo, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes, un protocolo interinstitucional de alertas climáticas y epidemiológicas relacionadas con riesgos de aumento de hospitalización pediátrica, con el fin de que las autoridades sanitarias y los

prestadores de servicios de salud puedan adoptar las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad de la capacidad instalada pediátrica.

- B. A la **Superintendencia Nacional de Salud** que, dentro del término de treinta (30) días, incorpore en sus ítems de clasificación de quejas una categoría específica para aquellas relacionadas con la demora en la asignación de cama pediátrica y/o neonatal para hospitalización; que adelante actuaciones administrativas preliminares o, de ser procedente, investigaciones formales únicamente cuando del análisis de la queja se desprenda evidencia de posibles fallas que puedan constituir una presunta vulneración del derecho fundamental a la salud en el acceso a cama pediátrica o neonatal, conforme a sus procedimientos internos y su marco legal sancionatorio; y que remita semestralmente a las entidades territoriales del nivel departamental reportes consolidados sobre las quejas clasificadas en dicha categoría, su estado y las acciones desplegadas, con el fin de que estas adopten las medidas a su cargo dentro de sus competencias.

3.4.3.5. Órdenes generales a todos los entes territoriales vinculados

Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada y a la Secretaría de Distrital de Salud de Bogotá, una vez el Ministerio de Salud y Protección Social expida la normativa correspondiente, apliquen de manera obligatoria el procedimiento excepcional previsto para cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas pediátricas, cuando la ocupación se encuentre en niveles moderado o crítico, conforme a los parámetros técnicos y requisitos definidos por el Ministerio.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán:

- a) Evaluar y decidir las solicitudes que presenten las IPS bajo dicho procedimiento excepcional;
- b) Verificar que las justificaciones técnicas y epidemiológicas aportadas por la IPS sean suficientes y coherentes con la situación territorial;
- c) Autorizar o negar la solicitud mediante acto administrativo motivado;
- d) Reportar semestralmente al despacho judicial las decisiones adoptadas en el marco de este procedimiento, junto con sus soportes técnicos.

Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada y a la Secretaría de Distrital de Salud de Bogotá que dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación del **Modelo de Estudio de Suficiencia de Camas Pediátricas** por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Elaboren y adopten su Estudio Territorial de Suficiencia de Capacidad Instalada Pediátrica, aplicando estrictamente la metodología, parámetros, indicadores, fuentes y procedimientos establecidos en dicho protocolo.
2. Una vez adoptado el estudio territorial, las Secretarías de Salud deberán, cuando así lo determinen los resultados del análisis, adoptar las medidas de planeación, coordinación y gestión necesarias para la adecuación de la oferta pediátrica en su jurisdicción, orientadas a la expansión, redistribución o reconversión de servicios pediátricos, en el marco de sus competencias de rectoría territorial y en articulación con los actores del sistema.
3. En relación con las Empresas Sociales del Estado (ESE), adelantar las acciones de orientación, gestión de inversiones, reordenamiento de oferta y adecuaciones de servicios que resulten necesarias y viables según el estudio territorial, sin perjuicio de las limitaciones presupuestales y del cumplimiento de los requisitos de habilitación aplicables.
4. Respecto de los prestadores privados, promover, concertar y coordinar los ajustes requeridos para garantizar la suficiencia pediátrica en el territorio, mediante mecanismos de planeación sectorial, integración en redes y vigilancia del cumplimiento del régimen de habilitación.

Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada:

1. ADELANTAR todas las actuaciones administrativas, técnicas y operativas necesarias para asegurar la construcción, adopción e implementación de un estándar técnico de datos destinado a la generación, consolidación y divulgación pública de la información relativa a la ocupación de camas

pediátricas, bajo criterios de consistencia, verificabilidad, interoperabilidad y transparencia.

2. DISPONER que el estándar técnico referido deberá incorporar, como mínimo, los siguientes elementos:
 - a) Definiciones operativas, que precisen las nociones de cama pediátrica habilitada, ocupada, disponible, cama de cuidado intermedio pediátrico, cama en UCIP, así como los conceptos de fecha y hora de corte.
 - b) Variables mínimas obligatorias, comprendidas en los grupos de:
 - identificación del prestador y del territorio;
 - capacidad instalada pediátrica;
 - ocupación y disponibilidad;
 - periodo de corte y periodicidad de actualización.
 - c) Reglas de validación, que garanticen la calidad del dato, la verificación de consistencia interna, la coherencia entre totales y subtotales, y los controles previos a la publicación.
 - e) Especificaciones y formatos, que establezcan los formatos de divulgación (tabla en página oficial, archivos CSV o JSON descargables) y los metadatos mínimos exigidos (fuente, metodología, periodicidad y fecha de última actualización).
3. ORDENAR que la información consolidada sea publicada en los portales web oficiales de cada entidad territorial, cumpliendo las siguientes condiciones:
 - a) Acceso visible y directo desde la sección de salud o indicadores oficiales
 - b) Presentación en tabla consultable y disponibilidad de archivos abiertos (CSV o JSON).
 - c) Inclusión de un resumen gráfico que permita la visualización inmediata de los niveles de ocupación.
 - d) Indicación expresa de la fecha y hora exacta del corte de la información.
 - e) Inclusión de metadatos que expliquen la fuente, método de cálculo y periodicidad de actualización.
4. DISPONER que la periodicidad mínima de actualización de los datos será diaria, sin perjuicio de que pueda aumentarse en situaciones excepcionales

o de alta demanda asistencial, o según las capacidades técnicas del ente territorial.

5. ORDENAR que el diseño, implementación y divulgación del estándar técnico cumpla estrictamente con las obligaciones de protección de datos personales, asegurando que:
 - a) Solo se publiquen datos agregados.
 - b) No se incluya información que permita identificar pacientes.
 - c) Se mantenga trazabilidad de las actualizaciones y correcciones.
 - d) Se observe integralmente la normativa vigente en confidencialidad y protección de datos personales.
6. ORDENAR a cada ente territorial definir y formalizar el área o dependencia responsable de: i) la consolidación de la información; ii) la validación de los datos; iii) la generación de archivos abiertos; iv) la publicación en el portal institucional; y v) la actualización periódica y su trazabilidad.
7. REQUERIR a las entidades territoriales la elaboración y remisión de un informe técnico de implementación y seguimiento.

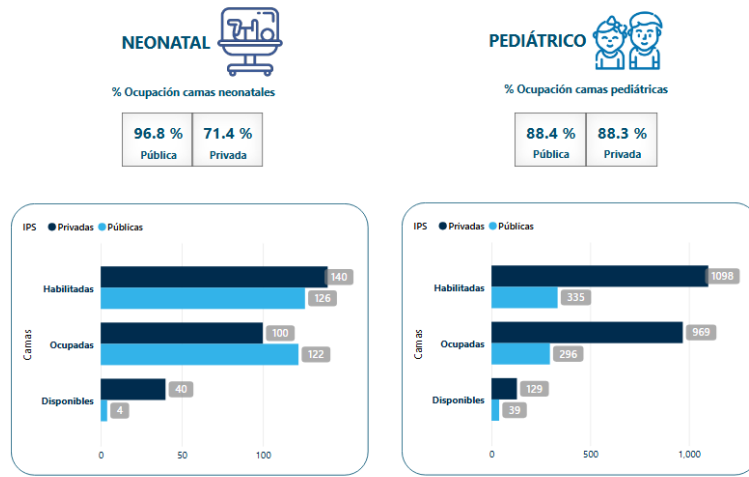
3.4.3.5. Otras consideraciones respecto de Bogotá

Como se evidencia en la orden anterior, esta no fue dirigida al Distrito Capital, como quiera que, desde el año 2018, cuenta con Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData⁴², una plataforma que de datos permite que la ciudadanía y otros sectores interesados interactúen y conozcan información sobre la situación de salud del Distrito, que a su vez permite, la orientación el monitoreo y la evaluación de las acciones estratégicas del sector salud a partir de la información que reposa en el Observatorio de Salud de Bogotá.

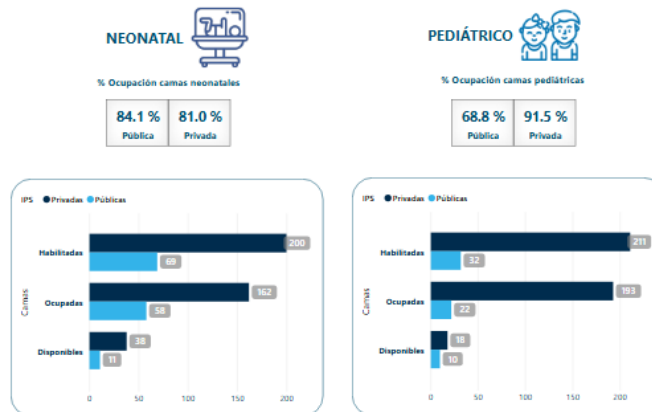
A través de esta ventana es posible conocer el estado actual de ocupación actual de camas pediátricas en Bogotá. Observemos:

Hospitalización General

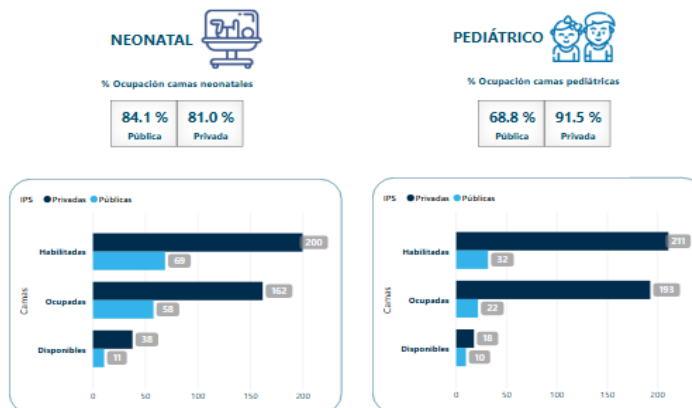
⁴² <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/nosotros/>



Unidad de Cuidado Intensivo



Unidad de cuidado intermedio



3.4.3.6. Ministerio de Educación

Deben negarse las pretensiones elevadas en contra del Ministerio de Educación Nacional orientadas a imponer la obligación de incorporar determinadas asignaturas en los programas de especializaciones médico-quirúrgicas, por cuanto tal exigencia resulta jurídicamente improcedente y desconoce el núcleo esencial de la autonomía universitaria. Conforme a los artículos 67 y 69 de la Constitución Política, corresponde a las instituciones de educación superior definir de manera independiente sus planes de estudio, metodologías y criterios académicos, sin que la autoridad administrativa pueda sustituir su criterio académico ni intervenir de forma directa en la estructuración interna de los programas.

Por ello, cualquier orden que pretenda imponer contenidos curriculares específicos excede las competencias del Ministerio y configura una injerencia indebida en la libertad de configuración académica que la Carta y la ley garantizan a las universidades.

3.4.3.7. Exhorto general

Exhortar a todas las autoridades territoriales para que una vez el Ministerio de Salud y la Protección Social expida la normativa aquí ordenada, de cumplimiento estricto a los protocolos generales adoptados.

Finalmente, no habrá lugar a imponer condena en costas a ninguna de las partes, en atención a lo previsto en el artículo 38 de la Ley 472 de 1998, para que proceda tal declaratoria es necesario que se compruebe la temeridad o mala fe, aspectos que no se acreditan en el presente caso.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección B, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: DECLARAR la amenaza del derecho al acceso a los servicios públicos y

a que su prestación sea eficiente y oportuna, en consecuencia, AMPARARLO bajo el principio de precaución.

SEGUNDO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva invocadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social, Ministerio de Educación, Superintendencia Nacional de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría de Salud de Caldas.

TERCERO: ORDENAR Al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en su calidad de ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro del término de (6) seis meses siguientes contados a partir de la ejecutoria de esta sentencia:

1. Expida una resolución que establezca:

- Los parámetros técnicos oficiales para la clasificación de la ocupación de camas pediátricas (neonatal, básico, intermedio, cuidado intensivo e intermedio) en niveles leve, moderado y crítico, con base en criterios epidemiológicos y de capacidad instalada.

- Lineamientos obligatorios para que los entes territoriales, en ejercicio de sus competencias, apliquen un procedimiento excepcional para cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas pediátricas en niveles moderado o crítico.

2. **Construya, adopte y divulgue el Modelo de Estudio de Suficiencia de Camas Pediátricas** que deben aplicar las secretarías de salud de los Departamentos y de Distritos Especiales y el cual incluirá, como mínimo:

-Metodología para medición de oferta

Uso del REPS como fuente base para identificar camas pediátricas, intermedias y UCI pediátrica, con fecha de corte definida para evitar inconsistencias por su actualización permanente.

-Metodología para medición de demanda

Población menor de 18 años por territorio, discriminando: i) Número de neonatos (hasta 28 días de edad) ii) Número de niñas y niños menores de un año; iii) Número de niños y niñas mayores de un año y menores de cuatro y

iv) Número de niños y niñas mayores de cinco años y menores de dieciocho años.

Tasas de hospitalización pediátrica y, cuando existan, datos de consumo histórico por días de estancia.

-Indicadores de suficiencia territorial: i) Densidad de camas por 1.000 menores; ii) Estimación de camas requeridas según estándares comparados y iii) Cálculo de brechas entre oferta existente y oferta requerida, que incluya: zonas con déficit de camas y diferencia entre áreas urbanas y rurales.

-Identificación de brechas territoriales y riesgos críticos: Incorporar la evidencia de cierres de servicios pediátricos y neonatales registrados en los últimos años, dado su impacto en el acceso efectivo.

CUARTO: ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en virtud del principio de coordinación, en colaboración con el IDEAM y el INS , diseñe y ponga en funcionamiento progresivo, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta sentencia, un protocolo interinstitucional de alertas climáticas y epidemiológicas relacionadas con riesgos de aumento de hospitalización pediátrica, con el fin de que las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud puedan adoptar las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad de la capacidad instalada pediátrica.

QUINTO: A la Superintendencia Nacional de Salud que, dentro del término de treinta (30) días siguientes a la ejecutoria de esta sentencia, incorpore en sus ítems de clasificación de quejas una categoría específica para aquellas relacionadas con la demora en la asignación de cama pediátrica y/o neonatal para hospitalización; que adelante actuaciones administrativas preliminares o, de ser procedente, investigaciones formales únicamente cuando del análisis de la queja se desprenda evidencia de posibles fallas que puedan constituir una presunta vulneración del derecho fundamental a la salud en el acceso a cama pediátrica o neonatal, conforme a sus procedimientos internos y su marco legal sancionatorio; y que remita semestralmente a las entidades territoriales del nivel departamental reportes consolidados sobre las quejas clasificadas en dicha categoría, su estado y las acciones desplegadas, con el fin de que estas adopten las medidas a su cargo dentro de sus competencias.

SEXTO: Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada y a la Secretaría de Distrital de Salud de Bogotá, una vez el Ministerio de Salud y Protección Social expida la normativa correspondiente, apliquen de manera obligatoria el procedimiento excepcional previsto para cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas pediátricas, cuando la ocupación se encuentre en niveles moderado o crítico, conforme a los parámetros técnicos y requisitos definidos por el Ministerio.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán:

- a) Evaluar y decidir las solicitudes que presenten las IPS bajo dicho procedimiento excepcional;
- b) Verificar que las justificaciones técnicas y epidemiológicas aportadas por la IPS sean suficientes y coherentes con la situación territorial;
- c) Autorizar o negar la solicitud mediante acto administrativo motivado;
- d) Reportar semestralmente al despacho judicial las decisiones adoptadas en el marco de este procedimiento, junto con sus soportes técnicos.

SÉPTIMO: Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada y a la Secretaría de Distrital de Salud de Bogotá que dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación del **Modelo de Estudio de Suficiencia de Camas Pediátricas** por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Elaboren y adopten su Estudio Territorial de Suficiencia de Capacidad Instalada Pediátrica, aplicando estrictamente la metodología, parámetros, indicadores, fuentes y procedimientos establecidos en dicho protocolo.
2. Una vez adoptado el estudio territorial, las Secretarías de Salud deberán, cuando así lo determinen los resultados del análisis, adoptar las medidas de planeación, coordinación y gestión necesarias para la adecuación de la oferta pediátrica en su jurisdicción, orientadas a la expansión, redistribución o reconversión de servicios pediátricos, en el marco de sus

competencias de rectoría territorial y en articulación con los actores del sistema.

3. En relación con las Empresas Sociales del Estado (ESE), adelantar las acciones de orientación, gestión de inversiones, reordenamiento de oferta y adecuaciones de servicios que resulten necesarias y viables según el estudio territorial, sin perjuicio de las limitaciones presupuestales y del cumplimiento de los requisitos de habilitación aplicables.
4. Respecto de los prestadores privados, promover, concertar y coordinar los ajustes requeridos para garantizar la suficiencia pediátrica en el territorio, mediante mecanismos de planeación sectorial, integración en redes y vigilancia del cumplimiento del régimen de habilitación.

OCTAVO: Ordenar a las Secretarías Departamentales del Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada:

1. ADELANTAR todas las actuaciones administrativas, técnicas y operativas necesarias para asegurar la construcción, adopción e implementación de un estándar técnico de datos destinado a la generación, consolidación y divulgación pública de la información relativa a la ocupación de camas pediátricas, bajo criterios de consistencia, verificabilidad, interoperabilidad y transparencia.
2. DISPONER que el estándar técnico referido deberá incorporar, como mínimo, los siguientes elementos:
 - a) Definiciones operativas, que precisen las nociones de cama pediátrica habilitada, ocupada, disponible, cama de cuidado intermedio pediátrico, cama en UCIP, así como los conceptos de fecha y hora de corte.
 - b) Variables mínimas obligatorias, comprendidas en los grupos de:
 - identificación del prestador y del territorio;
 - capacidad instalada pediátrica;
 - ocupación y disponibilidad;
 - periodo de corte y periodicidad de actualización.

- c) Reglas de validación, que garanticen la calidad del dato, la verificación de consistencia interna, la coherencia entre totales y subtotales, y los controles previos a la publicación.
 - e) Especificaciones y formatos, que establezcan los formatos de divulgación (tabla en página oficial, archivos CSV o JSON descargables) y los metadatos mínimos exigidos (fuente, metodología, periodicidad y fecha de última actualización).
3. ORDENAR que la información consolidada sea publicada en los portales web oficiales de cada entidad territorial, cumpliendo las siguientes condiciones:
- a) Acceso visible y directo desde la sección de salud o indicadores oficiales
 - b) Presentación en tabla consultable y disponibilidad de archivos abiertos (CSV o JSON).
 - c) Inclusión de un resumen gráfico que permita la visualización inmediata de los niveles de ocupación.
 - d) Indicación expresa de la fecha y hora exacta del corte de la información.
 - e) Inclusión de metadatos que expliquen la fuente, método de cálculo y periodicidad de actualización.
4. DISPONER que la periodicidad mínima de actualización de los datos será diaria, sin perjuicio de que pueda aumentarse en situaciones excepcionales o de alta demanda asistencial, o según las capacidades técnicas del ente territorial.
5. ORDENAR que el diseño, implementación y divulgación del estándar técnico cumpla estrictamente con las obligaciones de protección de datos personales, asegurando que:
- a) Solo se publiquen datos agregados.
 - b) No se incluya información que permita identificar pacientes.
 - c) Se mantenga trazabilidad de las actualizaciones y correcciones.
 - d) Se observe integralmente la normativa vigente en confidencialidad y protección de datos personales.
6. ORDENAR a cada ente territorial definir y formalizar el área o dependencia responsable de: i) la consolidación de la información; ii) la validación de

los datos; iii) la generación de archivos abiertos; iv) la publicación en el portal institucional; y v) la actualización periódica y su trazabilidad.

7. REQUERIR a las entidades territoriales la elaboración y remisión de un informe técnico de implementación y seguimiento.

OCTAVO: REQUERIR a las entidades territoriales la elaboración y remisión de un informe técnico de implementación y seguimiento.

NOVENO: CONFORMAR un comité de verificación para el cumplimiento de la sentencia, integrado por un Procurador Para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres de la Procuraduría General de la Nación que designe la entidad, el actor, las entidades demandadas y vinculadas.

DÉCIMO. - NEGAR las demás pretensiones

DÉCIMO PRIMERO: NO condenar en costas, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

DÉCIMO SEGUNDO: Por Secretaría NOTIFICAR esta sentencia a las partes en la forma prevista en el artículo 203 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, aplicable a la actuación por remisión del artículo 44 de la ley 472 de 1998.

DÉCIMO TERCERO: En caso de no ser apelada, remítase copia de esta sentencia a la Defensoría del Pueblo (art. 80 ley 472 de 1998) y advertir que, en todo caso, las autoridades compelidas deberán dar cumplimiento a la sentencia, por cuanto la apelación de la misma por mandato del artículo 323 del CGP solo se concede en efecto devolutivo.

DÉCIMO CUARTO: Reconocer personería adjetiva a Mary Luz Polo Márquez identificada con cédula de ciudadanía No. 26814235 y tarjeta profesional 125688 del C.S. de la Jud como apoderada de la Gobernación de Magdalena.

DÉCIMO QUINTO: Reconocer personería adjetiva a Nicolás Reinel Picón Barrera identificado con cédula de ciudadanía No. 79.380040 y tarjeta profesional 79470 del C.S. de la Jud como apoderado de la Gobernación de Córdoba.

DÉCIMO SEXTO: Reconocer personería adjetiva a Luis Alfonso Castiblanco Urquijo identificado con cédula de ciudadanía No. 3.085.860 y tarjeta profesional 102.572 del C.S. de la Jud como apoderado de Bogotá-Distrito Capital

DÉCIMO SÉPTIMO: Reconocer personería adjetiva a Juan Camilo Escallón Rodríguez identificado con cédula de ciudadanía No. 80.773.785 y tarjeta profesional 201.815 del C.S. de la Jud como apoderado del Ministerio de la Protección Social

DÉCIMO SÉPTIMO: Reconocer personería adjetiva a Stevens Gil Ramos identificado con cédula de ciudadanía No. 1.087.994.80 y tarjeta profesional 246.365 del C.S. de la Jud como apoderado del Departamento de Risaralda y aceptar su renuncia, desde el día 28 de enero de 2026.

DÉCIMO NOVENO: Reconocer personería adjetiva a Alejandro León Sierra identificado con cédula de ciudadanía No. 30.404.132 y tarjeta profesional 241.341 del C.S. de la Jud como apoderado de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

VIGÉSIMO: Reconocer personería adjetiva a Wilfrido Doria Márquez identificado con cédula de ciudadanía No. 78.157.131 y tarjeta profesional 263.766 del C.S. de la Jud como apoderado del Departamento del Amazonas.

VIGÉSIMO PRIMERO: Reconocer personería adjetiva a Diana Patricia Osorio Correa identificada con cédula de ciudadanía No. 20.485.410 y tarjeta profesional 236.490 del C.S. de la Jud. como apoderado del Departamento de Guainía

VIGÉSIMO SEGUNDO: Reconocer personería adjetiva a Alexander García Jiménez identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.175.216 y tarjeta profesional 241.662 del C.S. de la Jud como apoderado del Departamento de la Superintendencia de Salud.

VIGÉSIMO TERCERO: Reconocer personería adjetiva a Carlos Alberto Vélez Alegría identificado con cédula de ciudadanía No. 76.328.346 y tarjeta profesional 151.741 del C.S. de la Jud como apoderado del Ministerio de Educación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZON

Magistrado

(Firmado electrónicamente)

OSCAR ARMANDO DIMATÉ CÁRDENAS

Magistrado

(Firmado electrónicamente)

CÉSAR GIOVANNI CHAPARRO RINCÓN

Magistrado (Firmado electrónicamente)

La presente providencia fue firmada electrónicamente a través de la plataforma SAMAI, en consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta de conformidad con el artículo 186 de CPACA y goza de plena validez conforme al artículo 7 de la Ley 527 de 1999