



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

AUTO INTERLOCUTORIO Nº 2016-03- 161 AP

Bogotá, D.C., marzo treinta (30) de dos mil dieciséis (2016)

MEDIO DE CONTROL: PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS

ACCIONANTE: GERMAN HUMBERTO RINCON PERFETTI

ACCIONADO: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTROS

EXP. RADICACIÓN: 250002341000 2016 00521-00

TEMAS: DERECHO COLECTIVO A LA SALUBRIDAD Y SEGURIDAD PÚBLICA – INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS QUE GARANTICE LA SALUBRIDAD PÚBLICA – DERECHOS DE LOS NIÑOS

ASUNTO: ESTUDIO DE ADMISIÓN DE LA DEMANDA

MAGISTRADO: MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN

Procede el Despacho a resolver sobre la admisibilidad de la acción popular instaurada por German Humberto Rincón Perfetti, contra el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y la Superintendencia Nacional De Salud, con ocasión del cierre o clausura de las camas pediátricas en las instituciones de salud públicas y privadas.

I. ANTECEDENTES

El señor German Humberto Rincón Perfetti presentó acción popular para la protección de los derechos colectivos a la salubridad y seguridad pública – infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, con el objeto de evitar que niños y niñas en Colombia mueran y/o su calidad de vida se vea deteriorada o se queden sin atención en salud debido al cierre sin control de camas pediátricas de las unidades de cuidados intensivos y el colapso que ello genera en las instituciones de salud pública y privadas.

Como pretensiones solicita ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social, para que expida una reglamentación en donde cobije los siguientes temas: prohibición de los cierres de camas pediátricas, que se garantice la apertura de las camas pediátricas clausuradas desde el año 2010 en IPS's a nivel nacional; que realice de oficio visitas permanentes a cada una de las instituciones habilitadas para revisar unidades neonatales y de cuidado intensivo pediátrico y corroborar que están en funcionamiento; incluir dentro de los requisitos de habilitación para las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas; contar con cobertura de atención para menores de edad siendo obligatorio tener servicios de hospitalización de pediatría. Entre muchas otras que hacen referencia a la protección de la población infantil.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Jurisdicción y competencia

Esta Corporación es competente para conocer del *sub lite* en virtud de la naturaleza del medio de control, la confluencia de los factores territorial y funcional, previstos 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, que establece:

“ARTÍCULO 152. COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS EN PRIMERA INSTANCIA. Los Tribunales Administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:

(...)

*16. De los relativos a la protección de derechos e intereses colectivos, reparación de daños causados a un grupo y de cumplimiento, **contra las autoridades del orden nacional** o las personas privadas que dentro de ese mismo ámbito desempeñen funciones administrativas.”* (Negrilla y subrayas fuera de texto)

Por lo que considerando que en la presente acción popular se tienen como accionados entidades del orden nacional como lo son el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y la Superintendencia Nacional de Salud, además del factor territorial determinado en la ciudad de Bogotá - Distrito Capital, Cundinamarca, es claro que se reúnen los factores para entender que este Tribunal es competente para conocer en primera instancia del asunto de la referencia.

2.2. Legitimación

2.2.1. 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)

Por lo que el señor German Humberto Rincón Perfetti en calidad de persona natural, cuenta con legitimación por activa para incoar la presente acción constitucional de naturaleza pública.

2.2.2. Por pasiva

Al considerarse las entidades Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y Superintendencia Nacional de Salud, en su calidad de garantes de los derechos relacionados con la salud de la población infantil, es dable afirmar que se encuentran legitimadas por pasiva para comparecer a la presente actuación y por tanto, existe identidad en la relación sustancial y la procesal.

3. Requisito de procedibilidad

De acuerdo con el inciso tercero del artículo 144 de la ley 1437 de 2011, se requiere que el actor antes de presentar la demanda haya solicitado a la autoridad administrativa que adopte las medidas necesarias de protección del derecho o interés colectivo amenazado o violado y que si transcurridos 15 días sin que la autoridad atienda la reclamación o se niega a ello, pueda acudir ante el juez. No obstante, de forma excepcional, se puede prescindir de dicho requisito si existe un

inminente peligro de ocurrir un perjuicio irremediable en contra de esos derechos, lo cual debe sustentarse en la demanda.

Descendiendo al caso en concreto dicho requisito se evidencia agotado (fls 79 a 89) toda vez que el actor presentó solicitud ante el Ministerio de Educación Nacional el día 29 de enero de 2016 sin aparente respuesta, así mismo presentó solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud el día 29 de enero de 2016, sin aparente respuesta y ante el Ministerio de Salud y Protección Social interpuso solicitud el 29 de enero de 2016, igual que en los anteriores sin aparente respuesta.

De lo anterior se evidencia que el actor cumplió con el requisito de procedibilidad consagrado en la ley 1437 de 2011, para incoar el presente medio de control.

4. Aptitud formal de la demanda

De acuerdo con el artículo 18 de la Ley 472 de 1998, se exigen unos requisitos formales para la presentación de la demanda en las acciones populares, los cuales se encuentran debidamente acreditados en el presente caso, puesto que se indica el derecho o interés colectivo amenazado o vulnerado (fls. 1); se relatan los hechos, acciones y omisiones que sustentan la acción (fls. 8 a 21); se enuncian las pretensiones (fls. 1 a 6); se indican las autoridades y entidades responsables de la amenaza o agravio (fl. 1); las pruebas que pretende hacer valer (fl. 30-32); las direcciones para notificaciones (fls. 32 y 33) y se identifica con certeza a la persona que interpone la acción (fl. 1).

5. Medidas Cautelares

El accionante dentro de su escrito de demanda solicitó que se decretarán medidas cautelares, por lo que en atención a lo dispuesto en el artículo 233 de la Ley 1437 de 2011, se ordenará, mediante auto separado al presente, que se surta el traslado referido a los demandados para que si a bien lo tienen, se pronuncien sobre la solicitud de medida cautelar presentada por German Humberto Rincón Perfetti.

6. Vinculación oficiosa de terceros coadyuvantes

En virtud de la disposición contenida en el artículo 24 de la Ley 472 de 1998, que señala:

“Artículo 24º.- Coadyuvancia. Toda persona natural o jurídica podrá coadyuvar estas acciones, antes de que se profiera el fallo de primera instancia. La coadyuvancia operará hacia la actuación futura. Podrán coadyuvar igualmente estas acciones las organizaciones populares, cívicas y

similares, así como el Defensor del Pueblo o sus delegados, los Personero Distritales o Municipales y demás autoridades que por razón de sus funciones deban proteger o defender los derechos e intereses colectivos."

Y en atención a que a lo largo del escrito de la demanda el actor refiere la participación activa que ha tenido la Sociedad Colombiana de Pediatría, considerada como una de las organizaciones más representativa en ese campo, se hace necesario vincularla oficiosamente a este proceso con el fin de que en su calidad de tercero interesado intervenga, si a bien lo tiene, dentro de las actuaciones que se adelanten.

Adicionalmente, se notificará del presente proceso a la Defensoría del Pueblo, a través de su Delegatura de la Niñez, la Juventud y las Mujeres y se oficiará a la Superintendencia Nacional de Salud, para que remita toda la información relacionada con los nombramientos de los Defensores del Usuario en Salud en las distintas regionales del país, esto es, cuáles se han nombrado, su identificación y dirección de notificación electrónica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, con el fin de vincularlos al presente proceso, también en calidad de coadyuvantes, en atención a la naturaleza del asunto y los derechos e intereses colectivos que se presumen vulnerados.

En consecuencia, se admitirá la presente acción popular, de conformidad con lo analizado y se efectuarán los requerimientos indicados.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

PRIMERO.- ADMITIR la demanda presentada por el señor GERMAN HUMBERTO RINCON PERFETTI, actuando en nombre propio, en ejercicio del medio de control de protección de los derechos e intereses colectivos, en contra del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y Superintendencia Nacional de Salud.

SEGUNDO.- NOTIFICAR personalmente el auto admisorio al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se deberá tener en cuenta las direcciones aportadas por la parte demandante y el buzón para notificaciones judiciales de cada uno de los demandados.

TERCERO.- Advertir a los precitados que disponen de un término de diez (10) días contados a partir de la notificación personal para contestar la demanda y que en dicha contestación podrán solicitar las pruebas que pretendan hacer valer en el

proceso.

Igualmente se les informará que la decisión será proferida dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del término de traslado, descontados los términos requeridos para el trámite y contradicción de pruebas, la celebración de la audiencia especial y la resolución de recursos ordinarios.

CUARTO.- Vincular oficiosamente a la Sociedad Colombiana de Pediatría como coadyuvante dentro del presente proceso, la cual podrá ser notificada personalmente a través de la dirección electrónica pediatriabogota@gmail.com, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO.- Notificar personalmente al agente del Ministerio Público.

SEXTO.- Notificar personalmente al director general o al representante delegado para el efecto de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado en los términos del artículo 199 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012.

SÉPTIMO.- Por secretaría remítase copia de la demanda y de esta providencia a la Defensoría del Pueblo para efectos del registro público de acciones populares en los términos del artículo 80 de la Ley 472 de 1998.

OCTAVO.- NOTIFICAR personalmente de esta demanda a la Defensoría del Pueblo - Delegatura de la Niñez, la Juventud y las Mujeres, con el fin de que se vincule como coadyuvante, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

NOVENO.- Para efectos de la información que corresponde a los miembros de la comunidad en general en relación con la iniciación de este proceso, publíquese el auto admisorio de la demanda, a costa del actor popular, en un diario de amplia circulación nacional. Para lo anterior se le concede un término de cinco (5) días contados a partir de la notificación de esta providencia.

DÉCIMO.- Por Secretaría publíquese el auto admisorio de la demanda mediante aviso que será fijado por el término de diez (10) días.

Además, los demandados deberán publicar, en las secretarías de esas entidades o en sus despachos, en lugar visible al público, el mismo mediante aviso que será fijado por el término de diez (10) días y remitir con destino a este proceso la constancia respectiva.

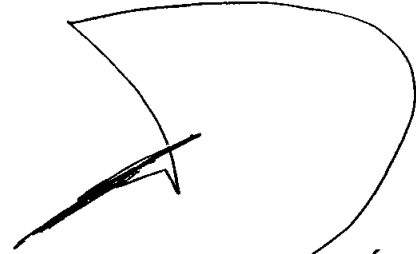
CB

Exp. 250002341000 2016 00521 00
Accionante: German Humberto Rincón Perfetti
Accionado: Ministerio de Salud y Protección Social y Otros
Medio de Control: Protección de los Derechos e Intereses Colectivos

DÉCIMO PRIMERO.- OFICIAR a la Superintendencia Nacional de Salud para que remita toda la información relacionada con los nombramientos de los Defensores del Usuario en Salud en las distintas regionales del país, esto es, cuáles se han nombrado, su identificación y dirección de notificación electrónica, de conformidad con lo señalado en la parte motiva de esta providencia.

DÉCIMO SEGUNDO.- Téngase al abogado German Humberto Rincón Perfetti como parte demandante.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN
Magistrado



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

AUTO INTERLOCUTORIO N° 2016-03-162 AP

Bogotá, D.C., marzo treinta (30) de dos mil dieciséis (2016)

MEDIO DE CONTROL:	PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS
ACCIONANTE:	GERMAN HUMBERTO RINCON PERFETTI
ACCIONADO:	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTROS
EXP. RADICACIÓN:	250002341000 2016 00521-00
TEMAS:	DERECHO COLECTIVO A LA SALUBRIDAD Y SEGURIDAD PÚBLICA – INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS QUE GARANTICE LA SALUBRIDAD PÚBLICA – DERECHOS DE LOS NIÑOS
ASUNTO:	CORRE TRASLADO DE MEDIDA CAUTELAR
MAGISTRADO:	MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN

Procede el Despacho a pronunciarse sobre la medida cautelar invocada en la acción popular instaurada por German Humberto Rincón Perfetti, en contra del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y Superintendencia Nacional de Salud.

I ANTECEDENTES

El accionante dentro de su escrito de demanda solicitó que se decretaran medidas cautelares (fl.1), por lo que en atención a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 229 de la Ley 1437 de 2011 que establece que *“las medidas cautelares en los procesos que tengan por finalidad la defensa y protección de los derechos e intereses colectivos... del conocimiento de la jurisdicción de lo contencioso administrativo se regirán por lo dispuesto en éste capítulo...”* y en el artículo 233 ibídem que *“de la solicitud de medida cautelar que fuere sustentada en la demanda deberá correrse traslado por el término de 05 días a la parte accionada, para que si a bien lo tiene se pronuncie sobre ella en escrito separado”*, se ordenará que se surta el traslado referido a los demandados para que si a bien lo tienen, se

pronuncien sobre la solicitud de medida cautelar presentada.

De conformidad con el inciso 3° del artículo 233 del CPACA, esta decisión se notificará simultáneamente con el auto admisorio de la demanda (Art. 199 CPACA, modificado por el artículo 612 del C. G. del P.) y no será objeto de recursos.

Adicionalmente, se oficiará al Ministerio Salud y Protección Social para que remita las estadísticas del número de niños existentes en cada departamento del país, así como del número de unidades pediátricas habilitadas en razón de esa población infantil departamental, a fin de obtener información tendiente a esclarecer los hechos esbozados en la solicitud de medida cautelar presentada, la cual deberá allegar en el término de cinco (5) días a partir del recibo de la comunicación correspondiente.

En mérito de lo expuesto, este Despacho

RESUELVE

PRIMERO.- CÓRRASE traslado a las entidades demandadas Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación y Superintendencia Nacional de Salud, por cinco (05) días, de la solicitud de medida cautelar formulada en el *sub lite*, de conformidad con el artículo 233 del CPACA.

SEGUNDO.- OFICIAR al Ministerio Salud y Protección Social para que remita dentro de los (5) días a partir del recibo de la comunicación que para tal efecto se libre, las estadísticas del número de niños existentes en cada departamento del país, así como del número de unidades pediátricas habilitadas en razón de esa población infantil departamental, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- De conformidad con el inciso 3° del artículo 233 del CPACA, esta decisión se notificará simultáneamente con el Auto Admisorio de la demanda (Art. 199 CPACA, modificado por el artículo 612 del C. G. del P.) y no será objeto de recursos.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN
Magistrado



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

Señores

HONORABLES MAGISTRADOS

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA

SECCION PRIMERA

E.

S.

D.

Germán Humberto Rincón Perfetti abogado trabajando con organizaciones de pacientes con enfermedades de alto costo, crónicas, huérfanas y discapacidades, siendo muchas de ellas en favor de los niños y niñas, mayor de edad, ciudadano en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar que por medio del presente escrito interpongo ACCIÓN POPULAR contra **EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, para que se garantice el derecho a la defensa de los derechos colectivos a la Salubridad y Seguridad Pública (Artículo 4 literal g de la Ley 472 de 1998) y Derecho colectivo a una Infraestructura de Servicios que garantice la Salubridad Pública (Artículo 4 literal h de la Ley 472 de 1998);

MEDIDAS CAUTELARES

Se ordene a la Superintendencia Nacional de Salud, que en el término máximo de un mes, contado a partir de la fecha de expedición del auto que decrete la medida cautelar, expida una resolución de carácter general, fundamentada en la Ley 1122 de 2007 "por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" y el Decreto 2462 de 2013 "Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud", en la cual se prohíba a toda IPS a nivel nacional, el cierre o clausura de las camas pediátricas con que cuente actualmente.

PRETENSIONES

1. ORDENES RELACIONADAS CON EL CIERRE DE CAMAS PEDIATRICAS

1.1. Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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 2º 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 PROTECCION 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



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

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 PROTECCION SOCIAL.

1.1.2. Las entidades territoriales y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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 PROTECCION 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 PROTECCION 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 2º 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 el 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 PROTECCION 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 PROTECCION 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



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

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 ATENCION DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1. Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL expedir una reglamentación fundamentada en el Artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el Artículo 2º 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) y 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 ginecobstetricia. 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 los menores de 18 años 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



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

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 PROTECCION 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 2º 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 y a mediano plazo -siendo el máximo de dos (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 2º del Decreto 4107 de 2011. En específico, los numerales 20 y 21 del Artículo 2º 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"



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

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 de 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 conformado 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 SISTEMA 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 hospitalaria. 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.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

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 POLITICA 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 2º el Decreto 4107 de 2011).

7.2. Ordenar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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 EDUCACION CONTINUADA DEL GRUPO DE SALUD CON RELACION A LOS DERECHOS Y ATENCION DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

8.1. Ordenar al MINISTERIO DE EDUCACION 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 PROTECCION 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 2º el Decreto 4107 de 2011).



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

RESUMEN EJECUTIVO - RELEVANCIA DEL TEMA

El presente caso tiene por objeto evitar que niños y niñas en Colombia mueran y/o su calidad de vida se vea deteriorada o se queden sin atención en salud debido al cierre sin control de camas pediátricas de las unidades de cuidados intensivos y el colapso que ello genera en las instituciones de salud públicas y privadas.

Adicionalmente existen varias incongruencias que deben ser corregidas, sin embargo, las autoridades de salud –aun sabiendo de ellas– no hacen nada para evitarlas, cambiarlas o mejorarlas, por ello acudimos a la Justicia para que a través de sentencia se den ordenes contundentes y estructurales a quienes de una u otra forma están relacionados con el sistema general de seguridad social en salud.

Es un hecho de público conocimiento –por tanto en principio no requeriría de prueba– el mal estado de salud, del sistema de salud. La salud de Colombia está enferma.

El sistema de salud debe funcionar por sí mismo, al igual que las entidades de vigilancia y control tener la capacidad operativa, técnica y financiera para poder dar abasto frente a todos los problemas que ocurren en más de 1.100 municipios del país.

En Colombia se ha creado el llamado “paseo de la muerte” el cual consiste en solicitar atención médica de **URGENCIAS** en diferentes instituciones (clínicas, hospitales) sin que sea posible lograr que el paciente (en este caso menor de edad) sea atendido, ya sea porque cerraron la unidad o cama pediátrica, o porque hay colapso en otros sitios, y ello genera que el/la menor de edad vaya de un lado a otro, de clínica en clínica, como si fuera de paseo, con la diferencia que en ese “paseo” encuentra la muerte por falta de atención médica. Estos hechos han sido ampliamente conocidos por todo el país a través de los medios masivos de comunicación.

La problemática surge de la Ley en si misma que regula la salud, La intermediación financiera con ánimo de lucro y el aseguramiento privado Vs. Aseguramiento social como expresión de la Seguridad Social y la inexistencia de la aplicación del concepto de seguridad social, afectando así principalmente a niños y personas con discapacidad o en estado de vulnerabilidad, **VULNERANDO EN NUCLEO FUNDAMENTAL DE LOS DERECHOS** a la vida en conexidad con la dignidad humana, la salud y la seguridad social.

Por su parte, la Corte Constitucional Colombiana consideró la salud como derecho Fundamental Autónomo, según pronunciamiento en la sentencia T-760.

En vista del cierre sistemático de camas pediátricas a nivel nacional y de lo que esto representa para los derechos colectivos, tanto de niñas, niños y adolescentes como



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

de la población en general, el objeto de esta acción es la protección de los derechos al acceso de una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, junto con el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Partiendo de lo anterior esta acción popular busca, principalmente, que desde el gobierno central se expida la regulación necesaria para prohibir el cierre de camas pediátricas sin que se reemplace, al igual que el desarrollo de una política pública que permita que existan el número adecuado de camas pediátricas, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

HECHOS GENERALES

Consideraciones generales relevantes para el caso concreto – Sistema de Seguridad Social en Salud (en adelante “SSSS”).

1. El SSSS se encuentra regulado en la Ley 100 de 1993, la cual le dio un giro sustancial introduciendo la intermediación y creando las Entidades Promotoras de Salud (en adelante EPS).
2. La Ley 100 establece las siguientes consideraciones en materia del Sistema de Seguridad Social Integral.
 - a. Artículo 1º: el sistema busca garantizar una calidad de vida acorde con la dignidad humana.
 - b. Artículo 153: Son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema: la equidad y la protección integral, entre otras. La segunda hace referencia a brindar atención en salud integral a la población, así como fomentar la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.
 - c. Artículo 154: la intervención del Estado tendrá como finalidad “...lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social en salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país...;”
 - d. Artículo 156: regula las características básicas del sistema general de seguridad social en salud, bajo la dirección, orientación, regulación, control y vigilancia del Gobierno Nacional. Enfatizando el carácter de servicio público esencial de la salud.
 - e. Artículo 165: hace referencia a la atención básica que, en especial en materia de educación y el fomento de la salud, cuya prestación debe ser gratuita y obligatoria.
 - f. Artículo 166: regula la atención materno infantil, y neonatal sobre lo cual refiere, “El plan obligatorio de salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencia, incluidos los medicamentos





funciones y la rehabilitación cuando hubiere lugar de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos." (Subrayado fuera del texto original)

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

g. Artículo 170: establece la dirección del sistema y determina que la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del mismo está a cargo del Gobierno Nacional y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

h. Finalmente, es necesario referir que el Artículo 173 establece las funciones del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, bajo las cuales se ampara la presente acción y la calidad de demandada de la referida entidad.

3. El SSSS tiene un régimen contributivo, un régimen subsidiario, y un régimen de personas que se encuentran vinculadas al sistema mientras formalizan su afiliación a alguno de los dos primeros regímenes.

4. A su vez, las EPS subcontratan la prestación del servicio público de salud mediante Instituciones Prestadoras de Salud (en adelante "IPS").

5. Por cada ciudadano(a) que se encuentra afiliado a cada EPS, el Fondo de Solidaridad y Garantía (en adelante FOSYGA), le reconoce a éstas el valor de una Unidad de Pago por Capitación (en adelante "UPC").

6. Las EPS en consecuencia reciben el pago de una UPC por cada afiliado, siendo así las entidades de intermediación por excelencia del SSSS.

7. Las UPC tienen como finalidad garantizar la libre afiliación de todos los ciudadanos, y que las EPS dispongan de recursos por cada persona afiliada, asista o no a la prestación de servicios del SSSS.

8. El valor de la UPC que el Estado colombiano reconoce por cada ciudadano afiliado se ajusta a su edad, género y zona geográfica. En este sentido, a la población con mayor riesgo en materia de salud se le reconoce un UPC de mayor valor, tales como la población infantil y de adultos mayores. Lo anterior tiene la finalidad de reconocer que son poblaciones con mayores posibilidades de solicitar los servicios del SSSS.

9. En este sentido, y en especial los niños y niñas menores de un año, al ser quienes tienen mayor posibilidad de enfermarse, tienen el valor de UPC más alto. Es decir, las EPS reciben más dinero mensualmente por la afiliación de niños y niñas.

10. En desarrollo de lo anterior, la Honorable Corte Constitucional, mediante la sentencia T-760 de 2008 se pronunció sobre las UPC y estableció la necesidad de ajustarla en lo referente a niños y niñas con el objetivo de financiar una cobertura integral. Así pues, la Corte consideró en la referida sentencia, y mediante sus correspondientes autos de seguimiento, que es necesario ajustar el cálculo de la UPC según los costos reales de la prestación de los servicios de salud, y no sobre el costo de vida pues ello genera un desequilibrio del sistema de compensación.

11. Sin embargo, el mayor valor reconocido a las EPS por las UPC, en especial respecto de los niños y niñas, no se refleja en el pago de los servicios prestados por las IPS, y en consecuencia tampoco se refleja en la atención prestada a este sector de la población.

12. Así pues, se ha llegado a un sistema en el cual las EPS contratan los servicios de salud de las IPS "por lo bajo" para poder tener mayores ganancias. Lo cual





Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

conlleve a que las IPS reduzcan sus costos de tal manera que pueda “competir” por la contratación de las EPS.

Consideraciones generales relevantes para el caso concreto – Ley Estatutaria 1751 de 2015.

13. El 16 de febrero se promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria en Salud, la cual tiene por objeto “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Artículo 1º Ley Estatutaria 1751 de 2015).

14. Para el caso concreto, ésta ley tuvo como principal propósito establecer la salud como derecho fundamental, y en consecuencia en desarrollo de su carácter de ley estatutaria reguló ciertos parámetros a los cuales se debe ceñir el SSSS.

15. Así pues, en su Artículo 5º literal a se estableció como obligación del Estado “Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;...”

16. Por su parte, el Artículo 6º establece que éste derecho fundamental incluye la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, y la calidad e idoneidad como elementos esenciales.

17. El Artículo 11 de la referida Ley es de gran importancia para el caso concreto pues establece explícitamente a los Sujetos de Especial Protección, entre los cuales incluye la atención de niños y niñas. Esta calificación implica en los términos de esta disposición, que “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.” En este sentido, “las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.”

18. En desarrollo de los Artículos 19 y 20, los hechos sobre los cuales versa la presente acción se tornan imperativos para la implementación de la Ley Estatutaria 1751. El primero establece que se deberá implementar una política para el manejo de la información en salud, “que incluya un sistema único de información en salud, que integre todos los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.” Por su parte, el Artículo 20 establece la obligación del Gobierno Nacional de establecer una política pública en salud “que permita la articulación intersectorial”, evidenciando así la actual ausencia de la misma.

19. Finalmente, es necesario hacer referencia a que ésta ley estatutaria, si bien lo hace al referirse al deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, establece explícitamente que “La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social.”

Consideraciones generales relevantes para el caso concreto – Cierre de camas pediátricas.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

20. En virtud de la situación actual del SSSS señalada en el acápite anterior, las IPS han considerado las camas pediátricas como poco rentables, y se ha generado un cierre masivo de las mismas.
21. A lo anterior se suman las millonarias deudas que tienen las EPS para con las IPS, debido al retardo en los pagos que deben realizarles, y a la existencia de un déficit de especialistas en pediatría, lo cual se concreta, en muchos casos, en falta de atención oportuna a niños y niñas.
22. Esta situación ha sido evidenciada por los medios de comunicación, lo cual ha sido de conocimiento público, y se ha denominado como el "paseo de la muerte" al que ha conllevado la intermediación financiera en salud.
23. Esta situación debe ser analizada a la luz de que precisamente son los niños entre 1 y 4 años que acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias, especialmente en las épocas de invierno o de lluvias constantes que últimamente son cada vez más frecuentes.
24. Igualmente esta situación de cierre sistemático de camas pediátricas en Unidades de Cuidados Intensivos carece del control y vigilancia del Estado; función que radica en la Superintendencia de Salud, la cual no cuenta con presencia regional, y en la Secretaría de Salud y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL que se han mantenido al margen de esta situación.
25. Respecto de lo anterior, es importante precisar que la Superintendencia de Salud fue modificada con la Ley 100 de 1993, antes de la cual ésta entidad tenía una sede principal en Bogotá y seccionales en los diferentes departamentos del país. Sin embargo, y a pesar de buscar una mayor cobertura, la Ley 100 redujo a esta Superintendencia a una única sede en Bogotá.
26. Esta preocupación también ha sido evidenciada, entre otros, por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), quien hizo un llamado por la deficiencia de camas pediátricas en diferentes hospitales y centros de salud, refiriendo casos en los que incluso deben estar 3 niños(as) por cama ante la ausencias de las mismas en las IPS.¹
27. Por su parte, el Banco Mundial ha referido el déficit de camas hospitalarias, teniendo 14 por cada 10.000 habitantes. El estándar internacional es que deben existir entre 24 y 26 por cada 10.000 habitantes.
28. Por su parte, la Sociedad Colombiana de Pediatría, en sus distintas regionales, y la Junta Médica de la Nación la Federación Médica Colombiana y ACEMI han denunciado esta problemática de manera pública al Gobierno Nacional y a las entidades de control desde 2010.
29. A pesar de lo anterior no se ha tomado ninguna medida al respecto a nivel nacional.
30. En desarrollo de lo anterior, en noviembre de 2011 la Sociedad Colombiana de Pediatría dirigió una carta abierta al Presidente de la República Juan Manuel Santos expresando su preocupación por este cierre masivo de camas de hospitalización pediátrica.

¹ Fuente: RCN la radio. (17 julio 2013). Denuncian déficit de 40 mil camas para atender niños enfermos. 1 agosto 2014, de RCN RADIO Sitio web: <http://www.rcnradio.com/noticias/denuncian-deficit-de-40-mil-camas-para-atender-ninos-enfermos-78172>



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

31. Adicionalmente, la Sociedad Colombiana de Pediatría ha levantado un censo de camas de pediatría cerradas en la ciudad de Bogotá que ha sido dado a conocer a las instancias gubernamentales desde hace más de dos años, y que además fue presentado al Congreso de la República en debate de control político en el mes de Marzo de 2012, mostrando que se han cerrado en los últimos años más de 350 camas de pediatría en las Clínicas y Hospitales que atienden régimen contributivo en la ciudad.

32. Así las cosas, se han cerrado 321 camas pediátricas sólo en Bogotá en los últimos años. Cifras similares se han presentado a lo largo del país en ciudades como Manizales, Medellín, Barranquilla, y en el Valle del Cauca.

33. Lo anterior se evidencia en declaraciones de la misma Superintendencia de Salud sobre la EPS Solsalud al sostener, "los lamentables hechos de los últimos días ponen en evidencia que Solsalud podría haber incurrido en conductas que vulneran el derecho a la salud, como impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias, y poner en riesgo la vida de las personas en especial protección constitucional". Sin embargo la Superintendencia no ha tomado medidas respecto de Solsalud ni de ninguna otra EPS o IPS.²

34. Es importante resaltar que esta problemática se incentiva en las épocas de lluvia en Colombia ya que debido a estos cambios climáticos se acude de manera masiva a los servicios de urgencia por parte de niños y niñas.

35. En desarrollo de lo anterior, en 2010 murieron 127 niños menores de 5 años por infección respiratoria.

36. Sin embargo, desde el 2010 se han cerrado más de 350 camas hospitalarias de pediatría, es decir el 23% de la demanda de pediatría en urgencias aumenta por los cambios climáticos, y en lugar de aumentar el número de camas para prestar el servicio, continúa el cierre sistemático de unidades pediátricas.

37. Por si fuera poco, clínicas como la Palermo en la ciudad de Bogotá, han cerrado la totalidad de su unidad de urgencias pediátricas, la cual atendía más de 15 mil urgencias por mes.

38. El miércoles 4 de junio de 2012 se llevó a cabo una reunión nacional con Secretarías de Salud de 20 ciudades del país motivados por el déficit que atraviesan las mismas debido a los NO PAGOS que deben hacerles las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a los hospitales públicos. El periódico El Tiempo reseñó: "señalaron que la crisis que atraviesa este sector exige cambios inmediatos en su estructura. (...) También exigen que la Nación asuma las deudas de las entidades quebradas, solventes e intervenidas, para evitar el colapso del sistema. Los funcionarios presentarían una propuesta de reestructuración al sistema de salud en la próxima legislatura"

39. Ante esta situación el auto de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 (número 133A) del 19 de junio de este año estableció lo siguiente:

"6.4. Orden 21. Unificación de los Planes Obligatorios de Salud para niños y niñas:

(...) No obstante lo anterior, han sido múltiples las quejas presentadas ante la Sala Especial de Seguimiento por la insuficiencia de la UPC-S fijada para los

² Fuente: Ejemplar del periódico El Tiempo de fecha del 3 de mayo de 2013.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

niños y niñas del régimen subsidiado, razón por la cual fue expedido el Auto 065 de 2012, en el que se requirió a la CRES acreditar que el valor de la UPC-S es suficiente para garantizar que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a los niños y niñas del país, sin que ello implique un desequilibrio financiero para estas entidades.

(...) Atendiendo lo precedente, requiere la Sala que se responda a los siguientes interrogantes:

6.4.1. ¿El valor de la UPC-S para la población menor de 18 años, garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a los niños y niñas del país?

6.4.2. ¿Se encuentran fundadas las razones dadas por la CRES para justificar la suficiencia de la UPC-S y su diferenciación con la UPC del régimen contributivo para el mismo grupo etáreo?"

40. En desarrollo de esta problemática, se remitió un derecho de petición al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL con Radicado No. 201523101181321 del 9 de julio de 2015. Como respuesta a éste, por conducto de su Subdirector de Prestación de Servicios y Atención Primaria, el Ministerio 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 y se anexa a título de prueba documental.

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	119	18	50	38	41	17



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

	Intermedio Pediátrico						
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

41. 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

42. Asimismo, la Sociedad Colombiana de Pediatría, a través de sus médicos pediatras asociados ha realizado numerosos reportes en los que consta el siguiente Consolidado de Cierre de Camas y Servicios de Pediatría, ahora sí en todo el territorio nacional.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

15

ANTIOQUIA	Aug-09	Clinica Medellín-	SCP Regional Antioquia	Cierre de 7 Camas UCI Ped. Y 10 camas hospitalización. Razón de cierre: rentabilidad negativa.
	Hace un año	Clinica Sagrada Corazón: Reducción de servicio 24 hrs a 12 y camas de 18 a 5	SCP Regional Antioquia	Se vislumbra la UCIN parece va a seguir el mismo camino.
	Desde hace 6 meses	Clinica Bolivariana: que ofrece servicios de 3er nivel, reducción servicios de pediatría en urgencias y hospitalización, así como camas	SCP Regional Antioquia	No hay como mantener un especialista en pediatría las 24 hrs.
	Desde hace 6 meses	Clinica Antioquia: Sur del Valle de aburra (Itagüí). Clausuró servicio URG. Y hospitalización Ped.: total 12 camas de hosp. Y el serv. URG.	SCP Regional Antioquia	Este cierre: por presiones desde la Dir. Secc. De Salud de Ant. Y falta de fluidez pagos aseguradoras.
	Recientemente	Clinica Las Vegas: No cuenta con serv. Hosp Ped. Y directivas decidieron cerrar servicio UCIN	SCP Regional Antioquia	Argumento: "Centro de negocios de neonatología no estaba produciendo"

	Hace mas de un año	Hospital Consejo de Medellín - Institución 2º nivel pública - Instalaciones derribadas fin modernizar edificio con promesa de reabrir abril mayo/12 Se trasladaron servicio a unidad intermedia de Sn Javier pero se suspendió atención nocturna en Pediatría.	SCP Regional Antioquia	Se redujeron además, drásticamente, el número de camas de hospitalización.
	No se reporta	Clinica NOEL: Institución de carácter netamente pediátrico	SCP Regional Antioquia	se suspendieron los servicios de urgencias y hospitalización para niños y solo se cuenta con servicios de consulta externa y cirugía infantil ambulatoria.
	No se reporta con exactitud.	Hospital General de Medellín: Único hospital público de 3er nivel de Antioquia. Funcionó servicio UCIN y UCIP por 4 años.	SCP Regional Antioquia	Se presentó renuncia masiva de pediatras por no pago salarios, suplida hasta hace dos meses. Atendian médicos generales en urgencias.
	Hace 2 meses	IPS Universitaria - adscrita a la Universidad de Antioquia, Cerro servicio Ginecoobstetricia y UCIN	SCP Regional Antioquia	Adscrita a la Universidad de Antioquia, Cerro servicio Ginecoobstetricia y UCIN Argumentos: "un servicio que no da ganancias"
	Más de tres años	Hospital San Juan de Dios de Rionegro - Centro 2º nivel del oriente Antioqueño.	SCP Regional Antioquia	Sin pediatras en las noches, delegan en médicos generales. Valoración día siguiente por especialista. Causa, netamente monetaria.





Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

ATLANTICO		Hospital Infantil Francisco de Paula de Barranquilla: Cierre	SCP Regional Atlántico	Comentario general: Graves problemas para garantizar los requisitos de atención a los niños y niñas.
CALDAS	No reporta datos exactos	Hospital Infantil - Cierre de la UCIP (única del eje cafetero, norte del Valle y Nte. Del Tolima.	SCP Regional Caldas	La ciudad y nuestros niños merecen cobertura en atención pediátrica del mejor nivel..... Que sea oportuna, eficiente, cálida y humana. Ahora el problema es carencia de voluntad política.
	Hace 8 meses	Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja -	SCP Regional Caldas	cierre 22 camas del servicio de pediatría.basado en comunicado Dra. Luz Marina Florez, presidente de Regional Caldas, SCP
		Hospital Infantil de Manizales - Rafael Henao Toro- anunció cierre del servicio de UCI e Intermedios	SCP Regional Caldas	Incumplimiento entidades como CAPRECON en pago de viejas deudas; (cerca de \$6mil millones) funcionarios no reciben salarios hace meses.Falta de recursos para pago de salarios a los pediatras.
TOLIMA	A la fecha	Hospital Federico Uleras (El Limonar) del Tolima - cierre de camas de Pedia.	SCP Regional Tolima	Gobernador de Caldas debe intervenir. Se sugiere recurrir a apoyos de entidades como EPM para apoyo Hospital Infantil por Ej. Como programa de Responsabilidad Social.
VALLE DEL CAUCA	Alerta a la fecha....	Hospital Universitario del Valle Evaristo García - Avocado actualmente a un futuro incierto por severos problemas financieros.	SCP Regional Valle	...estamos ante una tragedia humanitaria inminente, a pesar de tratados suscritos internacionalmente y la obligación prioritaria para los niños, como lo consagra la carta magna en Colombia.

43. A partir de este cierre sistemático de camas pediátricas, la Sociedad Colombiana de Pediatría ha continuado sus labores de censo de las camas de hospitalización de pediatría abiertas y cerradas encontrando desde 1999 a 2011 un total de: (i) 441 camas cerradas en Bogotá y 120 camas abiertas en ese mismo periodo para una disminución neta de 321 camas en Bogotá; (ii) La sumatoria de camas cerradas en el País, de acuerdo a estos informes es de más de 750 camas de hospitalización de pediatría a nivel nacional; (iii) Los últimos reportes informan del cierre de 30 camas de hospitalización de pediatría en Bogotá en la entidad Eusalud en el mes de Octubre de 2012 y 12 camas de Cuidado Intensivo pediátrico en la misma entidad el 30 de Noviembre de 2012.

44. Asimismo, esta situación se confirma por parte de IPS que reconocen la existencia de esta problemática. Tal es el caso de la Clínica de Occidente, que en respuesta a un derecho de petición presentado ante la entidad, respondió:

"...en atención a su comunicación nuestras instalaciones, y respecto a la solicitud de aclaración sobre las razones del cierre de los servicios de pediatría son las siguientes:

Teniendo en cuenta que somos una IPS de naturaleza privada, y que estamos condicionados a una relación contractual con las EPS del estado; se presentan ciertas situaciones que no nos dejan actuar normal y operativamente para darle una atención integral dentro del servicio de pediatría, los cuales presentan puntos negativos que a continuación relacionamos nos impidieron seguir con los servicios:

1. La negociación de la EPS de aceptar que un niño debe ser valorado por un pediatra y no por un médico general
2. La decisión de las EPS de trasladar el paciente sin razón, después de que se le ha atendido la urgencia y estabilizado al paciente
3. La negativa de las EPS a reconocer la tarifa diferencial cuando el niño es valorado por el especialista..."

45. Ahora bien, si se analiza esta problemática viene ocurriendo desde 1999, sin que haya ningún tipo de decisión nacional al respecto. Lo anterior se refleja en el



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

siguiente cuadro de cierre de camas hospitalarias para pediatría desde 1999, realizado por la Sociedad Colombiana de Pediatría.

INSTITUCION	Número de camas
Hospital Infantil Lorencita Vilegas de Santos	170
Clínica de Niño Jorge Bejarano (Pub)	120
Clínica David Restrepo	20
Clínica Policarpa	20
Eps clínicas	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
El Salto Kennedy	38
TOTAL	509
Menos las creadas	389

46. A pesar de lo anterior, no hay investigaciones, procesos o procedimientos abiertos o pendientes en las autoridades de control. Lo anterior de acuerdo a la información remitida por la Contraloría General de la República, la Personería de Bogotá D.C., y la Procuraduría General de la Nación, como consta en las respuestas a los derechos de petición que se anexan a la presente acción.

ELEMENTOS PERIODISTICOS RELEVANTES PARA LA ACCIÓN

Para ilustración del Honorable Magistrado presento a continuación una serie de noticias que han sido publicadas en diferentes medios de comunicación nacional, donde se manifiesta la problemática social, respecto del cierre de camas pediátricas, situación sobre la cual se sustenta esta acción.

"Paseos de la muerte" en medios de comunicación.

47. Ejemplar del periódico El Universal de fecha del 6 de febrero de 2013.

Bebe es víctima de paseo de la muerte.

El 5 de febrero de 2013 el señor Diego Gutiérrez acudió a la Clínica de Cartagena del Mar con su hijo de tan solo 7 meses de nacido, ya que este tenía dificultades para respirar y fiebre, en esta clínica decidieron no atenderlo. Por lo que el padre resuelve llevarlo a la Clínica del Sol de las Américas donde tampoco fue atendido dado que no había servicios de urgencias, finalmente es atendido en la Clínica San José de Torices donde fallece.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

48. Nota de Caracol Radio de fecha del 8 de junio de 2005.

Muere otro niño por 'paseo de la muerte' en Santa Marta. La Superintendencia abre investigación.

El niño Andrés Felipe de León de 18 meses de nacido, muere en la clínica el Prado de Santa Marta. Esto se da a causa de la negación de prestación de servicios de salud en distintos hospitales en razón a la falta de camas en la unidad de urgencias. Asimismo la nota denuncia esta situación en otras clínicas como la Milagrosa y la inexistencia en otras clínicas de cuidados intensivos para niños y niñas.

49. Ejemplar del periódico el Diario del Otún del 11 de agosto de 2013.

Niño se debate entre la vida y la muerte al parecer por negligencias.

Jerónimo Vargas Mesa de 4 meses de nacido, estaba entre la vida y la muerte, dado que el menor sufre de cianosis. Fue llevado al hospital San Jorge de Pereira donde no fue atendido por no contar con pediatras para su atención. Posteriormente fue llevado a la Clínica los Rosales de Pereira donde por no estar afiliado a dicha eps no fue atendido. Finalmente después de una denuncia permanece en el Hospital San Jorge.

50. Nota de Risaraldahoy.com.

Un niño de 14 años vive el drama del paseo de la muerte, la infamia y la desidia. El niño Luis Fernando Leiva necesitaba una operación de columna dada la posibilidad de quedar parapléjico después de un accidente, acude a Saludcoop pero no es atendido porque no pertenece a dicha EPS. Posteriormente acude a su EPS Asmet pero no hay camas, así como en el Hospital San Jorge y Comfamiliar. Dada la falta de atención se presenta una tutela la cual es fallada a favor del menor, se programa la operación pero no hay instrumentaria para realizarla, aparecen los materiales pero el niño tiene unas peladuras en su espalda por la semana que ha pasado desde el accidente, se queda en espera de que sanen las peladuras para que se pueda realizar la operación.

51. Ejemplar de la revista Semana de fecha de 4 de marzo de 2006.

El paseo de la muerte.

Joan Andrés Alfaro de 11 años de edad, tenía dengue hemorrágico. Por esta razón su madre lo lleva a Barranquilla a un hospital donde por trámites burocráticos no es aceptado el menor. Fue a una segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta clínica donde murió, en todas le daban la misma respuesta de falta de semanas cotizadas en la eps para la prestación del servicio.

52. Ejemplar del periódico El Tiempo del 3 de mayo de 2013.

Muerte de niña aceleró liquidación de Solsalud.

La Superintendencia de salud contaba con razones suficientes para ordenar la liquidación de la eps Solsalud. Sin embargo esta se adelantó con la muerte de Paula Sofía Lesmes una niña de 10 meses de nacida, la cual tenía cardiopatía congénita e hipotiroidismo, razón por la cual se le ordeno una cirugía imprescindible para seguir



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

con vida. La EPS se negó a autorizar dicha cirugía, incluso se dio el desacato de la tutela que ordenaba la realización de esta. La niña tenía además una colostomía por una obstrucción intestinal desde su nacimiento por lo que su salud fue empeorando su situación, acabando con su vida. La superintendencia de salud a través del superintendente del momento Gustavo Morales Cobo manifestó que la eps pudo vulnerar los derechos a la salud y a la vida poniendo a la niña en esas condiciones siendo sujeto de especial protección. Pudiendo resultar la eps no solo con la liquidación sino de igual manera con la revocatoria de licencia de funcionamiento.

CONCLUSIONES

53. El Sistema de Salud en Colombia se encuentran en crisis. Lo anterior, derivado de malos manejos presupuestales, regulación inadecuada, y una indebida prestación del servicio que no refleja el derecho a la salud en su carácter fundamental.

54. La referida situación se ha manifestado en el denominado "paseo de la muerte", ante la falta de atención inmediata en urgencias por meros formalismos, y/o causas atribuibles a las entidades prestadoras del servicio, y no al usuario.

55. Respecto del caso concreto, ésta crisis se ha materializado en el cierre sistemático de camas pediátricas dada su baja rentabilidad en el estado financiero actual del sistema de salud.

56. Este cierre sistemático no solamente vulnera el derecho a la salud como un derecho fundamental, sino que amenaza y vulnera los derechos colectivos a la salubridad y seguridad pública, y a una infraestructura de servicios que garantice la primera.

DERECHOS COLECTIVOS VULNERADOS O AMENAZADOS

1. Derecho colectivo a la Salubridad y Seguridad Pública (Artículo 4 literal g de la Ley 472 de 1998);
2. Derecho colectivo a una Infraestructura de Servicios que garantice la Salubridad Pública (Artículo 4 literal h de la Ley 472 de 1998);

FUNDAMENTOS DE DERECHO

DERECHO COLECTIVO A LA SALUBRIDAD Y SEGURIDAD PÚBLICA

La seguridad y salubridad pública es un derecho colectivo de rango constitucional, posteriormente desarrollado por el Artículo 4 de la Ley 472 de 1998, que hace referencia a la obligación que tiene el Estado de garantizar las condiciones mínimas necesarias para que las personas puedan desarrollar su vida en comunidad.

Respecto a este derecho el Consejo de Estado ha sostenido que:

"...Su contenido general, implica, de acuerdo con la jurisprudencia citada, en el caso de la seguridad, la prevención de los delitos, las contravenciones, los



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

accidentes naturales y las calamidades humanas y, en el caso de la salubridad, la garantía de la salud de los ciudadanos...³”.

Por su parte la Corte Constitucional ha manifestado que la salubridad pública, cabe se concreta en la salud de cada uno de los asociados. *“Se trata del paso de aquello que es formal -la salud- a lo que es real: vivir en condiciones saludables. Puede decirse, entonces, que salubridad significa el acto de ser de la salud, es decir, el acto por medio del cual el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. No se trata, pues, de una manifestación potencial, sino de una actual”⁴.*

En el mismo pronunciamiento la Corte asegura que *“al ser la salubridad pública una noción que implica la realización total de la salud, supone la presencia previa de la salud individual. En consecuencia, resulta aplicable el principio de que la lesión de la parte afecta la del todo; asimismo, la lesión del todo (salubridad) es necesariamente la lesión de la parte (salud individual)...”.*

El Consejo de Estado en su jurisprudencia ha establecido que el derecho a la salubridad pública se entiende por un lado como faceta colectiva del derecho fundamental a la salud del cual es titular cada individuo; y por otro lado como resultado de la prestación del servicio público de salud.

Como derecho colectivo, el derecho a la salubridad pública se entiende como el resultado de un deber correlativo de evitar que se generen focos de contaminación, epidemias u otras circunstancias que afecten la salud y la tranquilidad de la colectividad:

Para el Consejo de Estado *“este derecho colectivo está ligado 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 un determinado lugar se generen focos de contaminación, epidemias u otras circunstancias que puedan afectar la salud y tranquilidad de la colectividad y, en general, que afecten o amenacen el estado de sanidad comunitaria.”⁵*

Frente al segundo ámbito, es decir el de la salud como servicio público, es primero importante aclarar que *“El artículo 365 de la Constitución dispone que es obligación del Estado asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, los cuales podrá prestar de manera directa o a través de sus agentes, pero conservando el control y vigilancia sobre ellos.”⁶*

De lo anterior es posible inferir que la salud, además de ser considerado un derecho fundamental también tiene una dimensión como servicio público. En este sentido *“los servicios públicos constituyen una finalidad esencial del Estado y su objetivo central es el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, en tanto que son*

³ Consejo de Estado – Sección Tercera. Sentencia del 15 de julio de 2004. C.P. GERMÁN RODRÍGUEZ VILLAMIZAR.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-366 de 1993

⁵ Consejo de Estado - Sección Primera. Sentencia del 5 de octubre de 2009. C. P. Marco Antonio Velilla

⁶ Consejo de Estado - Sección Quinta. Sentencia del 12 de abril de 2002. C. P. Darío Quiñones Pinilla.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

instrumentos que concretan la efectividad de otros derechos como la salud, la vida y la integridad física de los individuos.”⁷

La prestación del servicio público de salud entonces, se convierte en instrumento para garantizar derechos como la salud y la salubridad pública, que es una faceta colectiva de aquel.

La vulneración del derecho colectivo a la salubridad pública, en sus dos facetas, se presenta cuando el Estado admite que no se cuenta con los elementos sanitarios y de infraestructura hospitalaria necesarios para garantizar a los individuos el cuidado y recuperación de su salud.

Finalmente, de acuerdo con la jurisprudencia nacional la acción popular tiene como objetivo la protección del derecho e interés colectivo a la salubridad pública; y ha señalado que en aquellos casos en los que este derecho se vea amenazado o vulnerado en razón a una omisión u actuación de las entidades que prestan servicios de salud, ante el incumplimiento de los deberes institucionales, será la acción popular el instrumento judicial llamado a exigir la protección del derecho, al buscarse a través de esta acción una actuación encaminada a la eliminación de dichas amenazas o vulneraciones.⁸

Para el caso concreto, el cierre sistemático de camas pediátricas causado por el mal manejo del Sistema de Seguridad Social en Salud, y la ausencia de vigilancia y control por parte de las entidades estatales con dichas funciones, vulnera el derecho a la salubridad pública en ambas facetas, como derecho colectivo que refleja el derecho fundamental a la salud del cual es titular cada individuo, y su faceta de servicio público esencial. La insuficiencia de camas pediátricas se traduce en una vulneración directa de la prestación del servicio público de salud en condiciones dignas, y en especial para una población de especial protección constitucional como lo son los niños y niñas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

DERECHO COLECTIVO A UNA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS QUE GARANTICE LA SALUBRIDAD PÚBLICA

En desarrollo del Artículo 88 de la Constitución Política el cual dispone que “la Ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos” se expidió la Ley 472 de 1998 la cual regula, entre otras, las acciones populares.

⁷ *Ibidem*

⁸ Consejo de Estado - Sección Primera. Sentencia del 2 de marzo de 2001. C. P. Manuel Santiago Urueta Ayola.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

En su Artículo cuarto, se encuentra una lista no taxativa⁹ de cuáles son los derechos e intereses colectivos que protege la acción popular. Específicamente, el literal h) trata sobre el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública. La jurisprudencia del Consejo de Estado ha reconocido con antelación que este derecho "hace alusión (...) a la palabra "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".¹⁰

Dado que el Consejo de Estado reconoce que la infraestructura es necesaria para la buena salubridad pública, es menester describir qué ha entendido la jurisprudencia colombiana sobre ese concepto.

La misma corporación, por su parte, ha definido el concepto de salubridad pública, en conjunto con el concepto de seguridad como "*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*".¹¹ (Subrayado fuera de texto).

En concordancia con lo anterior, el Consejo de Estado entiende la salubridad como "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"¹². La misma sentencia, específicamente entiende este derecho colectivo como "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"¹³.

Para el caso concreto, se evidencia en el cierre sistemático de camas pediátricas una vulneración y amenaza constante a la salubridad como servicio público, ya que ésta situación conlleva al aumento de la morbilidad, y la reducción de programas

⁹ Ya reconocía la Corte Constitucional en la sentencia T-439 de 2009 que "la Ley 472 de 1998 establece, de manera enunciativa, la lista de derechos e intereses colectivos que pueden protegerse mediante acción popular y el trámite respectivo" por lo que debe entenderse que esa lista no es taxativa.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Cuarta. Sentencia de 14 de noviembre de 2002. AP- 533. Consejera Ponente: Ligia López Díaz. En este fallo se discutía la naturaleza colectiva que podía detentar la expectativa de los enfermos de VIH de acceder a instalaciones y medios hospitalarios.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Cuarta. Sentencia de 14 de noviembre de 2002. AP- 533. Consejera Ponente: Ligia López Díaz.

¹² Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 15 de julio de 2004. AP 1834. C.P.: Germán Rodríguez Villamizar.

¹³ *Ibidem*.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

preventivos y de rehabilitación. En este sentido, la falta de camas pediátricas conlleva directamente a la ausencia de infraestructura para una correcta prestación del servicio público de salud, materializándose en la imposibilidad de atender urgencias de niños y niñas, vulnerando a su vez, el derecho a una vida digna.

FUNDAMENTOS DE DERECHO RELEVANTES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

1. Derechos Fundamentales de Niños y Niñas.

La Constitución Política de Colombia en su Artículo 44 consagra la prevalencia de los derechos de niñas y niños sobre los demás. Dándoles no solo un carácter fundamental, también un valor especial. De igual manera el artículo dispone la obligación de cuidado tripartita por parte de la sociedad, familia y Estado. En la sentencia C-912/04 la Corte Constitucional dispone el *“artículo 44 de la Constitución... asegura que tanto la familia, como la sociedad y el Estado, asistan y protejan a los niños y las niñas para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos¹⁴”*

Lo mismo se reitera en la T-488/99 *“Esos derechos constitucionalmente consagrados en favor de los niños, así como aquellos estipulados en los tratados internacionales ratificados por Colombia, se apoyan en un tratamiento privilegiado para su ejercicio, efectividad y garantía, mediante la asignación de un carácter prevalente con respecto de las demás personas y con naturaleza fundamental, en la forma de un interés superior que predomina en el ordenamiento jurídico vigente y, por ende, subordina la actuación de las autoridades públicas, como sucede con los jueces de la República, de manera que logren defenderse ante cualquier abuso a fin de garantizarle un desarrollo armónico integral¹⁵.”*

De igual manera a nivel internacional la Convención de los Derechos del Niño ratificada por Colombia consagra una *“consideración primordial”* al *“interés superior del niño”* en su Artículo 3º. El primer párrafo de este artículo referente al *“más alto nivel posible de salud”* se refiere a *“las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño como los recursos de que dispone el Estado, complementados con recursos aportados por otras fuentes, entre ellas organizaciones no gubernamentales, la comunidad internacional y el sector privado¹⁶”* como se explica en la Observación General N° 15 Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud, estos derechos se refieren al: *“acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud¹⁷”*.

¹⁴ Sentencia C912/04. MP: Humberto Sierra Porto.

¹⁵ Sentencia T488 de 1999. MP: Martha Victoria Sachica Mendez.

¹⁶ Observación general N° 15 Sobre el derecho del niño. (17 abril de 2013). Comité de los Derechos del Niño.

¹⁷ Observación general N° 15 Sobre el derecho del niño. (17 abril de 2013). Comité de los Derechos del Niño.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

Igualmente la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en su jurisprudencia, caso Bulacio vs. Argentina y el Caso Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú:

“Cuando se trata de la protección de los derechos del niño y de la adopción de medidas para lograr dicha protección, rige el principio del interés superior del niño, que se funda “en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades”¹⁸”

Igualmente en la Relatoría sobre los Derechos de la Niñez. Informe sobre el Castigo corporal y los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes esclareciendo el Artículo 19 de la Convención Americana las obligaciones de protección a cargo del Estado frente a la niñez, y la obligación de “tomar medidas positivas y preventivas teniendo en cuenta las condiciones especiales del niño”.¹⁹

En último lugar en la Observación General N°15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité exhorta a los Estados miembro caso del Estado colombiano a “que sitúen el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo, incluidas las relativas a la asignación de recursos y al desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones que afecten a los factores subyacentes que determinan la salud del niño”²⁰.

2. Derecho al Adecuado Nivel de Vida.

Este derecho se encuentra en el Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se encarga de consagrar el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a todo ser humano salud, bienestar, asistencia médica y los servicios sociales necesarios, entre otros. Este se considera un derecho fundamental por el bloque de constitucionalidad en virtud de los Artículos 93 y 94 de la Constitución Política de Colombia.

3. Derecho a la Salud.

Este derecho se encuentra consagrado en el Artículo 49 de la Constitución Política, y como se establece en la sentencia T-760 de 2008 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dispuso en la Observación General N°14 (2000) acerca del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud estableciendo:

‘la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos’... el concepto del ‘más alto nivel posible de salud’ contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está

¹⁸ Corte IDH. Caso Bulacio vs. Argentina, y Caso Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú.

¹⁹ CIDH. Relatoría sobre los Derechos de las Niñez. Informe sobre el castigo corporal y los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes. <http://www.cidh.org/ninez/castigocorporal2009/CastigoCorporal.1.htm#B>. El interés

²⁰ Observación general N° 15 Sobre el derecho del niño. (17 abril de 2013). Comité de los Derechos del Niño.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de 'buena salud', sino a garantizar "toda una gama de facilidades, bienes y servicios" que aseguren el más alto nivel posible de salud.^[70] En tal sentido, considera que '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'; entre ellos 'la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano²¹'.

De igual manera se pronuncia acerca de la reducción de la mortalidad infantil y la promoción del sano desarrollo de niños y niñas

"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 enfermedades²².

Asimismo, el Artículo 50 de la Constitución Política establece que "Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentara la materia."

4. Derecho a la vida.

Es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de Colombia en el Artículo 11, y asimismo se encuentra en instrumentos internacionales ratificados por Colombia, que tienen prevalencia a nivel interno como es la Declaración Universal de Derechos Humanos en su Artículo 3º; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su Artículo 6; la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en su Artículo 4; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su Artículo 1; y la Convención sobre los Derechos del Niño en su Artículo 6.

Cabe mencionar que dentro de los objetos del milenio del Banco Mundial uno de los objetivos es la mortalidad infantil.

5. Derecho a la dignidad humana.

Consagrada en el Artículo 1 de la Constitución Política de Colombia, la dignidad humana es un principio que "se erige como un valor absoluto que sirve de fundamento a todo el ordenamiento jurídico. Mediante su reconocimiento se exige como deber positivo del Estado adoptar las medidas que resulten necesarias para

²¹ Observación general N° 14 acerca del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

²² Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

garantizar la supremacía que ostenta la persona como atributo inherente a su ser racional, esto es, como un fin superior que subyace a sí mismo.²³

6. Derecho a la igualdad.

Consagrado en el Artículo 13 de la Constitución Política, así como en el Artículo 2º de la Convención de los Derechos del Niño.

La Observación general N° 15 sobre el derecho al más alto disfrute de salud de niños y niñas; establece la necesidad de combatir la discriminación como factor que puede vulnera el goce efectivo del derecho de todos los niños y niñas a la salud. Estableciendo el art 2 de la Convención de los derechos de los Niños, expuesto anteriormente, los motivos por los cuales se puede estar ante un caso de discriminación que puede imposibilitar que niños y niñas accedan a la salud.

7. Protección de los niños y niñas en el derecho internacional.

El primer instrumento internacional de protección de derechos de niños y niñas que comprende a estos (a) como destinatarios (a) directos de derechos es la Declaración de Ginebra sobre derechos de los niños, adoptada en 1924 por la Sociedad de Naciones. Posteriormente en 1945 con la creación de Naciones Unidas se da la Declaración Universal de Derechos Humanos estableciéndose en el Artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que garantice la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. A su vez, su segundo inciso establece, "la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social."

Seguido de esto en 1959 en el seno de la Organización de Naciones Unidas se crea la Declaración de los Derechos del Niño que asienta la necesidad de protección y cuidados especiales a niños y niñas en la integridad del documento. En 1966 se aprueban los pactos internacionales de Derechos Humanos integrado tanto por el Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos que consagra en su Artículo 24 que todo niño tiene derecho "a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado."

Por su parte, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Artículo 10 afirma que "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que: ...3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición."

Y, en su Artículo 12, que los Estados Parte reconocen el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual se incluyen entre las medidas necesarias para lograrlo "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

²³ Sentencia T-1145 de 2005. MP: Rodrigo Escobar Gil.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Por otro lado la Convención sobre los Derechos del Niño exhorta a que los Estados Partes a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud en su Artículo 24, en los siguientes términos,

"1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;..."

La Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud se encarga de manera integral del estudio de la salud infantil y a la importancia y necesidad de cumplir con estas obligaciones internacionales de los Estados de protección, respeto y efectividad. Reconociendo la indivisibilidad e interdependencia de los derechos de los niños y niñas, en el caso concreto, el derecho a la salud permite la realización de otros derechos que permiten el desarrollo integral de niños y niñas.

De igual manera la Organización Mundial de la Salud en resolución CD 50.R8 del 27 de septiembre del 2010 establece:

En virtud del principio internacional fundamental señalado en la Constitución de la OMS "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social²⁴", por lo que partiendo de este principio y las declaraciones contenidas en la Agenda de la Salud para las Américas se manifiesta el "propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, los países deben procurar la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusión en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades²⁵". Exhortándole este modo a los Estados miembros a cumplir con estas declaraciones.

En cuanto al sistema interamericano se da la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su Artículo VII consagra que "...todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales."; por su parte la Convención Americana establece en su Artículo 19 que "Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado."

²⁴ Organización Mundial de la Salud. (27 Septiembre del 2010). Resolución CD 50.R8.

²⁵ *Ibidem*



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

UNA MIRADA DESDE EL DERECHO COMPARADO Y SU APLICABILIDAD EN NUESTRO SISTEMA DE JUSTICIA COLOMBIANO

Con el propósito de indicar al Honorable Magistrado la situación de los derechos invocados en esta acción y en el plano internacional, de los derechos de las niñas y niños y las sentencias que se han emitido en el Sistema Interamericano, desarrollamos en los siguientes párrafos aquellos fallos que para el caso concreto toman un papel fundamental en la protección de los derechos de los menores de edad.

El Bloque de Constitucionalidad fue incluido en forma expresa en nuestro ordenamiento, pero además nuestro país ha aceptado la jurisdicción de ordenamientos jurídicos a nivel regional (Sistema Interamericano de Derechos Humanos) y el Sistema Universal de Derechos Humanos (ONU). Con base en lo anterior se refieren varias decisiones adoptadas por estos sistemas, que nos sirve de referente internacional para analizar la problemática de salud que fundamenta la presente acción.

Caso “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala – Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia del 26 de mayo de 2001.

“c) Peritaje de Emilio García Méndez, consultor independiente y ex-asesor de UNICEF, experto en el tema de derechos de los niños

Hay tres países en América Latina donde, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, se puede hablar de una violencia sistemática contra los niños en mayor situación de riesgo: Colombia, Brasil y Guatemala. No hay una política deliberada de violación de los derechos de los niños, desde el punto de vista subjetivo, pero sí lo hay desde el punto de vista objetivo, porque los niveles de gasto social en materia de políticas sociales básicas de salud y educación son extremadamente bajos.”²⁶

Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil – Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia del 4 de julio de 2006.

“La Corte, además, ha establecido que la responsabilidad estatal también puede generarse por actos de particulares en principio no atribuibles al Estado. Las obligaciones erga omnes que tienen los Estados de respetar y garantizar las normas de protección, y de asegurar la efectividad de los derechos, proyectan sus efectos más allá de la relación entre sus agentes y las personas sometidas a su jurisdicción, pues se manifiestan en la obligación positiva del Estado de adoptar las medidas

²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Sentencia del 26 de mayo de 2001. Página 20. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_63_esp.pdf.



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

necesarias para asegurar la efectiva protección de los derechos humanos en las relaciones inter-individuales... No obstante, entre esos dos extremos de responsabilidad, se encuentra la conducta descrita en la Resolución de la Comisión de Derecho Internacional, de una persona o entidad, que si bien no es un órgano estatal, está autorizada por la legislación del Estado para ejercer atribuciones de autoridad gubernamental. Dicha conducta, ya sea de persona física o jurídica, debe ser considerada un acto del Estado, siempre y cuando estuviere actuando en dicha capacidad.

Es decir, la acción de toda entidad, pública o privada, que está autorizada a actuar con capacidad estatal, se encuadra en el supuesto de responsabilidad por hechos directamente imputables al Estado, tal como ocurre cuando se prestan servicios en nombre del Estado.

En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud.²⁷

JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

De acuerdo con los artículos 15 y 16 de la Ley 472/1998, y el artículo 152 de la Ley 1437 de 2011 por tratarse de una ACCIÓN POPULAR sobre los hechos violatorios de Derechos colectivos generados por entidades del Orden Nacional, le corresponde al Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca, la jurisdicción y la competencia para conocer ésta demanda en primera instancia.

²⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Julio 4 de 2006. Párrafo 85. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

ACCIÓN POPULAR
COLOMBIA
AAR. 2011
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
CUNDINAMARCA
BOGOTÁ



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

30

PRUEBAS Y ANEXOS

DECLARACIÓN TÉCNICA

1. Solicito a su despacho cita y hacer comparecer a su despacho a Maria Clemencia Mayorga Ramírez – Presidenta de la Sociedad Colombiana de Pediatría – Capitulo Bogotá para que en audiencia se sirva explicar al despacho los hechos materia de esta acción y las preocupaciones generales de esa sociedad científica con relación a los derechos a la salud y la vida de niños y niñas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Presidenta puede ser citada en la sede de la Sociedad de Pediatría - Carrera 19 A # 84-14 of 303 clemayorga@gmail.com

DECLARACIONES GENERALES

Solicito se sirva fijar fecha y hora para que en audiencia pública, las siguientes personas rindan declaración conforme a los hechos que se relacionan. Todas son mayores de edad, vecinas y domiciliadas en esta ciudad.

1. Ernesto Durán Director del Observatorio de Infancia y Adolescencia de la Universidad Nacional, carrera 68 A No 22 A 75 casa 96, correo electrónico ejdurans@unal.edu.co
2. Carolina Wiesner Observatorio de Cáncer Infantil – Calle 1 No.9-85 Bogotá.
3. Edith Yipsel Bello Menjura Directora de la Fundación María José, organización que trabaja y atiende niños y niñas con Cáncer, quien puede ser citada en la carrera 22 No 80 bis 10 de Bogotá, presidencia@fundacionmariajose.org

Solicitud de telegramas:

Conforme lo dispone el art. 224 del C. P. C. solicito se sirva citar a los testigos mediante telegrama.

PRUEBA DOCUMENTAL Y ANEXOS:

4. Carta – respuesta dirigida a la Sociedad Colombiana de Pediatría, firmada por Clínica Palermo.





Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

5. Carta – respuesta dirigida a la Sociedad Colombiana de Pediatría, firmada por la Defensora Delegada para los Derechos de la Niñez de la Defensoría del Pueblo.
6. Carta – respuesta dirigida al Médico Especialista Juan Camilo Jaramillo Bustamante, firmada por Clínica Medellín.
7. Carta dirigida a Mauricio Santamaría – Ministro de Salud, firmada por la Sociedad Colombiana de Pediatría.
8. Carta – respuesta dirigida a la Sociedad Colombiana de Pediatría, firmada por la Contralora Delgada para el Sector Social.
9. Comunicados de Prensa de la Sociedad Colombiana de Pediatría Seccional Bogotá números 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09.
10. Documento: “ALIANZA DE ENTENDIMIENTO Y COLABORACION ENTRE LA SOIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA REGIONAL BOGOTA Y LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA – SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD”.
11. Resolución 1636 del 27 de diciembre de 2011 de la Secretaria Distrital de Salud.
12. Publicaciones medios de comunicación tema salud en Colombia, que se pueden ver en los enlaces de internet.
 - 15.A. Ejemplar del periódico El Universal de fecha del 6 de febrero de 2013.
<http://www.eluniversal.com.co/cartagena/local/bebe-es-victima-de-paseo-de-la-muerte-107568>
 - 15.B. <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/muere-otro-nino-por-paseo-de-la-muerte-en-santa-marta-la-superintendencia-abre-investigacion/20050608/nota/177616.aspx>
 - 15.C. <http://www.eldiario.com.co/seccion/JUDICIAL/ni-o-se-debate-entre-la-vida-y-la-muerte-al-parecer-por-negligencias1308.html>
 - 15.D. Ejemplar de la revista Semana
<http://www.semana.com/enfoque/articulo/el-paseo-muerte/77683-3>
13. Comunicados de instituciones médicas. - Carta dirigida al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL firmada por Federaciones Médicas.
<http://www.colegiomedicocolombiano.org/?q=node/125>.
14. Recortes de prensa:
 14. A. El Tiempo: Quejas por falta de atención de EPS a los niños con cáncer
 14. B. Revista Semana: La inoperancia del sistema de salud está matabndo a los niños
 14. C. El Tiempo: Reclaman una mejor salud en Bogotá
 14. D. El Tiempo: Exministros reclaman cambio en rumbo de salud



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

14. E. El Tiempo: Piden cambios urgentes en salud

15. F. El Tiempo: HORA DE VER MORIR LA LEY 100

14. G. El Tiempo: Proponen rescate financiero de la salud

15. REQUISITOS DE PROCEDIBILIDAD:

15. A. Derecho de petición a Ministerio de Educación ✓

15. B. Derecho de petición a Superintendencia Nacional de Salud

15. C. Derecho de petición a MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

PROCEDENCIA Y TITULARIDAD DE LAS ACCIONES POPULARES

Los primeros antecedentes de la acción popular se dieron en el Código Civil en su artículo 1005 y 2359. Pero no fue hasta la Constitución Política de 1991 que esta institución jurídica se eleva a rango constitucional, en su artículo 88, desarrollándose finalmente en la Ley 472 de 1998. La Corte Constitucional en la sentencia C-644 de 2011 explica; las acciones populares son un "*medio procesal con el que se busca asegurar una protección judicial efectiva de los derechos e intereses colectivos, afectados o amenazados por las actuaciones de las autoridades públicas o de un particular, teniendo como finalidades: a) evitar el daño contingente (preventiva); b) hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o el agravio sobre esa categoría de derechos e intereses (suspensiva); c) o restituir las cosas a su estado anterior (restaurativa)*"²⁸.

En cuanto a su procedencia y titularidad el decreto reglamentario de las Acciones Populares estableció en los artículos 9 y 12 lo siguiente: "La procedencia y titulares de las acciones populares. La acción procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares, que hayan violado o amenacen violar los derechos e intereses colectivos podrá ser ejercida en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de los derechos colectivos establecidos por la Ley 472 de 1998, quien actuará por si misma o a través de representante." (Negrilla y subrayas fuera del texto)

NOTIFICACIONES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL en la Carrera 13 No. 32-76 de Bogotá

MINISTERIO DE EDUCACION en la Calle 43 No. 57 - 14 Centro Administrativo Nacional, CAN de Bogotá

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD en la Avenida Ciudad de Cali # 51-66 - Edificio World Business Center – Local 10 de Bogotá.

²⁸Sentencia C-644 de 2011. MP: Jorge Iván Palacio Palacio.

32

AY
DE UN
COLOMBIA
1. 291
LA PARRA
1998
E 800



Rincón Perfetti Abogados

CONSULTORES INTERNACIONALES

Defender sus derechos, nuestra ley

Suscrito: las recibiré en la Carrera 19 A No. 63 – 83, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: rinconperfettigerman@gmail.com

German Humberto Rincon

GERMAN HUMBERTO RINCON PERFETTI

C.C. 19.452.167 de Bogotá

T.P. 54.130 del C.S.J.


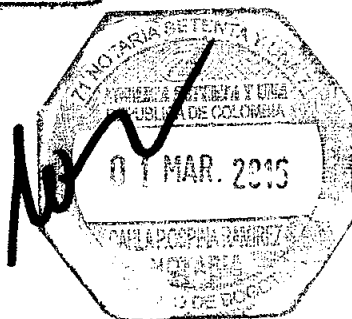
70 NOTARIA SETENTA Y UNA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL Y AUTENTICACION DE HUELLA

El suscrito... documento
fue presentado...
Por: *German Humberto Rincon*
Identificado con... *19 452 167*
De conformidad con el Art. 84 C.P.C.
Y T.P. N.º. *54130*
Para constancia... huella

German Humberto Rincon

LA NOTARIA

70 NOTARIA SETENTA Y UNA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

AUTENTICACION

La presente diligencia fue practicada por un funcionario de la Notaría, a solicitud de la parte interesada, siendo...
La siguiente dirección:
Cra 19 + 63 - 85