

MEDIO DE CONTROL DE CONTROL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS / VULNERACIÓN DEL DERECHO AL PATRIMONIO PÚBLICO – Por la construcción con materiales de baja calidad de la sede del Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo y su falta de mantenimiento / CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR DAÑO CONSUMADO / VULNERACIÓN DEL DERECHO COLECTIVO RELACIONADO CON LA REALIZACIÓN DE LAS CONSTRUCCIONES, EDIFICACIONES Y DESARROLLOS URBANOS RESPETANDO LAS DISPOSICIONES JURÍDICAS / ORDEN DE DEMOLICIÓN DE OBRAS – Hasta la terminación y puesta en operación de nuevo centro de salud

Al abordar la conceptualización de este derecho colectivo, esta Corporación desde tiempo atrás ha indicado que el “*patrimonio público*” versa sobre todos los bienes, derechos y obligaciones sobre los cuales el Estado es titular del dominio, titularidad que no en todos los casos se equipara con la del derecho civil (...) Asimismo, ha sostenido que la “*defensa*” de dicho patrimonio se expresa no solo en el mantenimiento de la integridad de su contenido sino también en su administración y ejecución eficiente, transparente y responsable, de acuerdo con la respectiva normativa aplicable. (...). En relación con el derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público, tanto la construcción con materiales de baja calidad de la sede de la IPS Hospital Local “*Jorge Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo, como también su falta de mantenimiento durante la época de los hechos de la demanda vulneraron la integridad, administración y ejecución eficiente y responsable del patrimonio público, deficiencias de las que fueron responsables por omisión el departamento y REDSALUD, respectivamente (...) La vulneración (...)acarreó también la del derecho colectivo relacionado con la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes, conclusión que resulta clara dado el resultado del contrato de consultoría 1350 de 23 de junio de 2017 , suscrito entre el departamento de Casanare y la sociedad Técnicas Colombianas de Ingeniería SAS.Cabe indicar que, si bien el hecho de que se encuentre terminada la edificación de la IPS Hospital Local “*Jorge Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo podría válidamente hacer pensar que, no obstante la vulneración del derecho en cuestión, se configuró una hipótesis de daño consumado, lo cierto es que mientras no sea demolida esa edificación, persistirá la vulneración de dicho derecho. No significa lo anterior que en el estado actual de las cosas deba ordenarse la demolición inmediata de la referida IPS, puesto que (...) una medida de esa magnitud estaría despojada de un mínimo juicio de ponderación y de paso exacerbaría la vulneración de otros derechos colectivos, como sucedería, por ejemplo, con los relacionados con la seguridad y salubridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los usuarios. (...) Así las cosas, la demolición de la edificación la IPS Hospital Local “*Jorge Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo debe condicionarse a la terminación y puesta en operación de un nuevo centro hospitalario que cumpla como mínimo con los mismos servicios habilitados respecto de aquel. (...) [S]egún se infiere de las decisiones del a quo con ocasión de la verificación de las medidas provisionales contenidas en el fallo impugnado, REDSALUD dio cumplimiento a la consistente en “realizar las adecuaciones locativas urgentes de mantenimiento y remodelación de la infraestructura de la I.P.S. Centro Urbano de Salud de Paz de Ariporo ‘*Jorge Camilo Abril*’ para mejorar el servicio”; sin embargo, el contrato de consultoría 1350 de 23 de junio de 2017, suscrito entre el departamento de Casanare y la sociedad Técnicas Colombianas de Ingeniería SAS, evidenció que las instalaciones de dicha IPS no solo presentan problemas estructurales debido a

la mala calidad de los materiales con los que fueron construidas sino que además no cumplen con las normas de sismo resistencia, circunstancias que en el mediano plazo justifican su demolición y la construcción de un nuevo centro hospitalario.

VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE ACCESO A UNA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS QUE GARANTICE LA SALUBRIDAD PÚBLICA, DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS, DE ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y A QUE SU PRESTACIÓN SEA EFICIENTE Y OPORTUNA Y A LA SEGURIDAD Y SALUBRIDAD PÚBLICAS – Por falta de puestos y prestación del servicio de salud en zonas marginadas o de baja densidad poblacional del municipio de Paz de Ariporo / DERECHO A LA SALUD– Elementos de disponibilidad y accesibilidad

La preocupación por la prestación de los servicios de salud en territorios caracterizados por una población dispersa (zonas de baja densidad poblacional) y/o por encontrarse en zonas alejadas y/o de difícil acceso (zonas marginadas) llevó al legislador a impulsar la presencia y fortalecimiento de la institucionalidad pública (ESE) para poder superar las dificultades –principalmente del orden de la sostenibilidad financiera– que esas situaciones plantean frente a la variada complejidad de dichos servicios. (...) En ese sentido, la prestación de los servicios de salud a la población rural de las veredas Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada necesariamente se vio afectada con el cierre de los puestos o centros de salud que allí operaban en la medida en que la(s) entidad(es) responsable(s), al haber omitido adoptar medidas que contrarrestaran los efectos de ese hecho, contribuyeron de forma determinante en la desmejora de esos servicios, pese a que conocían las condiciones expuestas concernientes a la dispersión de la población de esos territorios y las dificultades que emergen de la distancia y tiempo entre dichas veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, en donde opera la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril”. La conservación de los puestos o centros de salud podía haber contribuido a mantener una básica dinamización en la prestación del servicio de salud a través de varios nodos, sin el riesgo de una desmejora en la efectividad por cuenta de su desactivación y desmantelamiento. (...) Téngase presente que los puestos o centros de salud no solo fueron concebidos desde sus orígenes como servicios mínimos de que disponían los municipios, sino que también en la década de los noventa pasaron a conformar el primer nivel de atención del servicio de salud conjuntamente con los hospitales locales y desde el 2011 resultan compatibles con el componente del fortalecimiento de los servicios de baja complejidad dentro de la estrategia de la “Atención Primaria en Salud”, razón por la cual el cierre de dichos establecimientos necesariamente afectaba la garantía mínima de la población rural del municipio para acceder a la prestación del servicio. (...) [L]as omisiones que hasta aquí han sido expuestas persisten y vulneran los cuatro derechos colectivos referidos anteriormente, así: El cierre de los puestos y centros de salud sin la adopción de medidas eficaces que compensaran la ausencia casi permanente de ese primer nivel de atención, en un contexto de baja densidad poblacional, de una limitada oferta y accesibilidad a los servicios de salud y de barreras y carencia de vías de acceso entre las veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, implicaron una vulneración que aún persiste del derecho colectivo de la población rural al acceso a los programas que componen una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública a través de instalaciones y/o esquemas telemáticos de organización dispuestos para el efecto. La realización de brigadas o jornadas de salud organizadas por las EPS no resultan satisfactorias para la garantía del derecho en cuestión, principalmente porque la realización de

esas modalidades no está soportada en estadísticas y determinantes que justifiquen los elementos y/o criterios de razonabilidad, eficacia, progresividad y continuidad. (...) En un contexto de baja densidad poblacional, de una limitada oferta y accesibilidad a los servicios de salud y de barreras y carencia de vías de acceso entre las veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, la vulneración de los derechos colectivos de la población rural usuaria –categoría que en el SGSSS atañe a los afiliados y beneficiarios en los regímenes contributivo y subsidiado– de servicios de salud se materializa fundamentalmente en la falta de garantías para su disponibilidad razonable, progresiva y continua. (...) La vulneración de los derechos precedentes constituye también la causa de la vulneración del derecho colectivo (...) al acceso a los servicios públicos y a que estos se presten eficiente y oportunamente puesto que, tratándose del servicio público y derecho fundamental a la salud, por una parte, no es posible separar los elementos de disponibilidad y accesibilidad; y, de otro lado, los criterios de eficiencia y oportunidad en su prestación inevitablemente resultan impactados, dada la ausencia casi permanente del primer nivel de atención en la zona rural de dicha entidad territorial y la afectación consecuente de los usuarios, estos últimos que, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, son factores determinantes para establecer, en términos constitucionales y no económicos, la eficiencia en la prestación del servicio de salud. (...) La amenaza del derecho colectivo relacionado con la seguridad y salubridad públicas, en particular por este último componente, puesto que la vulneración de los derechos precedentes, tratándose de la población rural del municipio de Paz de Ariporo, deja en entredicho la prevención de los factores patológicos que podrían poner en riesgo la salud de dicha población.

FUENTE FORMAL: LEY 136 DE 1994

COMPETENCIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD / PRINCIPIOS DE SUBSIDIARIEDAD, COORDINACIÓN Y CONCURRENCIA / COMPETENCIAS SOBRE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA – En zonas marginadas o de baja densidad poblacional / COMPETENCIA DE LOS DEPARTAMENTOS – En la adopción de medidas en materia de infraestructura y redes de salud

Este enfoque del principio de subsidiariedad encuentra respaldo además en la definición del legislador orientada en la actualidad por criterios de transitoriedad y parcialidad supeditados a la imposibilidad de que una entidad de menor desarrollo económico y social ejerza debidamente sus competencias, sin contar además con que el legislador ha previsto otros esquemas afines para la prestación conjunta o asociada de competencias cuando las entidades territoriales no tengan la capacidad requerida o para el cumplimiento eficiente y a menor costo de las funciones administrativas. Dentro del marco de la subsidiariedad, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el principio de coordinación puede considerarse una consecuencia o derivación de aquella, en la medida en que supone, entre otras cosas, una armonización o conciliación de los aspectos vinculados con el cumplimiento de las metas estatales. Lo anterior no impide considerar la aplicación del referido principio por fuera de ese marco, posibilidad que, además de que tiene como presupuesto la existencia de competencias concurrentes entre distintas autoridades del Estado que se ejercen de manera complementaria, resulta factible de acuerdo con el artículo 209 de la Constitución Política y la ley, sin que se restrinja a la descentralización territorial. (...) Finalmente, en relación con el principio de concurrencia, la jurisprudencia constitucional ha destacado no solo su vinculación con el principio de subsidiariedad, en virtud de la cual se invoca la atención de la Nación y la solidaridad entre los distintos niveles territoriales con el

propósito de que quienes pueden ir a una mayor velocidad ayuden a impulsar a las entidades rezagadas; sino además su implicación en la participación de los distintos niveles de la Administración que en determinadas materias intervienen en el diseño y desarrollo de programas y proyectos dirigidos a la satisfacción de los cometidos estatales, sin que sea posible la exclusión de ninguna entidad que esté llamada a participar. (...) [L] responsabilidad por la falta de adopción de medidas idóneas que, tratándose de la infraestructura de redes para la prestación de servicios de salud, contrarrestaran los efectos de esa situación no le competen a un municipio no certificado en salud en los términos de la Ley 715 de 2001, condición que, según la jurisprudencia constitucional, además de que le impide el manejo directo de sus recursos en dicho contexto, al desplazarlo de la administración y trasladarla al departamento al que pertenece, implica que la disposición de los mismos pasa necesariamente por los proyectos avalados por este último y consolidados en el Plan Bienal de Inversiones, sin perjuicio de que la ejecución de algunos recursos requiera de una labor coordinada con ese municipio, puesto que del hecho de no contar con certificación no puede entenderse que no tengan injerencia en las decisiones que los afecten. (...) Aunque de acuerdo con las Leyes 136 de 1994 y 715 de 2001 los municipios tienen la competencia de construir y conservar la infraestructura municipal de transporte, las vías urbanas, suburbanas, veredales y aquellas que sean de su propiedad, ninguna valoración puede hacerse al respecto, dado que no se encuentran acreditadas omisiones concretas sobre ese particular. (...) Lo hasta aquí expuesto conllevó a que la responsabilidad por la no adopción de medidas que contrarrestaran los efectos de la situación que se viene exponiendo se desplazara al departamento de Casanare, responsabilidad que tiene fundamento en las competencias atribuidas a los departamentos, asociadas primordialmente a la organización, dirección, coordinación, administración y articulación de la red pública para la prestación del servicio de salud, sin perjuicio además del deber que tiene como parte del Estado de adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas para garantizar opciones con el fin de que los habitantes de zonas dispersas puedan acceder a los servicios de salud que requieran con necesidad. En ese sentido, la situación exigía, de parte del departamento, el cumplimiento de las competencias que le atribuyó la Ley 715 de 2001 en materia de las redes de las instituciones prestadoras de servicios de salud de dicho orden territorial, específicamente, las que atañen a su organización, dirección, coordinación, administración y la de concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para su organización funcional y administrativa. (...) Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con el artículo 44.3.2. de la Ley 715 de 2001, le incumbe a los municipios *–inclusive los no certificados en salud–* establecer la situación de salud en su territorio y propender por el mejoramiento de sus condiciones determinantes, competencia cuyo ejercicio coordinado con la competencia de los departamentos de formular los PTRRM resulta indispensable para una mejor planeación de la prestación del servicio de salud. Finalmente, no sobra indicar que la Ley 715 de 2001 atribuyó a los departamentos la competencia de concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD POR EN ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD – Descentralización y colaboración / REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD

En el caso del departamento de Casanare, la organización y diseño de la red pública para la prestación del servicio de salud en el territorio de dicha entidad fueron estructuradas por aquel a través de la contratación de REDSALUD *– adscrita a la secretaría de salud departamental–*, entre otras instituciones

prestadoras de salud, sin que ello signifique una renuncia a los deberes permanentes de garantía que se predicán en la materia y que se encuentran a cargo de los departamentos. (...) La descentralización de la prestación del servicio de salud no significa en este caso que REDSALUD tenga que asumir la responsabilidad de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas o territorios en los que, no obstante la existencia en el departamento de las sedes o unidades que conforman dicha empresa, las condiciones de baja densidad poblacional y de dificultades en términos de distancia y tiempo entre las veredas y el centro urbano del municipio impiden que la población rural acceda oportunamente a los servicios de salud que requieren con necesidad. Esa responsabilidad puede serle exigible dependiendo de su desarrollo y los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud que pueda ofrecer, contexto en el que la capacidad de la ESE para satisfacer la oferta de servicios a la población rural necesariamente se verá afectada si la extensión de la red pública territorial conformada no es la adecuada ni tampoco se encuentra articulada con otras. (...) En el caso de las redes integrales de servicios de salud, la Ley 1751 de 2015 defirió al reglamento la posibilidad de que se conformen con entidades públicas, privadas, o ambas, mientras que en el caso de las redes integradas, si bien el legislador autoriza la asociación de IPS de una misma o de distinta naturaleza y promueve el fortalecimiento de las de naturaleza pública, también establece ciertos grados obligatorios de interrelación entre los particulares y el Estado que influyen en la conformación redes de prestadores de salud de índole mixta.

FUENTE FORMAL: LEY 136 DE 1994 / LEY 715 DE 2001 / LEY 1751 DE 2015 / LEY 1955 DE 2019

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A

Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO

Bogotá, D.C., tres (3) de julio de dos mil veinte (2020).

Radicación número: 85001-23-33-000-2016-00290-01(AP)

Actor: PERSONERÍA MUNICIPAL DE PAZ DE ARIPORO

Demandado: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTROS

Referencia: MEDIO DE CONTROL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS

Temas: MEDIO DE CONTROL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS – La carencia actual de objeto por hecho superado y/o daño consumado. LOS DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS – Los elementos en el juicio de responsabilidad por la amenaza y/o vulneración de derechos e intereses colectivos – La conceptualización de la moralidad administrativa, la defensa del patrimonio público, la seguridad y salubridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, los derechos de los consumidores y usuarios y la realización de las

construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes. LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS ATRIBUTIVAS DE COMPETENCIA EN EL CONTEXTO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD – El alcance de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad – Las competencias asociadas al mantenimiento de la infraestructura hospitalaria – Las competencias asociadas a la disponibilidad de servicios de salud en zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Procede la Sala a resolver los recursos de apelación interpuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento de Casanare y REDSALUD CASANARE E.S.E. en contra de la sentencia de 30 de octubre de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo de Casanare, mediante la cual se accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda, en los siguientes términos (se transcribe de forma literal incluidos los eventuales errores):

“PRIMERO: Declarar la vulneración de los derechos colectivos a la moralidad y al patrimonio público, por parte de Red Salud Casanare, por las razones indicadas en precedencia.

“Para garantizarlos se dispone, como medida provisional que Red Salud Casanare, dentro de los 5 días siguientes a la notificación de este fallo inicie las gestiones administrativas, presupuestales y operativas pertinentes para los siguientes efectos:

“a) Inventariar por su clase, cantidad, calidad y estado, todos y cada uno de los elementos que se encuentran abandonados en todos y cada uno de los puestos de salud que existían en las veredas objeto de la presente acción popular.

“b) Establecer si los elementos devolutivos aun sirven para los efectos para los cuales fueron adquiridos, caso en el cual se les dará el uso que corresponde; y si ya no sirven para esos fines, para que les dé de baja agotando el trámite administrativo establecido para el efecto.

“c) En el caso de los inmuebles destinados para vivienda, de igual manera deberá hacer un inventario de ellos; establecer si se necesitan para esos efectos o para otros diversos, caso en el cual deberá habilitarlos dentro de los 6 meses siguientes a la notificación de esta sentencia e inmediatamente después darles el uso que corresponda.

“d) Las mismas medidas y en el término indicado deben adoptarse respecto de los bienes muebles e inmuebles que existen en el centro de salud Jorge Camilo Abril del municipio de Paz de Ariporo.

“Red Salud Casanare debe presentar a esta Corporación informes periódicos cada 2 meses sobre las medidas aquí dispuestas, el primero el 15 de enero de 2018 y así sucesivamente.

“SEGUNDO: DECLARAR la vulneración de los derechos colectivos a la salubridad pública, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y que su prestación sea eficiente y oportuna y a los derechos de los consumidores y usuarios, así:

“a) Por parte del Ministerio de Salud, por no haber verificado la falta de atención en salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo, así como la ineficiencia en la prestación de ese

servicio público por parte de Red Salud Casanare, pese a que esa problemática se le puso en conocimiento por parte de la Personería de ese ente territorial; y por no haber adoptado las medidas necesarias para la efectividad y eficiencia de esos derechos colectivos, a pesar de los deberes y principio específicos que en esta materia contemplan la Constitución en sus artículos 48, 49, 365 y 356 y las Leyes 388 de 1997, 1454 de 2011, 715 de 2001, 1751 de 2015, cuyos apartes pertinentes se citaron en precedencia.

“b) Por el departamento de Casanare y el municipio de Paz de Ariporo, por no haber implementado los deberes y obligaciones que en materia de salud le imponen la Constitución y las leyes mencionadas en el párrafo anterior, a pesar de que tenían conocimiento de la situación por informes de la Personería municipal de Paz de Ariporo y la ciudadanía y por las auditorías que realizaron a través de las Secretarías de Salud de ambos entes territoriales.

“c) Y por Red Salud Casanare por la ineficiencia en la prestación del servicio público de salud a los habitantes del municipio de Paz de Ariporo; y por no adoptar las medidas necesarias (presupuestales, técnicas, operativas, etc) para cubrir las necesidades de salud de la población de ese ente territorial, en especial de la población que reside en las veredas objeto de la presente acción popular, transgrediendo así las normas constitucionales y legales indicadas en el literal a).

“TERCERO: Para garantizar la protección de estos derechos colectivos y la efectividad del derecho a la salud, se disponen las siguientes medidas provisionales:

“1.- El Ministerio de Salud, el departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo, dentro de los 10 días siguientes a la notificación del presente fallo, deberán iniciar las gestiones para la realización de un estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo, teniendo en cuenta para el efecto, entre otros aspectos, el número de población, la población urbana, la población rural, las distancias entre los centros poblados rurales y la cabecera municipal, las atenciones en salud que se registren en los 5 años anteriores a la fecha del fallo, las entidades que prestan el servicio de salud en Paz de Ariporo por los sistemas contributivo y subsidiado, el centro de salud Jorge Camilo Abril que existe en ese municipio, etc.

“2.- De acuerdo con esos parámetros los que consideren pertinentes, establecer si el personal, equipos, instalaciones y demás son suficientes para prestar el servicio de salud a la población urbana y rural de Paz de Ariporo de acuerdo con los principios constitucionales y legales que regulan la materia.

“3.- Como quiera que según lo que consta en el proceso, el Ministerio de Salud ha realizado un estudio parcial, esto es sobre las veredas San José de Ariporo, Montañas de totumo, La Hermosa y la Esmeralda, deberán actualizarse.

“4.- Y finalmente, el estudio deberá indicar las actividades presupuestales, administrativas, locativas y demás que se requieran para garantizar el servicio de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo en la forma prevista en la Constitución y en la ley.

“Para la culminación de este estudio se fija un término de 10 meses y lo liderará el Ministerio de Salud.

“Mientras se adoptan y ejecutan las medidas definitivas, Red Salud Casanare, en el término de 20 días contados a partir de la notificación de esta sentencia, deberá:

“a. Implementar un plan de mejoramiento sobre citas, estableciendo un sistema que permita atenderlas durante las 24 horas al día pues la salud es un servicio público permanente y no está sujeto a horarios sino a las necesidades que se requieran.

“b. Igualmente deberá poner en funcionamiento un sistema que permita acceder de manera eficaz al servicio público de salud de la totalidad de la población urbana y rural de las veredas objeto de la presente acción popular.

“c. Y realizar las adecuaciones locativas urgentes de mantenimiento y remodelación en la infraestructura de la I.P.S. Centro de Salud Urbano de Paz de Ariporo ‘Jorge Camilo Abril Riaño’ para mejorar el servicio dentro de un término de 6 meses contados a partir de la notificación de esta providencia.

“El Ministerio de Salud, el departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo deberán presentar a esta Corporación informes periódicos cada 2 meses sobre las medidas aquí dispuestas, a primera el 15 de enero de 2018 y así sucesivamente.

“CUARTO: para garantizar los derechos colectivos a la salubridad pública, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios, DISPONER, a título de medida definitiva, que el departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo ejecuten las medidas resultantes del estudio indicado en el ordinal anterior en virtud de los principios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad, a más tardar en el término de 1 año contado a partir de la culminación del término otorgado para la realización de los estudios; y en caso de que sea apelada la sentencia, dentro del año siguiente a su ejecutoria.

“El funcionamiento, adecuación de instalaciones, el gasto de personal y demás correrán por cuenta de Red Salud Casanare o la entidad que la reemplace.

“QUINTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

“SEXTO: NO CONDENAR en costas.

“SÉPTIMO: CREAR el comité de verificación de cumplimiento de la sentencia, que funcionará acorde con lo señalado en las consideraciones.

“OCTAVO: ORDENAR publicar la parte resolutive de esta providencia en un diario de amplia circulación nacional, a costa de Red Salud Casanare, la que deberá acreditar tal situación dentro de los 5 días siguientes a la notificación de este fallo.

“NOVENO: INFORMAR que esta sentencia es susceptible del recurso de apelación, en los términos del artículo 37 de la Ley 472 de 1998 y DISPONER que si no es apelada, se dé cumplimiento a lo ordenado en el artículo 11 de la Ley 1285 de 2009.

“DÉCIMO: ORDENAR que por Secretaría se remita copia de esta providencia con destino a la Defensoría del Pueblo conforme a los dictados del artículo 80 de la Ley 472 de 1998” (subrayado fuera del texto).

I. ANTECEDENTES

1. La demanda y sus fundamentos fácticos y jurídicos

El señor personero municipal de Paz de Ariporo (*en adelante también el actor popular o la Personería*), en ejercicio¹ del medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos, interpuso demanda el 19 de diciembre de 2016 en contra del Ministerio de Salud y Protección Social (*en adelante también MINSALUD*), REDSALUD CASANARE ESE (*en adelante también REDSALUD*), el departamento de Casanare (*en adelante también el Departamento*) y el municipio de Paz de Ariporo (*en adelante también el Municipio*), con el fin de que se accediera a las siguientes pretensiones (se transcribe de forma literal, incluidos los eventuales errores):

“1. Se declare la vulneración o amenaza de los derechos referenciados en el acápite de derechos colectivos amenazados y/o vulnerados de la presente demanda, relacionados a continuación: seguridad y salubridad públicas, acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, los derechos de los usuarios y demás derechos que determine en forma oficiosa el honorable Tribunal.

“2. Se ordene a las autoridades competentes: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE SALUD DE LA GOBERNACIÓN DE CASANARE, REDSALUD CASANARE ESE Y ALCALDÍA MUNICIPAL DE PAZ ARIPORO, adoptar todas las medidas administrativas y presupuestales que garanticen el mantenimiento y remodelación de la infraestructura de la IPS Centro de Salud Urbano de Paz de Ariporo ‘JORGE CAMILO ABRIL RIAÑO’ y la adecuación y mantenimiento de los Centros de Salud Rural ubicados en los centros Poblados de MONTAÑAS DEL TOTUMO, LAS GUAMAS, LA HERMOSA, CENTRO GAITÁN, CAÑO CHIQUITO Y LA AGUADA del municipio de Paz de Ariporo-Cas-.

“3. Se ordene a las autoridades competentes: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE SALUD DE LA GOBERNACIÓN DE CASANARE, REDSALUD CASANARE ESE Y ALCALDÍA MUNICIPAL DE PAZ ARIPORO, adoptar todas las medidas administrativas, de control y asistencia técnica que permitan superar los hallazgos y deficiencias que en materia de infraestructura, recurso humano y sistemas de atención en la asignación de citas y prestación de servicios en urgencias y consulta externa presenta la IPS Pública Centro de Salud de Paz de Ariporo, adoptando sistemas de atención preferencial a grupos sociales en condición de discapacidad, madres gestantes y lactantes, niños, niñas y adolescentes y adultos mayores garantizando con ello el mejoramiento de las condiciones y servicios que se ofrecen a todos los usuarios.

“4. Se ordene a las autoridades competentes: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DE SALUD DE LA GOBERNACIÓN DE CASANARE, REDSALUD CASANARE ESE Y ALCALDÍA MUNICIPAL DE PAZ ARIPORO, garantizar la habilitación de servicios de salud y puesta en funcionamiento de los servicios médicos, odontológicos y de laboratorio clínico en los centros de salud rurales ubicados en las veredas MONTAÑAS DEL TOTUMO, LAS GUAMAS, LA HERMOSA, CENTRO GAITÁN, CAÑO

¹ “Ley 472/98. Artículo 12. Titulares de las acciones. Podrán ejercitar las acciones populares:

“(…”

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

“(…”.”

CHIQUITO Y LA AGUADA y/o en puntos intermedios según distancia y población rural nucleada del municipio de Paz de Ariporo-Cas-, las cuales por su distancia con el casco urbano y la condición de vulnerabilidad de su población, exigen garantizar en forma eficiente y oportuna el servicio público de salud protegiendo derechos colectivos y fundamentales a quienes por su vulnerabilidad son sujetos de especial protección constitucional.

“5. Se ordene la conformación del Comité de Verificación que trata el artículo 34 de la Ley 472 de 1998, conformado por el honorable Magistrado, las partes, los coadyuvantes, el Ministerio Público, las entidades encargadas de velar por los derechos colectivos que se encuentren amenazados o vulnerados”.

Como fundamento de sus pretensiones, el actor popular alegó la vulneración y/o amenaza de los derechos colectivos enunciados en los literales b)², e)³, g)⁴, h)⁵, j)⁶ y n)⁷ del artículo 4 de la Ley 472 de 1998 y expuso los hechos que se sintetizan a continuación:

- En Paz de Ariporo el servicio de salud se presta a través de la IPS del casco urbano del municipio, la que se encuentra a cargo de REDSALUD.
- Las condiciones para la prestación del servicio público de salud a la población urbana y rural del municipio son deficientes, por las siguientes razones:
 - El servicio de baños en el área de urgencias, sala de observación, hospitalización y consulta externa se encuentran fuera de funcionamiento.
 - Los techos presentan daños en su estructura con fisuras que crean problemas de filtraciones en invierno y ponen en riesgo de colapso a la construcción.
 - La sala de cirugía, con equipo de anestesia, succionador, 2 camillas de cirugía, 2 camillas ginecológicas y mesa instrumental de cirugía no registra ningún servicio prestado durante los últimos catorce años; la sala de rayos X, que cuenta con una mesa de Rx fija y un equipo de Rx portátil, no registra ningún tipo de utilidad durante aproximadamente los últimos diez años y la unidad odontológica no presta ningún tipo de servicio.

² La moralidad administrativa.

³ La defensa del patrimonio público.

⁴ La seguridad y salubridad públicas.

⁵ El acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública.

⁶ El acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

⁷ Los derechos de los consumidores y usuarios.

- El área de hospitalización pediátrica cuenta con cinco cunas pediátricas con cama-cunas y colchones de mota que tienen más de quince años de uso en condiciones de insalubridad para la atención de la niñez.
 - El área de laboratorio clínico y bacteriología no presta servicios 24 horas del día.
 - En el área externa se encuentra la siguiente situación: dos cuartos con hornos incineradores para desechos se encuentran fuera de funcionamiento; la casa destinada para el personal médico está en total abandono y las bodegas se encuentran saturadas de elementos nuevos y usados.
 - De nueve médicos que prestan y rotan sus servicios en medicina general, urgencias, atención integral de partos y recién nacidos y hospitalización, siete corresponden a la modalidad de servicio social obligatorio o son médicos rurales.
 - El sistema de asignación de citas médicas, odontológicas y de control y crecimiento carecen de un sistema eficiente de preferencias y manejo, al punto de que todos los usuarios, sin distinción, deben realizar filas a la intemperie desde la medianoche para obtener un cupo (*no existe una sala de espera*), facturar en la tarde y volver al día siguiente a la respectiva consulta.
- Los servicios de salud de medicina general, odontología general, laboratorio clínico, hospitalización, procedimientos menores, transporte de ambulancia, atención de urgencias, atención integral del parto y del recién nacido, promoción y prevención y vacunación, entre otros, únicamente se ofrecen en el área urbana, razón por la cual, a diferencia de la población urbana (*aproximadamente 25.000 habitantes*), la rural (*aproximadamente 12.500 habitantes*) debe recorrer grandes distancias (*el área del municipio tiene una extensión de 13.800 Km²*) y por horas (*mínimo entre 3 y 4 horas y máximo entre 8 y 10 horas dependiendo de la ubicación y del estado de la vía en temporada de lluvias*) para recibir atención.

En el área rural el servicio de salud no está garantizado, dada la falta de oferta de servicios, de hecho, los centros de salud de las veredas La Aguada, Montañas del Totumo, Las Guamas, Caño Chiquito, Centro Gaitán y La

Hermosa, que fueron construidos y dotados con recursos públicos, no cuentan con los servicios de urgencias o consulta externa médica u odontológica o de laboratorio clínico.

- Teniendo en cuenta los hechos anteriores, en cumplimiento del inciso 3º del artículo 144 del CPACA, la Personería les solicitó a las entidades encargadas de la prestación del servicio en el Municipio la adopción de las medidas de protección y/o cese de vulneración de derechos, solicitudes que fueron respondidas así:
 - El MINSALUD indicó que el Departamento, a través del *“Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado”*, era el competente para presentar y ejecutar las propuestas de mejoramiento de las condiciones de prestación de los servicios de salud, en los nodos que forman parte de la red pública departamental y que era de interés institucional de dicho ministerio la asistencia técnica y el seguimiento a la Secretaría de Salud Departamental en los asuntos de su competencia.
 - El Municipio indicó que era el Departamento el competente para poner en marcha y operar la red pública hospitalaria a través de los puestos de salud dependiendo del plan establecido, así como también para garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas en los términos del artículo 24 de la Ley 1751 de 2015.
 - El Departamento y REDSALUD guardaron silencio.
- A la fecha de presentación de la demanda, las deficiencias reseñadas se mantenían en la IPS Centro de Salud de Paz de Ariporo, situación que afecta el acceso eficiente y oportuno del servicio público de salud de más de 12.000 pobladores del área rural que habitan en 54 veredas, sin contar con que cerca del 15% de esta población se concentra en forma nucleada en los centros poblados rurales anteriormente mencionados.

2. La admisión y las contestaciones de la demanda

El Tribunal Administrativo de Casanare, al encontrar reunidos los requisitos legales de la acción popular, admitió la demanda interpuesta mediante auto de 11 de enero de 2017⁸ y ordenó la notificación de las demandadas, del Procurador Delegado ante dicha corporación y de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Con excepción del MINSALUD⁹, la demanda fue contestada por las personas que a continuación se enlistan, en los siguientes términos:

2.1. Municipio de Paz de Ariporo

Contestó la demanda el 26 de enero de 2017¹⁰ e indicó, tratándose de los hechos, que las condiciones en la prestación del servicio de salud en el casco urbano se ajustan a la atención mínima establecida para el primer nivel, sin que por ese motivo pueda afirmarse que no existe garantía en dicha prestación. Desmintió que el municipio no contara con elementos de dotación, unidades médicas u odontológicas abandonadas, pero admitió que existen inmuebles en varias veredas que en el pasado estaban habilitados como puestos de salud, aunque en la actualidad no presten servicios de salud.

Advirtió, con base en el seguimiento realizado por la secretaría de salud del Municipio, que la asignación de citas se ajusta al nivel de demanda y que la atención se realiza en los horarios establecidos, sin que hasta la fecha de la contestación las falencias advertidas hubieran concluido con un indicador negativo definitivo.

También señaló que, de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, el formar parte de la población rural no permite clasificar a las personas como sujetos de especial protección en materia del derecho fundamental a la salud.

En relación con las pretensiones, se opuso a ellas, al considerar que el Municipio no se encuentra legitimado en la causa por pasiva, por las siguientes razones:

- De acuerdo con el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el deber de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas marginadas o de baja

⁸ Folio 50, c. 1 Principal.

⁹ Folios 137 y 176 a 177, c. 1 Principal. El Tribunal Administrativo de Casanare, por una parte, mediante auto de 22 de marzo de 2017, declaró no contestada la demanda por parte de la Nación – MINSALUD; y, de otro lado, mediante auto de 10 de julio de 2017, desestimó la falta de notificación del auto admisorio de la demanda que había esgrimido como argumento dicho ministerio.

¹⁰ Folios 62, c. 1 Principal. La contestación obra en CD.

densidad, mediante la extensión de la red pública hospitalaria y teniendo en cuenta la rentabilidad social sobre la económica, requiere de la aprobación del plan bienal de inversiones del MINSALUD.

- De conformidad con el artículo 64 de la Ley 1438 de 2011, para el caso de los municipios no certificados para la prestación directa de servicios de salud, como es el caso del Municipio, le corresponde al Departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscar que el servicio de salud se preste de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.

Agregó que lo anterior tiene respaldo en el oficio 201623102102811 del MINSALUD en el cual esa entidad descartó de plano que el municipio tuviera alguna competencia frente al origen de las reclamaciones objeto de la demanda y que existe el interés del municipio en ceder los bienes inmuebles en los centros poblados que se estimen, con el propósito de que se amplíe la red pública de atención a la zona rural, según las necesidades existentes.

Finalizó al indicar que el municipio ha concurrido en el proceso de ejecución e implementación del saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios, en cuyo contexto suscribió con REDSALUD el contrato interadministrativo No. 301.17.7.012 de 30 de diciembre de 2014, por valor de \$600'000.000.00, medida que, dijo, esperaba que redundara en un mejor servicio por parte de la entidad.

2.2. Departamento de Casanare

Contestó la demanda el 26 de enero de 2017¹¹ e indicó, tratándose de los hechos, que, si bien eran ciertas las afirmaciones frente a las condiciones de deterioro de la infraestructura física y al no funcionamiento diario de los puestos de salud de algunos centros poblados o veredas *–hechos que en todo caso afirmó le competen a REDSALUD–*, no era cierto que existieran fallas en la asignación de citas a los usuarios, tal y como lo concluyó el informe IVC No. 020-16 del grupo técnico de la secretaría de salud departamental, en la visita de inspección, vigilancia y control realizada el 27 de septiembre de 2016.

¹¹ Folios 63 a 75, c. 1 Principal.

En relación con las pretensiones, se opuso a ellas con base en las siguientes excepciones:

- *La falta de legitimación en la causa por pasiva del Departamento:* de acuerdo con el artículo 298 de la Constitución Política, le corresponde ejercer funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes, argumento que respaldó con varias transcripciones de la sentencia C-149 de 2010 de la Corte Constitucional. Agregó que, de acuerdo con la Ley 715 de 2001, sus competencias se circunscriben a la inspección, vigilancia y control en la prestación del servicio de salud a cargo de las empresas sociales del Estado – ESE y a prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción.

Señaló que no es competencia del Departamento, a través de la secretaría de salud, la realización del mantenimiento de la infraestructura de las ESE, responsabilidad que le atañe a las propias IPS en materia de planes de mantenimiento hospitalario (PHM), las cuales deben asignar anualmente un 5% de su presupuesto para tal fin, de acuerdo con los Decretos 1259 de 1994, 1298 de 1994, 1617 de 1995 y 780 de 2016, la Resolución 1320 de 1996, la Circular Externa 029 de 1997 y anexos SNS 3000-PMH y SNS 2000-001.

Asimismo, indicó que, de acuerdo con el Decreto 1876 de 1994, la apertura de nuevos servicios de salud o el establecimiento de nuevos centros de salud rurales constituye una decisión autónoma de las ESE, decisión que debe enmarcarse en la racionalización del costo de las atenciones, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, en beneficio de la totalidad de la población casanareña.

- *La no vulneración de los derechos colectivos invocados en la demanda:* además de que el actor popular no aportó ninguna prueba que permitiera acreditar la transgresión de derechos colectivos, el Departamento no ha incurrido en omisiones y/o acciones que los haya vulnerado.

Agregó que, dando aplicación a la Resolución 2514 de 29 de agosto de 2012, por la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los

planes bienales de inversión pública en salud, REDSALUD incluyó dentro del respectivo plan, para los años 2016-2017, la remodelación del centro de salud del municipio de Paz de Ariporo.

Asimismo, que en virtud de la Resolución No. 5042 de 1996, el Departamento realiza la revisión de los planos arquitectónicos del proyecto para que cumplan con los requisitos de habilitación y los soportes de productividad, lo que resulta necesario para que se avale el proyecto y que se inicie la gestión para la aprobación de la inversión ante el MINSALUD y para el trámite de consecución de recursos con los que se financia la infraestructura respectiva, bien se trate de obra nueva, remodelación, adecuación o refuerzo estructural y equipamiento.

Agregó que para el proyecto de remodelación del Centro de Salud de Paz de Ariporo fueron celebradas cinco reuniones de asesoría y apoyo técnico, a través de las cuales el Departamento orientó a las instituciones interesadas para que prepararan y presentaran los proyectos necesarios y que el proyecto, para la fecha de la contestación de la demanda, se encontraba en la etapa de *“Radicación Planos Arquitectónicos antes SDS”*.

2.3. REDSALUD CASANARE ESE

Contestó la demanda el 21 de febrero de 2017¹² e indicó, tratándose de los hechos, que, de conformidad con la Resolución 051 de 20 de enero de 2017, asigna recursos para el mantenimiento preventivo de dotación e infraestructura a la IPS de Paz de Ariporo, en aras de una prestación oportuna y eficiente de los servicios de atención de nivel I. Dentro de ese contexto advirtió que contaba con siete profesionales en medicina que identificó con nombre, documento y fecha de finalización del respectivo contrato y que, bajo la transición de la Resolución No. 2003 de 2014, presta los servicios habilitados por el MINSALUD en el nivel autorizado para el centro de salud antedicho.

En relación con las pretensiones, se opuso a ellas e indicó que no existía ninguna vulneración o amenaza de derechos colectivos, no solo por la insuficiencia probatoria de la demanda sino porque también REDSALUD ha cumplido con sus obligaciones de prestar el servicio de nivel I de complejidad para el que se encuentra habilitada y a la que están adscritas 16 IPS en municipios del

¹² Folios 97 a 103, c. 1 Principal.

Departamento. En el caso del centro de salud de Paz de Ariporo, afirmó que los servicios se prestan con la mayor diligencia posible dentro de las dificultades económicas existentes.

3. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

Habiéndose declarada fallida la audiencia de pacto de cumplimiento el 25 de julio de 2017¹³ y recaudadas todas las pruebas decretadas¹⁴, el Tribunal Administrativo de Casanare, mediante auto de 19 de septiembre de 2017¹⁵, corrió traslado a las partes para que alegaran de conclusión, oportunidad dentro de la cual se pronunciaron así:

- El MINSALUD¹⁶ indicó que, de acuerdo con las funciones que les atribuyen especialmente las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 489 de 1998, 715 de 2001 (artículos 43 y 44) y 1450 de 2011 (artículo 156) y el Decreto 4107 de 2011, le corresponde fijar políticas públicas y no tomar determinaciones de carácter administrativo asignadas en este caso al Municipio y al Departamento.

Añadió que, de conformidad con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021, que constituye el marco nacional de política sanitaria, las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas y que el pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territoriales y los Planes Territoriales de Salud Pública es el Análisis de Situación de la Salud (ASIS), documento que a su turno se elabora con base en el modelo

¹³ Folios 182 a 188, c. 1 Principal.

¹⁴ Folios 182 a 188, c. 1 Principal. En la misma audiencia de pacto de cumplimiento del 25 de julio de 2017, habiéndose esta declarado fallida, fueron decretadas como pruebas: (i) las aportadas con la demanda y las contestaciones; (ii) la incorporación de una videograbación por parte del municipio de Paz de Ariporo respecto de todos y cada uno de los centros de salud que operan en el municipio en la que se especifiquen los lugares que se están filmando; (iii) un informe del municipio de Paz de Ariporo sobre su extensión, número de habitantes, distribución (zona urbana y rural), número de veredas, distancia entre estas y el centro del municipio, medios de comunicación, centros de salud existentes y su ubicación, atenciones en salud realizadas en los últimos 5 años con especificación del tipo y remisiones a otras IPS en el mismo lapso de tiempo, así como también sus motivos y las solicitudes en salud que no hayan podido satisfacerse en el mismo término en caso de que existan; (iv) informe del personero del Municipio sobre las razones de hecho que fundamentan la acción, lo que incluye los informes escritos o verbales recibidos de la comunidad sobre el tema, especificando nombres, identificación y el motivo de la queja, copia de los archivos en su poder y que sean el resultado de las visitas efectuadas y que le hayan permitido constatar situaciones concretas; (v) informe del MINSALUD sobre cuáles son las condiciones que debe tener un hospital de primer nivel, con qué debe estar dotado, con qué medios médico científicos debe contar y cuál es el procedimiento que deben adelantar las entidades territoriales para invertir en infraestructura en salud. Además, se instó a dicho ministerio a allegar copia de los actos administrativos que reglamenten esas situaciones.

¹⁵ Folio 281, c. 2 Principal.

¹⁶ Folios 284 a 286, c. 2 Principal.

conceptual de Determinantes Sociales de la Salud¹⁷ (DSS) que incorpora las orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas del MINSALUD.

Dentro de ese contexto, la construcción del ASIS del municipio de Paz de Ariporo es producto de un trabajo conjunto de la Secretaría de Salud Departamental, las direcciones locales municipales y el acompañamiento técnico del MINSALUD.

Concluyó que no se encontraba dentro de sus funciones la oferta del servicio de salud en las entidades territoriales y que sí le corresponde legalizar la habilitación de los centros de salud, con base en la normativa vigente.

- REDSALUD¹⁸ insistió en los mismos argumentos de su contestación y agregó que se han realizado inversiones cuantiosas en la remodelación en la planta física del centro de salud de Paz de Ariporo durante los años 2016 y 2017 y se han obtenido equipos y personal profesional en salud en una cifra de 76 funcionarios, inversiones que, en todo caso, no cuentan con suficientes recursos propios para que se distribuyan en los 19 municipios del Departamento y que deben ser financiadas con recursos provenientes principalmente de las regalías petroleras.

Advirtió que, además de las dificultades económicas en el apalancamiento del Departamento, de la extensión de su territorio y del abandono de las vías que intercomunican a sus comunidades, la empresa se encuentra subordinada a las normas contractuales de las entidades públicas, a la postura o directriz del MINSALUD y a los resultados que arrojen los estudios y diseños de los demás centros de salud para viabilizar la inversión y asignación de profesionales en la materia.

- El municipio¹⁹ insistió en los argumentos de su contestación y en relación con las pruebas practicadas en el proceso indicó que del *“Análisis de la Situación de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud”* del MINSALUD, además del estudio estadístico, se desprende que a dicho ente

¹⁷ Este documento guía, según lo afirma MINSALUD, presenta el alcance que debe tener como aporte al desarrollo de la salud pública de las comunidades y en especial para el municipio de Paz de Ariporo, está conformado por tres (3) capítulos: el territorial y demográfico, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la priorización.

¹⁸ Folios 287 a 291, c. 2 Principal.

¹⁹ Folios 293 a 295, c. 2 Principal.

territorial no le corresponde asumir ninguna otra tarea, por no tratarse de un prestador directo de servicios de salud y que le resulta ajena la posibilidad de adoptar medidas administrativas y presupuestales tendientes al mantenimiento y remodelación de la infraestructura de la IPS del centro de salud urbano de Paz de Ariporo y a la adecuación y mantenimiento de los centros de salud de Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada.

Destacó, además, la nula actividad probatoria por parte de la entidad accionante, en la medida en que, entre otras cosas, tratándose del registro de quejas, sólo 3 de las 17 aportadas están relacionadas directamente con peticiones de usuarios con ocasión de los hechos de la demanda y se remontan al período de 2012 a 2017.

Asimismo, subrayó que el medio de control se dirigió exclusivamente en contra de la red pública, las entidades territoriales y el MINSALUD, sin considerar que la Personería no aportó ninguna prueba sobre el número de beneficiarios que, pese a residir en el Municipio, no son una carga prestacional de dicha red sino de la privada, descontándose desde luego al servicio de urgencias exclusivamente habilitado a aquella.

- El departamento²⁰ insistió en los mismos argumentos de su contestación y luego de realizar una exposición de las normas aplicables al problema jurídico que planteó, principalmente los artículos 49 y 365 de la Constitución Política y 42, 43 y 65 de la Ley 715 de 2001, indicó que, en cuanto a lo que le compete a dicho ente territorial, ha adelantado las etapas de asistencia técnica para la ejecución del proyecto incluido en el plan bienal 2016-2017, que se encuentra dispuesto a asesorar el estudio de red que permita determinar la viabilidad de la apertura de nuevos servicios de salud por parte de la ESE y que ha realizado las visitas de inspección, vigilancia y control, sin evidenciar fallas graves en la prestación del servicio de salud.
- La Personería²¹ insistió en los mismos argumentos de su demanda y en relación con las pruebas practicadas en el proceso indicó que el propio Municipio, en el oficio No. 301.15-047 de 11 de septiembre de 2017, aceptó

²⁰ Folios 296 a 299, c. 2 Principal.

²¹ Folios 301 a 302, c. 2 Principal.

que los puestos de salud rurales no prestaban servicio de ningún tipo desde hace más de 15 años, lo que corrobora la situación de vulnerabilidad de cerca de 12.000 pobladores rurales dispersos y nucleados en los 13.800 km² de dicho ente territorial y, con base en el ajuste al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes Empresas Sociales del Estado (PTRRM) denominado “*Red de Servicios de Casanare 2016*”, presentado por el Departamento, se refuerza la necesidad de que se habiliten puestos de salud rurales a cargo de REDSALUD en los centros poblados del Municipio.

El Ministerio Público guardó silencio.

5. La sentencia impugnada²²

El 30 de octubre de 2017 el Tribunal Administrativo de Casanare profirió sentencia y accedió a las pretensiones de la demanda, decisión que tuvo como fundamento fáctico las siguientes consideraciones:

- Las pruebas ponen de presente innumerables falencias en la prestación de los servicios de salud en el centro de salud “*Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo, concernientes a la asignación de citas para los usuarios, sin distinguos frente a los sujetos de protección especial, la indebida atención de los usuarios y la insuficiencia en el suministro de medicamentos. Estas situaciones dieron lugar a que el municipio y la Personería de esa localidad eleven quejas a la Superintendencia Nacional de Salud y al MINSALUD, para que adopten las medidas administrativas que se ameritan, así como también a REDSALUD para que asuma los correctivos necesarios.
- El “*Plan de Mantenimiento Hospitalario*” estructurado por REDSALUD para el arreglo de su infraestructura no ha obtenido los resultados esperados, según lo evidencia la videograbación en la que se muestran deficiencias de tipo estructural, tales como techos con humedades, salas de cirugía y rayos X y casas médicas fuera de servicio, el abandono de puestos de salud de centros poblados del municipio, pisos y paredes con grietas y llenas de moho, sistemas o conexiones de agua que no funcionan, implementos en mal

²² Folios 306 a 339, c. Segunda Instancia.

estado por deterioro y/o desuso, medicamentos almacenados inadecuadamente y falta de cielorraso y/o en mal estado.

Advirtió el *a quo* que, si bien REDSALUD se encuentra en Plan de Saneamiento Fiscal de sus finanzas, el municipio le dio una ayuda económica por valor de \$600.000.000.

- También se presentan deficiencias en el acceso al servicio público de salud de las personas que residen en la zona rural del municipio, a raíz de las distancias considerables frente al casco urbano y al deterioro de la infraestructura vial que se presenta en relación con los poblados rurales indicados en la demanda, teniendo en cuenta que su estado parcial de pavimentación y recubrimiento con tierra y material la hace proclive a dichos deterioros en la época de invierno (*normalmente entre abril y noviembre*), situación que pone en desigualdad de condiciones a la población rural, que es sujeto de especial protección debido a que la mayoría pertenece al SISBEN.

Señaló que no existe prueba de que se haya adoptado una sola medida para contrarrestar la situación expuesta, tales como la descentralización y desconcentración de funciones en materia de salud en las veredas, en las que se puede habilitar los puestos de salud existentes o establecer programas de salud para la población campesina.

En este punto, el *a quo* cuestionó el hecho de que no se encuentran habilitadas y en funcionamiento las dependencias de rayos X y cirugía en la cabecera urbana del municipio ni tampoco adecuadas las casas para médicos para la prestación de servicios o otros menesteres y reprochó el estado de abandono total.

Además, echó de menos un estudio concreto sobre las necesidades de la población con base en estadísticas de años anteriores que permitieran proyectar, hasta la fecha de la sentencia y hacia el futuro, la planeación en materia de necesidades de salud de variada índole (*personal técnico, dependencias requeridas, personal administrativo, financiación presupuestal, etc*). Sobre este punto indicó que, si bien el MINSALUD viabilizó la propuesta del Departamento para poner en funcionamiento los puestos de salud en las veredas San José de Ariporo, La Esmeralda, Montañas de Totumo y La Hermosa, no se ha ejecutado actividad alguna para ese fin.

- El servicio de salud se ve seriamente afectado como consecuencia, además, de la insuficiencia de personal y la forma de la atención de las citas que no opera de manera permanente (*dos jornadas, una de 7 a.m. y la otra de las 2 p.m.*) y de acuerdo con las necesidades de los usuarios.

Frente a la vulneración de los derechos colectivos invocados en la demanda indicó:

- Los relacionados con la moralidad administrativa y la defensa del patrimonio público resultan vulnerados en la medida en que existen bienes inmuebles y muebles destinados al servicio público de atención en salud que se encuentran abandonados y deteriorándose, sin que REDSALUD haya realizado gestión alguna para evitarlo o darles una destinación adecuada.

Como consecuencia, el *a quo* declaró que REDSALUD vulneró los derechos colectivos a la moralidad y al patrimonio público y le ordenó iniciar las gestiones administrativas, presupuestales y operativas para inventariar todos los inmuebles destinados para vivienda y los elementos de los puestos de salud de las veredas objeto de la acción popular, así como también los del centro de salud “*Jorge Camilo Abril*”, con el objeto de establecer si eran aún útiles o debía dárseles de baja.

- Los relacionados con la salubridad pública, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios resultan vulnerados por las siguientes razones:
 - MINSALUD, por no haber verificado la falta de atención en salud a la población urbana y rural del municipio, así como también porque, pese a que la Personería puso en su conocimiento la problemática, no adoptó las medidas necesarias para la efectividad y eficiencia en la prestación del servicio de salud a cargo de REDSALUD, desconociendo los artículos 48, 49, 365 y 356 de la Constitución Política y las Leyes 388 de 1997, 1454 de 2011, 715 de 2001 y 1751 de 2015.
 - El departamento y el municipio, por no haber cumplido con los deberes y obligaciones establecidos en la normativa previamente referenciada, pese a que conocían de la problemática, no solo por las auditorías que realizaron sino también por lo que les informó la Personería.

- REDSALUD, por la ineficiencia en la prestación del servicio público de salud a los habitantes del Municipio y por no adoptar las medidas requeridas, principalmente presupuestales, técnicas y operativas, para cubrir las necesidades de salud de la población, en especial la rural.

Como consecuencia, el *a quo* declaró que todas las entidades demandadas vulneraron los derechos colectivos a la salubridad pública, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública y el acceso a los servicios públicos y a que se prestación sea eficiente y oportuna y a los derechos de los consumidores y usuarios, así como también dispuso medidas provisionales y definitivas que, en general, estuvieron orientadas a la realización y ejecución de un estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades residentes en las veredas del Municipio.

6. La apelación

El MINSALUD, el departamento del Casanare y REDSALUD interpusieron recursos de apelación contra la sentencia del *a quo*.

- El MINSALUD²³ señaló que, en su condición de organismo rector, no puede usurpar funciones que, de acuerdo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, se encuentran en cabeza de otras entidades, so pena de transgredir los artículos 121 y 122 de la Constitución Política.

Luego de hacer un recuento normativo sobre las competencias que les atañen a las distintas entidades públicas que involucra el SGSSS, afirmó, frente a las órdenes que le impartió el *a quo* en la sentencia impugnada, que estas no están en cabeza suya, en la medida en que el documento ASIS del municipio de Paz de Ariporo es producto de un trabajo conjunto entre la secretaría de salud departamental y las direcciones locales municipales, con el acompañamiento técnico de dicho ministerio.

Dentro de ese contexto advirtió que el MINSALUD no puede intervenir en los territorios verificando situaciones que son de valoración y análisis del departamento de Casanare a través de la secretaría de salud.

²³ Folios 351 a 353 y 363 a 369, c. Segunda Instancia.

- El departamento²⁴ insistió en los mismos argumentos de la contestación de la demanda, orientados a afirmar que las obligaciones impuestas en la sentencia impugnada no son de su competencia.
- REDSALUD²⁵ señaló que, según lo acreditado durante el trámite del medio de control, en el municipio prestan los servicios de salud distintas EPS, tales como CAPRESOCA EPS, NUEVA EPS y CAFESALUD, razón por la cual la orden contenida en la sentencia impugnada para la realización de un estudio sobre las necesidades en salud requiere de la vinculación de esas entidades.

Sostuvo también que el *a quo* no tuvo en cuenta que la prestación del servicio de salud por parte de la IPS se realiza dependiendo de su desarrollo y recursos disponibles y, que de acuerdo con la Resolución No. 051 de 2017 asigna recursos para el mantenimiento preventivo de dotación e infraestructura a la IPS de Paz de Ariporo, para la prestación eficiente y oportuna de dicho servicio.

Agregó que ha suscrito contratos de prestación de servicios con diferentes EPS, por lo que a estas les atañe la responsabilidad de realizar el estudio sobre las necesidades de las comunidades.

7. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público en segunda instancia

Esta Corporación admitió los recursos de apelación mediante auto de 20 de marzo de 2018²⁶ y corrió traslado a las partes para alegar de conclusión por auto de 18 de junio de 2018²⁷, oportunidad dentro de la cual se pronunciaron el departamento del Casanare, REDSALUD, MINSALUD, la Personería y la Procuraduría 4^a Delegada ante el Consejo de Estado.

- El departamento²⁸, además de insistir en los argumentos reiterados en el proceso desde su contestación, señaló, en relación con el cumplimiento de la sentencia, que ha realizado varias gestiones: (i) la consolidación de la población de los años 2014 a 2018 del municipio, discriminada por el área rural y urbanas, centros poblados, distancia en kilómetros y tiempo en horas;

²⁴ Folios 354 a 357, c. Segunda Instancia.

²⁵ Folios 358 a 361, c. Segunda Instancia.

²⁶ Folios 378 a 380, c. Segunda Instancia.

²⁷ Folio 384, c. Segunda Instancia.

²⁸ Folios 387 a 393, c. Segunda Instancia.

(ii) la elaboración del documento ASIS 2017 que responde a las atenciones en salud de las vigencias 2009 a 2015 e informe sobre las E.P.S. públicas y privadas del municipio; (iii) suscribió con REDSALUD el convenio interadministrativo No. 2391 de 2017 para la dotación de equipos biomédicos para el municipio, que buscan fortalecer la autoridad sanitaria y disminuir una parte del riesgo primario de la población; la revisión del informe ejecutivo de evaluación de resultados del hospital local del municipio, en el cual se establece el estudio patológico, el diagnóstico de vulnerabilidad sísmica, evaluación y reforzamiento; (iv) la revisión del informe ejecutivo de evaluación de resultados del hospital local del municipio en el que se establece el estudio patológico, el diagnóstico de vulnerabilidad sísmica, evaluación y reforzamiento estructural radicado por REDSALUD el 23 de febrero de 2018; (v) la asistencia a la mesa de trabajo con el MINSALUD el 3 de abril de 2018 para consolidar las actuaciones adelantadas para cumplir el fallo del *a quo*; y (vi) la radicación el 13 de abril de 2018 ante el MINSALUD de la información previamente enunciada.

- REDSALUD²⁹, además de insistir en los argumentos reiterados en el proceso desde su contestación, indicó que tomó los correctivos para el mejoramiento y funcionamiento del centro de salud del municipio, tales como: (i) la organización y plan de mejoramiento de citas de horarios de atención de 8 horas diarias y lunes a viernes por el personal médico profesional contratado, aumentando la planta de personal de enfermería de medicina y consulta externa y los servicios de urgencias por 24 horas con turnos diarios y nocturnos en el centro de salud “*Jorge Camilo Abril*”; y (ii) el estudio patológico, diagnóstico de vulnerabilidad sísmica, evaluación y reforzamiento estructural del Hospital “*Jorge Camilo Abril*”, en el que, atendiendo las propuestas de intervención se concluyó la necesidad de demolición, diseño y reconstrucción de un nuevo hospital bajo los parámetros de las normas NSR-10, así como también se planificaron las acciones de reforzamiento estructural, el documento técnico y ficha M.G.A. y la información que soporta el avance obtenido por la ESE que permite la gestión de recursos para la remodelación del centro de salud antedicho.

²⁹ Folios 394 a 396, c. Segunda Instancia.

- El MINSALUD³⁰ insistió en los argumentos reiterados en el proceso desde su contestación.
- La Personería³¹, además de insistir en los argumentos reiterados en el proceso desde su demanda, sostuvo que, de acuerdo con el registro fotográfico y fílmico, los puestos de salud de, entre otros, Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa y Centro Gaitán se encuentran abandonados, subutilizados y en estado de deterioro no obstante encontrarse dotados con algunos elementos y unidades médicas y odontológicas, lo cual constituye un detrimento patrimonial en la medida en que dichas infraestructuras y dotaciones fueron realizadas con recursos públicos del orden departamental y municipal.
- La Procuraduría 4^a Delegada ante el Consejo de Estado³² conceptuó que las demandadas incurrieron en omisiones en la protección de los derechos colectivos invocados en la demanda al no adoptar los mecanismos de coordinación, concurrencia, subsidiariedad y complejidad, omisiones que evidenció con base, primordialmente, en las situaciones fácticas expuestas por la Personería en la demanda y algunas de las pruebas aportadas que las corroboran, principalmente los oficios números 400.04.01.PM-279 de 25 de junio de 2015 y 400-04-01.PM-604 de 20 de septiembre de 2016 de la Personería.

Destacó que las acciones adoptadas por el Personero municipal de Paz de Ariporo fueron las correctas, teniendo en cuenta el ASIS 2014 de la gobernación del departamento, en el que se identificaron y priorizaron los principales problemas de salud de dicho ente territorial.

Reprochó que, no obstante que la problemática se dio a conocer en el 2013, las entidades demandadas se escudan en el argumento de que no son responsables, que no pueden sobrepasar sus funciones y que no les competen las actividades propias de las órdenes impartidas por los operadores jurídicos.

En relación con lo argumentado por las demandadas en los recursos de apelación la Procuraduría Delegada, en relación con REDSALUD y

³⁰ Folios 397 a 403, c. Segunda Instancia.

³¹ Folios 406 a 409, c. Segunda Instancia.

³² Folios 410 a 441, c. Segunda Instancia.

MINSALUD, parafraseó lo indicado por el *a quo* y frente a las dos entidades territoriales demandadas señaló que, en virtud de los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, respectivamente, el departamento no ha cumplido con sus funciones, al no haber subsanado la problemática que data de hace varios años y el municipio no ha realizado un estricto seguimiento al cumplimiento de sus funciones de dirección y coordinación del sector salud y del SGSSS.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

Teniendo en cuenta que se trata del medio de control para la protección de derechos e intereses colectivos tramitado en vigencia del CPACA, de conformidad con los artículos 150³³ y 152³⁴ de dicho estatuto, esta Corporación es competente para su conocimiento por haber sido decidida en primera instancia por el Tribunal Administrativo de Casanare. Además, por virtud de lo dispuesto en el artículo 13 del Acuerdo 080 de 2019 – *compilatorio del reglamento del Consejo de Estado* – que distribuyó el reparto de los distintos asuntos con base en criterios de especialización y volumen de trabajo, a la Sección Tercera le corresponde el conocimiento de las acciones populares que versen sobre asuntos contractuales y aquellas relacionadas con el derecho a la moralidad administrativa, derecho que fue invocado en la demanda.

2. Análisis de la configuración del fenómeno de la carencia actual de objeto

Según lo recordó esta misma Subsección³⁵ en cuanto concierne al fenómeno en cuestión, en el medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos debe determinarse, con base en las pruebas obrantes en el proceso, si

³³ “CPACA. Artículo 150. Competencia del Consejo de Estado en segunda instancia y cambio de radicación. El Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo conocerá en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los tribunales administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación por parte de los tribunales, o se conceda en un efecto distinto del que corresponda, o no se concedan los extraordinarios de revisión o de unificación de jurisprudencia.

“(…)”.

³⁴ “CPACA. 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”.

³⁵ Sección Tercera. Subsección A. Sentencia de 14 de junio de 2019 [Radicado 25000-23-37-000-2010-02552-01(AP)].

las acciones y/o omisiones constitutivas de la amenaza y/o la vulneración de derechos colectivos –no solo las invocadas en la demanda sino también otras que puedan deducirse de lo acreditado en el proceso– (1) persisten o (2) desaparecieron (“hecho superado”), o inclusive (3) sus efectos son material y jurídicamente irreversibles (“daño consumado”).

No obstante que en los dos últimos eventos la jurisprudencia de esta Corporación³⁶ ha indicado que existe del deber del juez de realizar un análisis de fondo frente al alcance de los derechos colectivos que ya fueron amenazados y/o violados, en todo caso no puede desplegar³⁷ las consabidas finalidades preventiva (*evitar el daño contingente*), suspensiva (*hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o el agravio*) o restaurativa³⁸ (*restituir las cosas a su estado anterior*) del medio de control en cuestión. No sobra indicar que en el primer evento el análisis de fondo y las referidas finalidades del medio de control se encuentran totalmente justificados.

Observa la Sala que, si bien durante el trámite de la segunda instancia el *a quo* no le ha informado a esta Corporación sobre la situación de las medidas “provisionales” adoptadas en la sentencia impugnada, ni tampoco existe ningún pronunciamiento del comité de verificación³⁹, sí se encuentran publicadas y/o referenciadas en la página web de la Rama Judicial⁴⁰ algunas providencias⁴¹

³⁶ El “deber” de realizar el análisis de fondo lo ha dictaminado la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo en sentencia de unificación de 4 de septiembre de 2018 [Radicado 05001-33-31-004-2007-00191-01(AP)SU]. MP. Stella Conto Díaz del Castillo, únicamente para el caso de los hechos superados, sin perjuicio de que las razones que sustentaron ese mismo “deber” sean extensivas para el caso de los daños consumados. No sobra destacar en este punto que, según lo anota el magistrado Alberto Yepes Barreiro en su salvamento de voto a la sentencia en cuestión, en presencia del fenómeno de la carencia de objeto por hecho superado, no existe una justificación para un tratamiento diferencial entre las reglas de la acción de tutela y las de la acción popular. Esta consideración se fundamentó en que, para el susodicho magistrado disidente, en la sentencia de unificación pareciera erigirse como regla general el que se realice el análisis de fondo cuando se configura el hecho superado, mientras que en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en particular las sentencias T-011/16, SU-225/13 y T-612(09), “(...) cuando se presenta el fenómeno del hecho superado, la obligación del juez de tutela no es la de pronunciarse de fondo, sino solo cuando estime necesario hacer observaciones sobre los hechos que originaron la acción de tutela, con el propósito de resaltar su falta de conformidad constitucional, condenar su ocurrencia y conminar a que se adopten las medidas necesarias para evitar su repetición, so pena de las sanciones pertinentes” (subrayado fuera del texto).

³⁷ La figura de carencia actual del objeto tiene como característica que el operador judicial no puede impartir órdenes que concreten las finalidades preventiva, suspensiva o restaurativa de la acción popular. Sección Primera. Sentencia de 19 de julio de 2018 [Radicado 27001-23-31-000-2011-00179-02(AP)]. MP. Hernando Sánchez Sánchez.

³⁸ Sentencias C-622/07 [MP. Rodrigo Escobar Gil] y C-630/11 [MP. María Victoria Calle Correa].

³⁹ “SÉPTIMO: CREAR el comité de verificación de cumplimiento de la sentencia, que funcionará acorde con lo señalado en las consideraciones”.

⁴⁰ Las actuaciones del Tribunal Administrativo de Casanare no se encuentran registradas en el aplicativo Siglo XXI (ni en “consulta de procesos” ni tampoco en “consulta de procesos nacional unificada-CPNU”).

proferidas por aquel, con posterioridad a dicha sentencia, con base en las cuales la Sala puede corroborar la situación fáctica reciente⁴².

Vale la pena advertir que el *a quo*, al explicar el alcance de las medidas impartidas en la sentencia impugnada, señaló que, no obstante, la interposición de los recursos ante esta Corporación, las medidas que denominó “*provisionales*” debían ser cumplidas, dado que respecto de ellas el recurso de apelación procedía en el efecto devolutivo, mientras que, en el caso de las medidas “*definitivas*”, su cumplimiento dependía de la ejecutoria del fallo de segunda instancia que las confirmara⁴³.

Sin perjuicio de los reparos a la tesis del *a quo* en relación con la obligatoriedad inmediata de la sentencia impugnada dependiendo del tipo de medida ordenada en ella⁴⁴, la Sala observa que algunas de las situaciones que el *a quo* buscó

⁴¹ Las providencias en cuestión son del 14 de febrero de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/16178704/85001233300020160029000.PDF>], 9 de abril de 2018, 31 de mayo de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/17465223/85001233300020160029000.PDF>], 18 de julio de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/18470803/85001233300020160029000.PDF>], 20 de septiembre de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/19618617/85001233300020160029000.PDF>], 29 de octubre de 2018, 9 de enero de 2019 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/21952476/85001233300020160029000.PDF>] y 20 de enero de 2020 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/32668496/85001233300020160029000.PDF>].

⁴² La Corte Constitucional ha indicado que la información publicada a través de los distintos mecanismos de sistemas informáticos computarizados se considera de carácter oficial y genera confianza legítima en los usuarios de la administración de justicia, de lo contrario, la implementación de dichos sistemas no podría contribuir a la eficiencia, publicidad y acceso a la administración de justicia. Ver entre otras la sentencia T-686/07 [MP. Jaime Córdoba Triviño].

⁴³ • En el auto de 9 de enero de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/15829339/85001233300020160029000.PDF>] el *a quo* indicó que “(...) el recurso de apelación se concedió por auto del 29 de noviembre de 2017; sin embargo, las medidas provisionales decretadas en él deben cumplirse en los plazos fijados, al tenor de lo establecido en el artículo 25, parágrafo 1 y 26 de la Ley 472 de 1998”; • en el auto de 14 de febrero de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/16178704/85001233300020160029000.PDF>] señaló que “(...) Al contrario de lo que afirma el Ministerio de Salud y de la Protección Social a través de su apoderada, según los artículos 25 y 26 de la Ley 472 de 1998, las medidas provisionales pueden ser ordenadas de oficio o a petición de parte y en cualquier estado del proceso, incluida la sentencia; tienen por finalidad prevenir un daño inminente o hacer cesar el que se hubiere causado, situación que se presenta en el presente caso: y si bien son susceptibles del recurso de apelación, el efecto en que se concede es el devolutivo; solo la apelación de las medidas definitivas se surte en el efecto suspensivo (...)”; y finalmente • en el auto de 18 de julio de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/18470803/85001233300020160029000.PDF>] dijo que “La medida definitiva solo es exigible a partir de la ejecutoria del fallo de segunda instancia que pondrá fin al proceso. Las únicas medidas que por ahora son de competencia de este Tribunal en lo que se refiere a su verificación, control y exigencia de ejecución, son las provisionales”.

⁴⁴ En vigencia del CGP, los efectos suspensivo, devolutivo o diferido en los que puede concederse el recurso de apelación se predicen respecto de la providencia apelada como un todo, sin que quepa fraccionar su contenido para la atribución de uno y otro efecto. Dentro de ese contexto, dado

conjurar con aquellas ya han sido superadas y otras que se mantienen vigentes, como en efecto aquel lo reconoció con posterioridad a dicha sentencia así (las transcripciones se realizan de forma literal):

Lo dispuesto en el fallo a título de medida provisional o definitiva	Los informes en la etapa de verificación de las medidas provisionales y las decisiones del a quo
<p>“PRIMERO. (...) “a) <i>Inventariar por su clase, cantidad, calidad y estado, todos y cada uno de los elementos que se encuentran abandonados en todos y cada uno de los puestos de salud que existían en las veredas objeto de la presente acción popular.</i></p>	<p>En el auto del 28 de julio de 2018, el a quo señaló <i>“4.1.- Están <u>cumplidas</u> las indicadas en el ordinal primero de la parte resolutive del fallo, literales a y b y así se declarará”.</i></p>
<p>“b) <i>Establecer si los elementos devolutivos aún sirven para los efectos para los cuales fueron adquiridos, caso en el cual se les dará el uso que corresponde; y si ya no sirven para esos fines, para que les dé de baja agotando el trámite administrativo establecido para el efecto.</i></p>	
<p>“c) <i>En el caso de los inmuebles destinados para vivienda, de igual manera deberá hacer un inventario de ellos; establecer si se necesitan para esos efectos o para otros diversos, caso en el cual deberá habilitarlos dentro de los 6 meses siguientes a la notificación de esta sentencia e inmediatamente después de darles el uso que corresponda.</i></p>	<p>En el auto 9 de enero de 2019 el a quo advirtió <i>“a. Red Salud Casanare realizó las gestiones dispuestas en el literal c) del ordinal primero de la parte resolutive del fallo de primera instancia, concluyendo que las instalaciones donde funciona el hospital de Paz de Ariporo son de propiedad del Departamento de Casanare; que allí no existe un inmueble destinado para vivienda; que no obstante lo anterior, adecuó parte del inmueble como casa médica para los profesionales que prestaban el servicio social obligatorio y que no devengaban remuneración; sin embargo, en virtud de lo dispuesto en la Resolución 1058 de 2010 se vinculan profesionales de servicio social obligatorio pero remunerados y con ello deben solucionar su</i></p>

que en el presente caso • el recurso de apelación no fue presentado por ambas partes (*únicamente por tres (3) de las entidades demandadas*), • el a quo no negó la totalidad de las pretensiones y • la sentencia impugnada no fue simplemente declarativa, la interposición de dicho recurso no podía suspender el cumplimiento de ninguna de las medidas ordenadas por aquel. En relación con la temática, la doctrina nacional ha indicado también *“(…) destaco que el efecto devolutivo se ha consagrado como el de usual aplicación, es decir que si la norma que se refiere al recurso de apelación guarda silencio acerca del efecto en que se debe conceder el recurso, se entiende que lo será en el devolutivo, parecer que se evidencia en el art. 323 del CPG (...)*”. LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Código General del Proceso. Parte General. Bogotá. DUPRE Editores. 2017. pp. 805 a 806.

	<p>alojamiento; la casa médica mencionada estuvo en funcionamiento hasta octubre de 2018; y a la fecha no existe vivienda, únicamente funciona el hospital, que por su estado debe demolerse. En consecuencia, se declarará cumplido lo dispuesto en el literal c) del ordinal primero (...)."</p> <p>En efecto, el a quo resolvió "PRIMERO: DECLARAR <u>cumplida</u> por parte de Red Salud Casanare la medida cautelar dispuesta en el literal c del ordinal primero de la parte resolutive del fallo proferido por esta Corporación el 30 de octubre de 2017 (...)."</p>
<p>"d) Las mismas medidas y en el término indicado deben adoptarse respecto de los muebles e inmuebles que existen en el centro de salud Jorge Camilo Abril del municipio de Paz de Ariporo.</p> <p>Red Salud Casanare debe presentar a esta Corporación informes periódicos cada 2 meses sobre las medidas aquí dispuestas, el primero el 15 de enero de 2018 y así sucesivamente.</p>	<p>En el auto del 20 de septiembre de 2018, el a quo indicó "6.- El análisis de lo indicado por la apoderada de Red Salud Casanare y de los anexos (...) permite establecer que: (...) 6.2.- Sobre los bienes muebles (literal d del ordinal primero de la parte resolutive de la sentencia) se encuentra cumplida la medida provisional dispuesta y así se declarará, si se tiene en cuenta que está demostrado que fueron inventariados y clasificados; algunos de ellos dados de baja y otros enajenados", en virtud de lo cual resolvió "PRIMERO: TENER por <u>cumplida</u> la medida dispuesta en el literal d del ordinal primero de la parte resolutive de la sentencia proferida por esta Corporación el 30 de octubre de 2017 (...)."</p>
<p>"TERCERO: Para garantizar la protección de estos derechos colectivos y la efectividad del derecho a la salud, se disponen las siguientes <u>medidas provisionales</u>:</p> <p>"1.- El Ministerio de Salud, el departamento de Casanare y el municipio de Paz de Ariporo, dentro de los 10 días siguientes a la notificación del presente fallo, deberán iniciar las gestiones para la realización de un estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo, teniendo en cuenta para el efecto, entre otros aspectos, el número de población, la población urbana, la población rural, las distancias entre los centros poblados rurales y la cabecera municipal, las</p>	<p>En el auto 9 de enero de 2019 el a quo, con base en los informes allegados por el MINSALUD, REDSALUD, el Municipio y el Departamento, al referirse a lo ordenado "En el numeral 1 y 3 del ordinal tercero del fallo (...)" indicó que "Según los informes rendidos las gestiones y la actualización fueron ejecutadas. Por ende, se declararán cumplidas".</p> <p>En efecto, el a quo resolvió "SEGUNDO: DECLARAR <u>cumplidas</u> por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo las medidas cautelares dispuestas en los numerales 1 y 3 del ordinal tercero de la parte resolutive del fallo proferido por esta Corporación el 30 de octubre de 2017".</p>

atenciones en salud que se registran en los 5 años anteriores a la fecha del fallo, las entidades que prestan el servicio de salud en Paz de Ariporo por los sistemas contributivo y subsidiado, el centro de salud Jorge Camilo Abril que existe en ese municipio etc.

"2.- De acuerdo con esos parámetros o los que consideren pertinentes, establecer si el personal, equipos, instalaciones y demás son suficientes para prestar el servicio de salud a la población urbana y rural de Paz de Ariporo de acuerdo con los principios constitucionales y legales que regulan la materia.

En el auto 9 de enero de 2019 el a quo advirtió "Del análisis de los informes rendidos con relación a lo ordenado en el fallo se tiene que:

"i) Se han realizado la mayoría de estudios y actuaciones dispuestos, pero falta por concluir el estudio de costos de las actividades a desarrollar así como de las estrategias propuestas por Red Salud Casanare, costos que son indispensables para efectos presupuestales.

"Por lo tanto, se requerirá a Red Salud Casanare para que concluya el estudio que está adelantando sobre costos y los entregue al Ministerio de Salud y Protección Social, al municipio de Paz de Ariporo y al Departamento de Casanare para efectos de la programación de actividades administrativas, presupuestales, contractuales y demás necesarias para garantizar la prestación del servicio de salud.

"ii) El municipio de Paz de Ariporo suscribió un contrato de prestación de servicios para apoyar la actualización del análisis situacional en salud por el término de 4 meses, el cual se encuentra vencido, sin que se sepan sus resultados por parte de las entidades responsables de las medidas dispuestas en el fallo.

"En consecuencia se requerirá al municipio de Paz de Ariporo, para que a más tardar dentro de los 15 días siguientes a la notificación de este auto, entregue los resultados de dicho contrato al Ministerio de Salud y Protección Social, al Departamento de Casanare y a Red Salud Casanare para que se tengan en cuenta en los planes, estrategias, programación de actividades administrativas, presupuestales, contractuales y demás necesarias para garantizar la prestación del servicio de salud.

"iii) Aunque el Departamento de Casanare en el informe presentado visible a folios 367 y 368

relaciona las actividades realizadas por él y en conjunto con las demás entidades responsables de las medidas, lo cierto es que:

- *No se han definido en concreto cuál de las dos alternativas propuestas por Red Salud Casanare se va a implementar para garantizar el servicio de salud, o si se van a utilizar ambas.*
- *Igualmente, no se ha establecido las necesidades de personal, equipos, instalaciones y demás que son necesarias para atender el servicio de salud de la población urbana y rural de la zona norte que atiende Red Salud Casanare.*
- *Tampoco se ha concretado su costo, tal como se señaló en el numeral i) de este literal.*
- *Sin embargo, el departamento de Casanare indica que previa gestión ante el DNP, se encuentra en etapa precontractual una consultoría que tiene por objeto la gestión y acompañamiento técnico – operativo en la implementación y socialización del modelo integral de atención en salud ‘MIAS’ en este ente territorial.*

“Por lo tanto se requerirá al Ministerio de Salud, al departamento de Casanare, a Red Salud Casanare y al municipio de Paz de Ariporo para que sigan rindiendo los informes periódicos dispuestos en el fallo de primera instancia sobre las medidas provisionales que faltan por cumplir y que se acaban de relacionar”.

En virtud de lo anterior resolvió “TERCERO: DECLARAR parcialmente cumplidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo las medidas cautelares dispuestas en los numerales 2 y 4 del ordinal tercero de la parte resolutive del fallo proferido por esta Corporación el 30 de octubre de 2017” y procedió a hacer los requerimientos para el cumplimiento total de dichas medidas.

De lo ocurrido con posterioridad da cuenta el auto de 20 de enero de 2020 en el que en el acápite de antecedentes se indicó “(...) por auto del 28 de febrero de 2019, se declaró cumplido

el requerimiento hecho a Red Salud Casanare y se le otorgaron 2 meses para la realización de una mesa de trabajo para determinar cuál de las propuestas se iba a implementar.

“Como las medidas indicadas en el párrafo anterior no estaban cumplidas en su totalidad, por auto del 20 de junio de 2019 se requirió al departamento de Casanare, al Ministerio de Salud, a Red Salud Casanare y al municipio de Paz de Ariporo para que dentro del mes siguiente a la notificación de ese auto rindieran informe de los avances del proyecto relacionado con los hospitales móviles y las demás actuaciones adelantadas en cumplimiento de las dos medidas cautelares que están pendientes de ejecución. Rindieron informe Red Salud Casanare (fls. 513 a 517), el municipio de Paz de Ariporo (fls. 525 a 526) y el departamento de Casanare (fls. 527 a 533), cuyo análisis, permitió establecer que se estaba garantizando el servicio de atención en salud a través de las jornadas que ha adelantado Red Salud Casanare y adicionalmente que los obligados han ejercido actividades tendientes a la Implementación de una unidad de salud municipal móvil extramural, para la prestación de salud de baja complejidad en áreas dispersas de la zona rural del municipio de Paz de Ariporo´.

“Por ende, por auto del 5 de agosto de 2019 se dispuso que dentro de los 4 meses siguientes los responsables debían rendir un informe ejecutivo en el que plasmaran las actividades tendientes a cumplir con las dos medidas cautelares que se encuentran pendientes de acatamiento.

“5.- Presentaron informe el departamento de Casanare (fls. 567 a 584), Red Salud Casanare (fls. 555 a 565) y la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social (fls. 590 a 592) de los cuales se infiere lo siguiente:

- a. Con corte a noviembre de 2019 Red Salud Casanare ha desarrollado 53 jornadas de atención integral en el área rural y urbana del municipio de Paz de Ariporo con las cuales benefició a 3364 personas del régimen subsidiado y 13 del régimen contributivo.*

- b. *Durante la vigencia 2019 se realizaron jornadas extramurales en las áreas urbana y rural del ente territorial en las cuales se desarrollaron 3366 actividades de promoción y prevención.*
- c. *Debido a que las áreas de urgencias y partos del Hospital Local de Paz de Ariporo sufrieron deterioro por torrencial aguacero fueron remodeladas y actualmente cumplen con los estándares de habilitación en salud dispuestos en las Resolución 2003 de 2014.*
- d. *Se realizó dotación de equipos biomédicos y de apoyo hospitalario por valor de \$499.451.489.*
- e. *Sobre el proyecto para la adquisición de la unidad móvil para el fortalecimiento de las actividades extramurales se indicó que está en formulación y en el informe se detallan sus especificaciones.*
- f. *En relación con el proyecto para la construcción del nuevo hospital local se señaló que en el documento de red de prestación de servicios de salud del departamento de Casanare se incluyó dicha obra; además se suscribió contrato de consultoría número 1350 de 2017, en cuyo desarrollo se concluyó que era necesaria la demolición de las instalaciones donde actualmente funciona el centro hospitalario en mención y actualmente se está adelantando la etapa de aprobación de planos y diseños, adicionalmente se han realizado mesas de trabajo conjuntas entre el Ministerio de Salud y de la Protección Social”.*

En el mismo auto de 20 de enero de 2020 se consideró que las medidas provisional 2 y 4 estaban pendientes de cumplimiento, así como también que “De acuerdo con los informes presentados por Red Salud Casanare y por el departamento de Casanare, la consultoría determinó que debe construirse un nuevo hospital y demolerse el existente y según lo indicado por los obligados ya se dio inicio a la formulación del proyecto para la construcción del nuevo centro hospitalario y actualmente se está en la etapa de aprobación de diseños. Adicional a lo anterior, se adquirieron equipos biomédicos y la información suministrada da cuenta de que el servicio médico se ha prestado tanto en la

	<p>zona urbana como en la zona rural.</p> <p><i>“En consecuencia, se declarará que se está cumpliendo las medidas provisionales decretadas pero se requerirá a los obligados para que continúen presentando los informes dispuestos en el fallo de primera instancia, es decir, cada dos meses, por lo que el siguiente deberán emitirlo en el mes de marzo de 2020.</i></p> <p><i>“4.- (...) aunque el actor popular en escrito que data del mes de agosto de 2019 informó que las fuertes lluvias causaron afectaciones a la infraestructura donde funciona actualmente el Hospital de Paz de Ariporo, lo cierto es que en el informe presentado tanto por el departamento de Casanare como por Red Salud Casanare en le mes de diciembre siguiente, se informa que ya se hicieron las reparaciones necesarias, de lo cual se allega registro fotográfico, por lo que no hay lugar a emitir órdenes al respecto”.</i></p> <p>En virtud de lo anterior, en el auto de 20 de enero de 2020 se decidió <i>“DECLARAR que se están cumpliendo las medidas provisionales decretadas, SE REQUIERE a los obligados para que dentro de los 10 primeros días del mes de marzo remitan informe ejecutivo sobre las actividades adelantadas en cumplimiento de las dos medidas cautelares [2 y 4] que se encuentran pendientes de acatamiento, de conformidad con lo señalado en las consideraciones”.</i></p>
<p><i>“3.- Como quiera que según lo que consta en el proceso, el Ministerio de Salud ha realizado un estudio parcial, esto es sobre las veredas San José de Ariporo, Montañas de Totumo, La Hermosa y la Esmeralda, deberán actualizarse.</i></p>	<p>En el auto 9 de enero de 2019 el a quo, con base en los informes allegados por el MINSALUD, REDSALUD, el Municipio y el Departamento, al referirse a lo ordenado <i>“En el numeral 1 y 3 del ordinal tercero del fallo (...)”</i> indicó que <i>“Según los informes rendidos las gestiones y la actualización fueron ejecutadas. Por ende, se declararán cumplidas”.</i></p> <p>En efecto, el a quo resolvió <i>“SEGUNDO: DECLARAR <u>cumplidas</u> por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo las medidas cautelares dispuestas en los numerales y 1 3 del ordinal tercero de la parte resolutive del fallo proferido por esta Corporación el 30 de octubre de 2017”.</i></p>
<p><i>“4.- Y finalmente, el estudio deberá indicar las actividades</i></p>	<p>Con base en las mismas consideraciones frente a la medida provisional del numeral 2 del ordinal</p>

<p>presupuestales, administrativas, locativas y demás que se requieren para garantizar el servicio de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo en la forma prevista en la Constitución y en la ley.</p>	<p>tercero, frente al numeral 4 resolvió “TERCERO: DECLARAR <u>parcialmente</u> cumplidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo las medidas cautelares dispuestas en los numerales 2 y 4 del ordinal tercero de la parte resolutive del fallo proferido por esta Corporación el 30 de octubre de 2017” y procedió a hacer los requerimientos que dichas medidas comportan.</p> <p>En el auto de 20 de enero de 2020 se decidió “DECLARAR que se están cumpliendo las medidas provisionales decretadas, SE REQUIERE a los obligados para que dentro de los 10 primeros días del mes de marzo remitan informe ejecutivo sobre las actividades adelantadas en cumplimiento de las dos medidas cautelares [2 y 4] que se encuentran pendientes de acatamiento, de conformidad con lo señalado en las consideraciones”.</p>
<p><u>“Mientras se adoptan las medidas definitivas, Red Salud Casanare, en el término de 20 días contados a partir de la notificación de esta sentencia, deberá:</u></p> <p>“a. Implementar un plan de mejoramiento sobre citas, estableciendo un sistema que permita atenderlas durante las 24 horas al día pues la salud es un servicio público permanente y no está sujeto a horarios sino a las necesidades que se requieren.</p>	<p>En el auto del 28 de julio de 2018, el a quo señaló, con base en los informes allegados por REDSALUD que “2.- El análisis del citado informe permite establecer que las indicadas en los literales a y b se están cumpliendo, si se tiene en cuenta que con relación al año 2017 se incrementó la contratación de personal y con ello la atención mejoró, pues hubo más asignación de citas en los diferentes servicios que se prestan en el Hospital de Paz de Ariporo, además se está prestando el servicio de urgencias y hospitalización las 24 horas del día”, en virtud de lo cual resolvió “SEGUNDO: DECLARAR <u>cumplidas</u> igualmente las medidas dispuestas en los literales a y b del ordinal tercero de la parte resolutive de la sentencia mencionada, conforme a lo señalado en las consideraciones”.</p>
<p>“b. Igualmente deberá poner en funcionamiento un sistema que permita acceder de manera eficaz al servicio público de salud de la totalidad de la población urbana y rural de las veredas objeto de la presente acción popular.</p>	
<p>“c. Y realizar las adecuaciones locativas urgentes de mantenimiento y remodelación de la infraestructura de la I.P.S. Centro de Salud Urbano de Paz de Ariporo “Jorge Camilo Abril Riaño” para mejorar el servicio dentro de un término de 6 meses contados a partir de la notificación de esta providencia.</p>	<p>En el auto del 28 de julio de 2018, el a quo señaló “En relación con la medida cautelar indicada en el literal c, se encuentra que se allegó el informe ejecutivo resultante del contrato de consultoría 1350 de 2017, según el cual, en resumen, las actuales instalaciones del Hospital de Paz de Ariporo presentan problemas estructurales debido a la mala calidad de los materiales con los que fueron construidas,</p>

“El Ministerio de Salud, el departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo deberán presentar a esta Corporación informes periódicos cada 2 meses sobre las medidas aquí dispuestas, la primera el 15 de enero de 2018 y así sucesivamente”.

además no cumple con las normas de sismo resistencia y se recomendó demolerlo y realizar uno nuevo.

“Sin embargo, el informe presentado no refleja ninguna actividad para dar cumplimiento a esa medida, que como se señaló se refiere específicamente a la REALIZACIÓN de las adecuaciones locativas urgentes de mantenimiento y remodelación de la infraestructura actual de la I.P.S. Centro de Salud Urbano de Paz de Ariporo ‘Jorge Camilo Abril Riaño’, lo que demuestra que tal como lo indicó el accionante no se está cumpliendo.

“Ahora bien, como en el informe presentado el 25 de junio de 2018 (CD fl. 223), que es igual al allegado de manera física el 15 de marzo del año en curso, se indica que la infraestructura física está muy deteriorada y que los materiales con que fue construida no cumplían las normas técnicas, deberá informar en el mismo término las gestiones que ha realizado o esté ejecutando ante el municipio, el departamento y si es del caso la Nación – Ministerio de Salud, para subsanar esa situación”.

Posteriormente, en el auto del 20 de septiembre de 2018, el a quo indicó “a.- Es cierto, según el resultado del estudio de sismología, que esa construcción no cumple con la normatividad y por lo mismo debe demolerse.

“b.- Pese a lo anterior, no es posible desconocer que es allí donde actualmente la población de Paz de Ariporo recibe el servicio de atención médica y precisamente esa fue la razón por la que se decretó tal medida.

“c.- Aunque Red Salud Casanare se encuentre adelantando gestiones para la realización de estudios y diseños para la construcción del nuevo centro hospitalario, es lo cierto que esa es una medida de largo plazo y hasta tanto no se ejecute esta entidad debe velar porque la prestación del servicio de salud se preste en óptimas condiciones.

“d.- Debe agregarse que la medida se refiere únicamente a adecuaciones urgentes, por ende, no es de recibo el argumento de Red Salud Casanare en cuanto indica que como dicha sede de la IPS debe ser demolida, no puede invertir presupuesto en ella, máxime cuando en el Diagnóstico de Vulnerabilidad Sísmica se señala que antes de demoler debe construirse la nueva

	<p>edificación para no afectar el servicio médico.</p> <p><i>“e.- Para el juez popular es absolutamente claro que no puede librar órdenes para que se despilfarran recursos estatales, ni podrá atribuirse ese alcance al fallo y los autos que desarrollan las cautelas; identificada la tensión entre la protección del patrimonio público y la prestación de un servicio que debe satisfacer derechos documentales, el juez fija y enfatiza el fin: preservar la continuidad de su prestación en condiciones seguras, dignas y acordes con los estándares técnicos vigentes; el administrador debe ponderar el medio, de una manera que remueva los obstáculos con los trabajos urgente, únicamente, para lograr el fin, sin perder de vista los resultados de los estudios que ya encomendó. Tan inadmisibles invertir para perder, como no hacer nada hasta cuando se tenga con qué construir nueva sede”.</i></p> <p>En el auto 9 de enero de 2019 el a quo advirtió que esta medida <i>“Se declaró <u>cumplida</u> por auto del 29 de octubre de 2018 folios 316 a 319 vuelto”.</i></p>
<p><i>“CUARTO: para garantizar los derechos colectivos a la salubridad pública, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios, DISPONER, a título de <u>medida definitiva</u>, que el departamento de Casanare, Red Salud Casanare y el municipio de Paz de Ariporo ejecuten las medidas resultantes del estudio indicado en el ordinal anterior en virtud de los principios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad, a más tardar en el término de 1 año contado a partir de la culminación del término otorgado para la realización de los estudios; y <u>en caso de que sea apelada la sentencia, dentro del año siguiente a su ejecutoria</u>” (subrayado fuera del texto).</i></p>	

En virtud de lo anterior, observa la Sala que no existe prueba de que hayan desaparecido todas las situaciones que en la demanda se cuestionan como deficiencias en las condiciones de la prestación del servicio público de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo, sin perjuicio de que las entidades demandadas hayan culminado con el cumplimiento de algunas de las medidas provisionales impartidas por el *a quo*.

Asimismo, las medidas que el *a quo* denominó “*definitivas*” y que persiguen conjurar las referidas deficiencias en el plano territorial, no han tenido todavía ninguna eficacia, no solo porque su obligatoriedad fue condicionada en la sentencia impugnada a que esta Corporación las confirmara en sede de los recursos de apelación interpuestos, sino también porque las medidas “*provisionales*” contenidas en los numerales 2 y 4 del ordinal tercero de dicha sentencia, necesarias para la efectividad ulterior de las “*definitivas*”, están siendo paulatinamente cumplidas, sin que aún se hayan satisfecho.

A lo dicho vale la pena agregar que el cumplimiento de algunas medidas “*provisionales*” que impartió la sentencia impugnada acarreó la comprobación de situaciones no contempladas en la demanda y que también pueden amenazar y/o vulnerar algunos de los derechos colectivos invocados en ella, según se explicará más adelante.

En efecto, en el informe ejecutivo rendido con ocasión del contrato de consultoría número 1350 de 23 de junio de 2017⁴⁵, suscrito entre el departamento de Casanare y la sociedad Técnicas Colombianas de Ingeniería SAS, que tuvo por objeto “*realizar estudio patológico, diagnóstico de vulnerabilidad sísmica, evaluación y reforzamiento estructural para el Hospital (...) Local del municipio de Paz de Ariporo (...) en el departamento de Casanare*”, se advirtió que las actuales instalaciones del Hospital de Paz de Ariporo presentan problemas estructurales, debido a la mala calidad de los materiales con los que fueron construidas, además de que no cumplen con las normas de sismo resistencia.

Así las cosas, se evidencia que persiste el objeto del medio de control incoado, lo cual no obsta para que en el estudio de fondo se haga referencia a las situaciones que, aunque el *a quo* haya considerado superadas, ameritan que la Sala las incluya en ese estudio en orden a establecer, en el contexto del caso, el alcance

⁴⁵ <https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=17-15-6636916>

de los derechos colectivos amenazados y/o vulnerados como consecuencia de dichas situaciones.

3. Los motivos de la apelación

Advierte la Sala que el *a quo* accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda en la medida en que, si bien amparó los derechos colectivos invocados en ella, no impartió todas las órdenes que la Personería pretendía.

Ahora bien, en la apelación del MINSALUD, el departamento y REDSALUD no se cuestiona la veracidad de los hechos que se reprochan en la sentencia impugnada sino, en el caso de las dos primeras, que las órdenes impartidas por el *a quo* no son de su competencia y, en el caso de la última, que, tratándose de esas mismas órdenes, las referidas al estudio sobre las necesidades en salud en el municipio de Paz de Ariporo requieren de la vinculación de las EPS que hacen parte de la red privada en dicha entidad territorial, así como también que la prestación del servicio de salud se realiza bajo la razonabilidad del desarrollo y recursos disponibles.

De acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación⁴⁶, el juez de segunda instancia debe abordar el estudio de los derechos e intereses colectivos cuya amenaza y/o vulneración encuentre acreditada, así como también de aquellos que se plantean en la demanda como transgredidos por los hechos invocados, todo con el objeto de proteger en mejor medida tales derechos. En el presente caso la Sala encuentra mérito para abordar en esta instancia el análisis de derechos colectivos distintos de los invocados en la demanda, según se desprende de lo acreditado en el proceso y que se analizará más adelante.

4. Los derechos colectivos amenazados y/o vulnerados en el proceso y la responsabilidad que respecto de ellos les incumbe a las partes demandadas

⁴⁶ Esta Corporación, en materia de acciones populares, ha señalado que cuando el juez de segunda instancia advierta o encuentre probada una vulneración de los derechos colectivos o una deficiente protección por parte del juez de primera instancia, debe apartarse de lo planteado en el recurso de apelación y proferir un fallo más allá o por fuera de lo pedido, con el objetivo de proteger en la mejor medida posible los derechos constitucionales afectados y siempre que se guarde relación con el hecho generador del daño planteado en la demanda y en términos generales con la *causa petendi*. Sala Especial de Decisión 6. Sentencia de 5 de junio de 2018 [Radicado 15001-33-31-001-2004-01647-01(SU) (REV-AP)]. MP: Carlos Enrique Moreno Rubio; y Sección Tercera. Sentencia de 16 de mayo de 2007 [Radicado 25000-23-25-000-2003-01252-02(AP)]. MP: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

4.1. Aspectos generales del juicio de responsabilidad por la amenaza y/o vulneración de derechos e intereses colectivos

Antes de abordar el análisis del contenido de cada uno de los derechos e intereses colectivos invocados en la demanda, es importante hacer una aproximación introductoria al juicio que atañe a la responsabilidad derivada de su amenaza o vulneración, el cual requiere, no solo de la convergencia de los supuestos o requisitos que la jurisprudencia⁴⁷ ha colegido de los artículos 9 y 14 de la Ley 472 de 1998⁴⁸, sino también que estos aparezcan demostrados de manera idónea. Los referidos requisitos son los siguientes:

- **Una acción u omisión de la parte demandada**

En relación con este primer requisito, vale destacar que, cuando se trata de la omisión de autoridades públicas, la amenaza y/o vulneración de los derechos e intereses colectivos cabe endilgársela a la autoridad cuyas funciones están vinculadas a su protección⁴⁹, en cuyo contexto, si el medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos se dirige contra una autoridad sin ninguna competencia para velar por su defensa, esa circunstancia devendrá tanto en la imposibilidad de imputarle a esta última la amenaza y/o vulneración respectiva, como en que el juez no pueda acceder a las pretensiones de la demanda por ausencia de legitimación material en la causa por pasiva⁵⁰.

No está de más indicar que el análisis de responsabilidad por la amenaza y/o vulneración de derechos e intereses colectivos se circunscribe al marco

⁴⁷ Corte Constitucional. Sentencia T-235/11. MP. Luis Ernesto Vargas Silva; Sección Primera. Sentencias de 3 de agosto de 2006 [Radicado 68001-23-15-000-2002-01106-01(AP)]. MP. Rafael E. Ostau de Lafont Pianeta; 18 de marzo de 2010 [Radicado 25000-23-25-000-2004-01513-01(AP)], 28 de marzo de 2014 [Radicado 25000-23-27-000-2001-90479-01(AP)] y 5 de marzo de 2015 [Radicado 15001-23-33-000-2013-00086-01(AP)]. MP. Marco Antonio Velilla Moreno; 11 de agosto de 2016 [Radicado 17001-23-33-000-2012-00309-01(AP)] y 8 de junio de 2017 [Radicado 88001-23-33-000-2014-00040-01] y 19 de julio de 2018 [Radicado 76001-23-31-000-2011-00212-01(AP)]. MP. Roberto Serrato Valdés; Sección Tercera. Subsección A. Sentencia de 27 de enero de 2016 [Radicado 76001-23-31-000-2010-01987-01(AP)]. MP. Hernán Andrade Rincón.

⁴⁸ “Ley 472/98. Artículo 9. Procedencia de las acciones populares. Las acciones populares proceden contra toda acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares, que hayan violado o amenacen violar los derechos e intereses colectivos”.

“Ley 472/98. Artículo 14. Personas contra quienes se dirige la acción. La Acción Popular se dirigirá contra el particular, persona natural o jurídica, o la autoridad pública cuya actuación u omisión se considere que amenaza, viola o ha violado el derecho o interés colectivo. En caso de existir la vulneración o amenaza y se desconozcan los responsables, corresponderá al juez determinarlos”.

⁴⁹ Sección Tercera. Sentencia de 22 de noviembre de 2001 [Radicado 25000-23-24-000-2000-0097-01(AP-264)]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

⁵⁰ Sección Quinta. Sentencias de 14 de junio de 2002 [Radicado 25000-23-25-000-2001-0128-01(AP-447)] y 13 de septiembre de 2002 [Radicado 13001-23-31-000-2000-9008-01(AP-575)]. MP. Darío Quiñones Pinilla.

competencial de esas autoridades⁵¹, razón por la cual, si la regulación del respectivo derecho le atribuye a una o más de ellas competencias asociadas con su protección en forma concurrente, coordinada y subsidiaria, será preciso determinar cómo incide esa eventual interrelación en la configuración de este primer requisito⁵².

Lo anterior tiene fundamento en los artículos 209 y 288 de la Constitución Política de 1991 que establecen, respectivamente, los deberes de las autoridades administrativas de coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado⁵³ y el ejercicio de las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales de conformidad con la tríada de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad⁵⁴ en los términos que establezca la ley⁵⁵.

⁵¹ Sección Primera. Sentencia de 5 de marzo de 2015 [Radicado 15001-23-31-000-2012-00074-01(AP)]. MP. María Claudia Rojas Lasso.

⁵² A modo de ejemplo de la incidencia de dicha interrelación, en una acción popular en la que se vieron comprometidos los tres (3) principios, esta Corporación si bien reconoció la responsabilidad en cabeza de un municipio carente de presupuesto, en orden a evitar que el fallo fuese inocuo y *non liquet*, extendió dicha responsabilidad al departamento del que aquel hacía parte, advirtiendo que así procedía no para castigarle incuria o negligencia alguna sino para blindar la decisión sustancial con el fin de que se cumplieran los referidos principios constitucionales. Sección Primera. Sentencia de 17 de noviembre de 2017 [Radicado 05001-23-33-000-2014-00498-02(AP)]. MP. María Elizabeth García González. Este planteamiento ha llevado a la misma Sección a aplicar la tríada de principios para coadyuvar a los municipios en búsqueda de la satisfacción de los cometidos que les competen, dictando específicas ordenes, en el marco de las funciones que el ordenamiento jurídico prevé, no solo respecto de los departamentos sino de otras autoridades del Estado, como las corporaciones autónomas regionales. Ver entre otras: Sección Primera. Sentencias de 8 de febrero de 2018 [Radicados 68001-23-31-000-2010-00835-01(AP) y 85001-23-33-000-2015-00146-01(AP)]. MP. Hernando Sánchez Sánchez y Roberto Augusto Serrato, respectivamente, y 19 de julio de 2018 [Radicado 76001-23-31-000-2011-00212-01(AP)]. MP. Roberto Augusto Serrato.

⁵³ Desde antaño la Corte Constitucional ha indicado que cuando una norma constitucional se refiera al “Estado”, y le imponga un deber, o le confiera una atribución, debe entenderse *prima facie* que la norma constitucional habla genéricamente de las diversas autoridades estatales, puesto que el Estado, como ente abstracto, representa a todos los colombianos y a las distintas autoridades. Sobre el particular pueden consultarse las sentencias T-445/16. MP. Jorge Iván Palacio Palacio, C-066/99, C-272/98 y C-221/97. MP. Alejandro Martínez Caballero, entre otras. Lo anterior sin perjuicio de que el mismo tribunal, en otras oportunidades, como en la sentencia C-628/03. MP. Jaime Araujo Rentería, en un contexto específico –*la propiedad del subsuelo y los recursos no renovables*–, le dio ese mismo alcance al concepto de “Nación”, indicando que esta y el Estado debían tomarse como palabras equivalentes.

⁵⁴ De acuerdo con la posición de la Corte Constitucional en las sentencias C-1051/01. MP. Jaime Araujo Rentería y C-983/05. MP. Humberto Antonio Sierra Porto, el principio de subsidiariedad implica la posibilidad de una entidad territorial de apelar a niveles superiores (*en el caso del municipio al departamento y/o la Nación*), para que éstos asuman el ejercicio de sus competencias cuando no pueda ejercer determinadas funciones en forma independiente y es el principio que con mayor intensidad se relaciona con el tema de la descentralización.

⁵⁵ Tratándose de la coordinación, concurrencia y subsidiariedad, según lo reconoció la Corte Constitucional en la sentencia C-983/05. MP. Humberto Antonio Sierra Porto, su condición de principios comporta que estén lejos de poder ser descritos de modo definitivo y exhaustivo, sin perjuicio de que tanto su aplicación práctica como las tensiones y conflictos que plantean hayan llevado a la jurisprudencia a sentar criterios para su interpretación. En la misma oportunidad, dicho tribunal admitió también que la distribución de competencias entre la nación y las entidades territoriales constituye una materia compleja que involucra intereses muchas veces contrapuestos, motivo por el cual se trata de un asunto incompleto y en permanente proceso de elaboración.

Sobre este punto vale la pena advertir que, en el marco del referido ejercicio de competencias, la remisión que hizo la Constitución de 1991 a la ley condujo al legislador⁵⁶ a hacer prevalecer la esencia de esa tríada de principios en la descentralización territorial, como sucedió, a modo de ejemplo, en el caso de los municipios y distritos⁵⁷ con la Ley 136 de 1994⁵⁸, sin perjuicio de que posteriormente fueran agregados otros principios⁵⁹ vertidos en la Ley 1551 de 2012 que modificó dicha normativa y también incorporados en la Ley 1454 de 2011⁶⁰ para el caso de la Nación, las entidades territoriales y las figuras de integración territorial.

Además, la Ley 136 de 1994 también vinculó el ejercicio de las competencias de los municipios y distritos a los principios establecidos en la ley de distribución de recursos y competencias que desarrolla el artículo 356 de la Constitución Política⁶¹, esencialmente la Ley 715 de 2001⁶², que creó el “*Sistema General de Participaciones (SGP)*”, sin perjuicio de las competencias que interesarán de modo particular en el presente caso establecidas en materia de la prestación del servicio público de salud, tanto por la Ley 100 de 1993⁶³ en el marco del “*Sistema General*

⁵⁶ Con anterioridad a la Constitución de 1991, el artículo 3 de la Ley 10/90 estableció que servicio público de salud se regía, entre otros principios, por los de subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.

⁵⁷ De acuerdo con el artículo 195 de la Ley 136/94 “*En cuanto no pugne con las leyes especiales, la presente Ley se aplicará a los distritos*”. Sin perjuicio de lo anterior, la Ley 136/94 establece aspectos que resultan distintos para el caso de los municipios y distritos, como sucede, por ejemplo, con las competencias de los Distritos que, en materia de prestación de servicios de salud, correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación, de acuerdo con el artículo 45 *ibidem*.

⁵⁸ “*Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios*”.

⁵⁹ La Ley 1454/11 se refirió a los principios de “*coordinación*”, “*conurrencia*”, “*subsidiariedad*”, “*complementariedad*”, “*eficiencia*”, “*equilibrio entre competencias y recursos*”, “*gradualidad*” y “*responsabilidad*”, al tiempo que la Ley 1551/12 reprodujo la mayoría de esos mismos principios – con excepción de la gradualidad –, añadió el de “*participación*” y redefinió el de “*responsabilidad y transparencia*”.

⁶⁰ “*Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones*”.

⁶¹ En virtud de esta norma constitucional fue creado el Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios, para efecto de atender los servicios a cargo de estos y a proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. De acuerdo con el artículo 356 de la Constitución Política, la ley debe señalar los casos en los cuales la Nación podrá concurrir a la financiación de los gastos en los servicios que sean señalados por la ley como de competencia de los departamentos, distritos y municipios, teniendo en cuenta los principios de solidaridad, complementariedad y subsidiariedad.

⁶² “*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*”. Vale la pena advertir que, en materia de salud, de acuerdo con la exposición de motivos de la que se convirtió después en la Ley 715/01, el legislador tuvo el propósito principal de “*(...) clarificar las competencias y responsabilidades de cada entidad territorial y asignar los recursos con criterios verificables de eficiencia y equidad, que permitan aplicar mecanismos de reconocimiento o castigo de acuerdo con la gestión*”.

⁶³ El artículo 152 de la Ley 100/93, en el marco del SGSSS, señala que “*Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los*

de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”, como por la Ley 10 de 1990⁶⁴ en el contexto del “Sistema de Salud”.

Téngase presente también que, tratándose del medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos, la finalidad implícita del artículo 88 de la Constitución Política y de la Ley 472 de 1998 es que las autoridades antedichas ejerzan efectivamente sus competencias –*si lo que se reprocha son sus omisiones*– o que cesen y/o adecúen su conducta –*si lo que se cuestiona son sus acciones*–. De hecho, aún si se diera una situación en la que, por razones justificadas, una o varias autoridades no hayan podido proteger de ninguna manera o incluso de forma satisfactoria los derechos colectivos vinculados a sus funciones, ello no significa que, en tales casos, aquellas puedan invariablemente desentenderse del cumplimiento individual y/o coordinado de tales funciones.

Precisamente, frente a las autoridades cuyas funciones estén vinculadas con la protección de los derechos e intereses colectivos, la acción u omisión que se reprocha y permite deducir su responsabilidad por la amenaza y/o vulneración de aquellos es la que se aparta de la medida razonable de sus posibilidades, lo cual puede plantear eventualmente diversas valoraciones frente a la oportunidad inmediata o progresiva en la que cada autoridad ejerce sus funciones individual y/o coordinada o concurrentemente con otra(s).

Así, por ejemplo, de acuerdo con la jurisprudencia, lo exigible es que las autoridades con competencias vinculadas a la protección de los derechos e intereses colectivos actúen de oficio⁶⁵, sin que para el ejercicio de tales competencias se requiera que la ciudadanía esté informándoles de las situaciones particulares en las que tales derechos se ven amenazados y/o vulnerados⁶⁶. Lo

aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley” (subrayado fuera del texto). Dentro de ese contexto, debe indicarse que la Ley 715/01 –*que reguló el SGP*– derogó la Ley 60/93 –*que reguló el “Situado Fiscal”*–, normativas ambas que desarrollaron los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política; y que la Ley 10/90 estableció responsabilidades en la dirección y prestación de servicios de salud.

⁶⁴ “*Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”. De acuerdo con esta Corporación “(...) lo relacionado con el tema de la Seguridad Social en Salud a nivel territorial estaba reglamentado por la Ley 10 de 10 de enero de 1990, que fue expresamente modificada por la Ley 60 de 12 de agosto de 1993 (...) que a su vez fue derogada por el artículo 113 de la Ley 715 de 2001” (subrayado fuera del texto). Sección Primera. Sentencia de 15 de marzo de 2018 [Radicado 11001-03-24-000-2009-00204-00]. MP. Hernando Sánchez Sánchez.

⁶⁵ Sección Primera. Sentencia de 24 de mayo de 2001 [Radicado 13001-23-31-000-2000-0007-01(AP-074)]. MP. Alejandro Ordóñez Maldonado.

⁶⁶ Así, por ejemplo, desde el año 2007, en el seno de la Sección Primera de esta Corporación, el criterio reiterado ha sido considerar que la omisión del deber de recuperación del espacio público

dicho demanda un monitoreo constante o fiscalización permanente de la realidad a cargo de las entidades competentes, dentro de un marco de razonabilidad y proporcionalidad⁶⁷, pues tampoco cabe imponer a la Administración obligaciones imposibles de cumplir por razones técnicas, jurídicas, económicas o sociales.

Aun cuando pudiera discutirse que en ese marco competencial la acción u omisión de una entidad pública que amenaza o vulnera derechos colectivos involucra un reproche implícito a dichas conductas, para efectos de su protección, mal haría el juez popular en adentrarse en los escollos que emergen de los títulos de imputación⁶⁸ que fundamentan la atribución de los daños antijurídicos en la responsabilidad patrimonial del Estado, puesto que lo que aquel debe garantizar es que el contenido del derecho colectivo no peligre o sea restaurado, para lo cual le bastará con establecer si, en la medida de las posibilidades de dichas entidades, están siendo o fueron cumplidas sus competencias vinculadas con la protección de los derechos colectivos de que se trate.

no requiere que los ciudadanos les informen a las autoridades municipales sobre situaciones que estén vulnerando dicho derecho colectivo. Véase: Sección Primera. Sentencia de 15 de febrero de 2007 [Radicado 25000-2326-000-2004-02596-01(AP)]. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁶⁷ En la sentencia de la Sección Primera de 26 de marzo de 2015 [Radicado 15001-23-31-000-2011-00031-01(AP)]. MP. Guillermo Vargas Ayala], se incluyeron algunos antecedentes jurisprudenciales que ilustran el punto que se analiza: • en la sentencia de la Sección Primera de 10 de octubre de 2012 [Radicado 17001-23-31-000-2010-00326-01(AP)]. MP. María Claudia Rojas Lasso] se aludió a un caso en el que se presentaba un problema de inestabilidad de suelos en una localidad, agravados por la realización de obras y el rompimiento de unas redes de acueducto y alcantarillo, situación que pese a estar debidamente identificada y presentarse ante los ojos de la comunidad, no fue solucionada oportunamente por parte de las autoridades responsables; • en la sentencia de la Sección Quinta de 4 de junio de 2001 [Radicado 44001-23-31-000-2000-0421-01(AP-066)]. MP. Darío Quiñones Pinilla] se hizo referencia a un caso en el que se presentaba una red rústica que no llenaba los requisitos técnicos señalados en la regulación vigente que ponía en riesgo la seguridad colectiva, por lo que se impuso la obligación de reponer la red existente por otra idónea y segura y de adoptar medidas de capacitación para prevenir la ocurrencia de desastres en el sitio donde acontecía dicha situación; y • en la sentencia de la Sección Primera de 23 de mayo de 2013 [Radicado 15001-23-31-000-2010-01166-01. MP. Guillermo Vargas Ayala] se referenció un caso en el que se incumplían los mandatos de adecuación de instalaciones y puntos de servicios a las necesidades de la población sorda y sordo-ciega impuestos por la Ley 982/05, dada la falta de las señales luminosas y auditivas exigidas, lo que se traducía en un riesgo elevado y justificado para dicha población en caso de llegar a presentarse una emergencia o desastre natural.

⁶⁸ En la sentencia de la Sección Quinta de 26 de julio de 2002 [Radicado 25000-23-25-000-2001-0544-01(AP-520)]. MP. Darío Quiñones Pinilla] se indicó: “(...) en el juicio de imputación de responsabilidad por omisiones administrativas que se efectúa en las acciones populares no se evalúa la causa del daño (títulos de imputación que derivan responsabilidad subjetiva u objetiva) sino el daño mismo, por dos razones principales. De un lado, porque la acción popular no tiene un contenido indemnizatorio sino que busca prevenir, restituir las cosas a su estado anterior y hacer cesar la amenaza o vulneración de los derechos afectados. De hecho, aunque si bien es cierto que el artículo 34 de la Ley 472 de 1998 dispone que la sentencia podrá condenar al pago de perjuicios en forma in genere, no debe olvidarse que ese pago no puede desligarse del objeto de la acción popular (artículo 2º de esa normativa), por lo que debe entenderse que esa condena se efectúa cuando con esos recursos la entidad pública a cuyo favor se ordena puede restituir las cosas a su estado anterior o para cubrir los costos que debe invertir como consecuencia de la afectación de los derechos colectivos” (subrayado fuera del texto).

En el caso de los particulares⁶⁹, o inclusive de las autoridades cuyas funciones no tengan ninguna vinculación misional con el derecho e interés colectivo del caso concreto de que se trate, serán primordialmente sus acciones las que justifiquen que el juez ordene que estas cesen y/o que se adopten medidas restaurativas cuando se determine que aquellas lo amenazan y/o vulneran. Esto, sin perjuicio de que, dependiendo de la regulación respectiva, pueda deducirse que sus omisiones también amenazan y/o vulneran dichos derechos cuando respecto de los particulares alguna norma jurídica establezca la obligación de adoptar específicas conductas.

No sobra indicar que, en el caso del derecho colectivo relacionado con la moralidad administrativa, su propia fenomenología exige que, frente a la acción u omisión que lo amenaza y/o vulnera, se encuentren acreditados no solo los elementos objetivo y subjetivo a los que se ha referido la jurisprudencia de esta Corporación⁷⁰, sino también una causalidad entre estos.

- **Un daño contingente, peligro, amenaza, vulneración o agravio de derechos o intereses colectivos**

La protección de los derechos e intereses colectivos amenazados y/o vulnerados exige que el juez popular constate la posibilidad real de daños contingentes y/o la existencia de daños causados a dichos derechos, lo que demanda la tarea de desentrañar el contenido de cada derecho colectivo en orden a determinar, con base en su variada fenomenología, cómo estos pueden resultar afectados. Buena parte de esa labor pasa por la definición y regulación que de tales derechos realicen la Constitución Política, las leyes y los tratados internacionales que vinculen a Colombia, según lo prescribe el artículo 4 de la Ley 472 de 1998, aspectos que permiten establecer la existencia de una amenaza y/o vulneración del derecho que corresponda.

⁶⁹ La Sección Primera sostuvo que los particulares tienen el deber de contribuir – corresponsabilidad – a la prevención de las situaciones que puedan afectar sus derechos colectivos, absteniéndose de adelantar cualquier actuación que los exponga a un mayor peligro. Sección Primera. Sentencias de 22 de febrero de 2018 [Radicado 17001-23-31-000-2011-00220-01(AP)], 15 de noviembre de 2018 [Radicado 66001-23-33-000-2013-00070-02(AP)], 3 de diciembre de 2018 [Radicado 76001-23-31-000-2011-01493-01], 16 de mayo de 2019 [Radicado 17001-23-33-000-2017-00452-01(AP)] y 26 de septiembre de 2019 [Radicado 68001-23-33-000-2016-00592-01(AP)]. MP. Hernando Sánchez Sánchez.

⁷⁰ Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de 1 de diciembre de 2015 [Rad. 11001-33-31-035-2007-00033-01]. MP. Luis Rafael Vergara Quintero. La magistrada ponente de esta decisión aclaró su voto en esa oportunidad.

No sobra recordar que, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación⁷¹, mientras no se haya producido su reconocimiento legal, no puede considerarse que un interés determinado, así tenga carácter general, revista la naturaleza de colectivo, razón por la cual, la primera condición para que puedan predicarse daños respecto de derechos colectivos estriba en que estos, reuniendo las características propias del interés colectivo, estén reconocidos como tales por la Constitución Política, las leyes o los tratados internacionales.

En relación con el alcance de este requisito, la jurisprudencia de esta Corporación ha indicado que el peligro o amenaza no es el que proviene de todo riesgo normal de la actividad humana⁷² y que corresponderá al juez determinar si se encuentran acreditados hechos fehacientes y cercanos de la existencia real de una conducta de acción o de una omisión, que de manera razonable sea indicativa de la posibilidad casi inmediata del daño contingente o de la efectiva y/o persistente vulneración a derechos e intereses colectivos⁷³.

En el caso del daño contingente, la jurisprudencia⁷⁴ ha destacado no solo que debe provenir de hechos concretos y no hipotéticos que amenacen derechos e intereses colectivos, concreción que precisamente le permite al juez popular ordenar la cesación de una conducta, si se trata de acciones, o su realización, si se trata de omisiones; sino además que puede originarse como consecuencia de conductas que dejen entrever la posibilidad de su ocurrencia.

A su turno, la doctrina⁷⁵ ha señalado que, por tratarse de un daño no causado, lo que se busca es evitarlo, al detectarse situaciones de peligro, o inclusive, cuando por la fenomenología del derecho colectivo de que se trate, los efectos lesivos del daño se manifiestan paulatinamente con el transcurso del tiempo, lo que se persigue es obstaculizar su producción en ese período.

⁷¹ Sección Tercera. Sentencias de 29 de junio de 2000 [Radicado AP-001]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez; y 15 de julio de 2004 [Radicado 25000-23-26-000-2002-01834-01(AP)]. MP. Germán Rodríguez Villamizar.

⁷² Sección Primera. Sentencias de 3 de agosto de 2006 [Radicado 68001-23-15-000-2002-01106-01(AP)]. MP. Rafael E. Ostau de Lafont Pianeta; 18 de marzo de 2010 [Radicado 25000-23-25-000-2004-01513-01(AP)], 28 de marzo de 2014 [Radicado 25000-23-27-000-2001-90479-01(AP)] y 5 de marzo de 2015 [Radicado 15001-23-33-000-2013-00086-01(AP)]. MP. Marco Antonio Velilla Moreno; 11 de agosto de 2016 [Radicado 17001-23-33-000-2012-00309-01(AP)] y 19 de julio de 2018 [76001-23-31-000-2011-00212-01(AP)]. MP. Roberto Augusto Serrato Valdés.

⁷³ Sección Tercera. Sentencia de 12 de julio de 2001 [Radicado 73001-23-31-000-2000-1339-01(AP-101)]. MP. María Elena Giraldo Gómez.

⁷⁴ Sección Quinta. Sentencia de 23 de enero de 2003 [Radicado 25000-23-25-000-2001-9305-01(AP-335)]. MP. Mario Alario Méndez.

⁷⁵ GARRIDO CORDOBERA, Lidia M.R. Los daños colectivos. 1 Ed. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá. 2009. p. 188.

Recuérdese que la tarea del juez popular en materia de prevención del daño contingente siempre expondrá la contraposición entre el interés colectivo que se busca proteger y el interés de la persona a quien pueda imputársele peligro, contexto en cuyo seno el alcance de dicha prevención podrá variar dependiendo de la magnitud de la posible afectación del interés colectivo en juego, pues, de lo contrario, una óptica pragmática para todos los casos implicará indefectiblemente el riesgo de opresión de libertades individuales⁷⁶.

- **La relación de causalidad entre la acción u omisión y la afectación de los derechos e intereses colectivos**

El juez popular debe corroborar si los daños contingentes y/o causados tuvieron origen en la conducta de quienes fungen como demandados⁷⁷ en el respectivo proceso para que, solo en caso afirmativo, proteja los derechos e intereses colectivos dentro del campo de acción establecido en el artículo 34 de la Ley 472 de 1998.

En el caso de la relación causal entre la omisión y el daño, lo decisivo es que la omisión de la conducta debida, de haberse realizado, hubiera interrumpido el proceso causal impidiendo la producción del daño. Lo anterior, en el terreno del medio de control para la protección de derechos e intereses colectivos supone que la realización de la conducta omitida haya podido interrumpir el proceso causal impidiendo la vulneración de dichos derechos o impedir la configuración de una situación de peligro evitando su amenaza⁷⁸.

Vale la pena también insistir en que la definición y regulación que de dichos derechos e intereses colectivos realicen la Constitución Política, las leyes y los

⁷⁶ DE CUPIS, Adriano. El daño. Teoría general de la responsabilidad civil. Ed. Bosch. Barcelona. 1975. p. 575 y ss.

⁷⁷ La Corte Constitucional en la sentencia C-644/11 [MP. Jorge Iván Palacio Palacio] indicó: *“Acorde con el constitucionalismo occidental contemporáneo, las acciones populares proponen optimizar los medios de defensa de las personas frente a los poderes del Estado, de la administración pública propiamente dicha y de los grupos y emporios económicos de mayor influencia, por ser estos sectores quienes, en razón a su posición dominante frente a la mayoría de la comunidad, están en capacidad de afectar o poner en peligro el interés general. Desde esta perspectiva, las acciones populares parten del supuesto de que quienes las ejercen se encuentran en una situación de desigualdad”*.

⁷⁸ Tratándose del carácter preventivo de la acción popular, esta Corporación ha encontrado pertinente que se impartan recomendaciones, conminaciones, exhortaciones o en general cualquier otra decisión preventiva, las cuales no son enunciaciones con mero carácter retórico sino ordenes vinculante de obligatorio cumplimiento cuyo desobedecimiento acarrea la imposición de las sanciones de ley por desacato. Sección Primera. Sentencia de 15 de noviembre de 2012 [Radicado 25000-23-24-000-2011-00474 01]. MP. María Claudia Rojas Lasso.

tratados internacionales que vinculen a Colombia, puede entrañar valoraciones distintas⁷⁹ en torno a la acreditación de este tercer requisito.

5.2. Aspectos generales de los derechos e intereses colectivos cuya amenaza y/o violación se encuentra acreditada en el proceso

La Sala realizará inicialmente una delimitación respecto del contenido de cada uno de los derechos e intereses colectivos invocados en la demanda y, posteriormente, se explicará por qué se concluye que, salvo por el derecho relacionado con la moralidad administrativa, todos los demás fueron y/o persisten siendo amenazados y/o vulnerados y cuál(es) omisión(es) de la(s) demandada(s) son o fueron la causa de la respectiva amenaza y vulneración.

5.2.1. El derecho colectivo relacionado con la moralidad administrativa (*declarado vulnerado por el a quo*)

La jurisprudencia de la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo⁸⁰ de esta Corporación, en sede del mecanismo de revisión eventual, ha indicado que la delimitación conceptual de la “*moralidad administrativa*”, como derecho colectivo, no puede depender de la idea subjetiva de quien, frente a la actuación cuestionada, decide sobre la observancia, amenaza o vulneración de dicho derecho, sino que está relacionada con la intención o propósito que influye en esa actuación respecto de la finalidad de la ley.

Dentro del contexto antedicho, la Sala advirtió que, dada la imposibilidad de abarcar rigurosamente los supuestos que podrían presentarse frente a esa intención o propósito, en la determinación de la vulneración o no del derecho en cuestión servía considerar como parámetros la desviación de poder, el favorecimiento de intereses particulares alejados de los principios que fundamentan la función administrativa, la inobservancia grosera, arbitraria y alejada de todo sustento legal, la conducta antijurídica o dolosa –*en el entendido*

⁷⁹ Así sucede, por ejemplo, con los derechos relacionados con el medioambiente, en particular cuando se trata del daño ecológico puro en el que, según lo anota la doctrina española, la prueba del nexo causal puede constituir una auténtica prueba diabólica, dada la frecuente pluralidad de agentes contaminantes, la eventual lejanía entre la ubicación del agente lesivo y el lugar de producción de los efectos y la manifestación diferida en el tiempo de los daños o de su real alcance. LEÑERO BOHÓRQUEZ, Rosario. La relación de causalidad en la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas por daños ambientales. En: Medio Ambiente y Derecho. Revista Electrónica de Derecho Ambiental. N° 3 de noviembre de 1999. Universidad de Sevilla.

⁸⁰ Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de 1 de diciembre de 2015 [Radicado 11001-33-31-035-2007-00033-01]. MP. Luis Rafael Vergara Quintero. La magistrada ponente de la presente decisión aclaró su voto en esa oportunidad.

de que el servidor tiene la intención manifiesta y deliberada de vulnerar el mandato legal que rige su función—.

La misma Sala subrayó que la moralidad administrativa debe guiar el ejercicio de la función “*administrativa*”⁸¹, lo que implica un ejercicio acorde con el ordenamiento jurídico y las finalidades propias del cumplimiento de las funciones públicas, con total honestidad y transparencia. Asimismo, se refirió a los elementos que, en la medida en que se correlacionen, permiten acreditar la configuración de la amenaza o vulneración del referido derecho colectivo, es decir, el quebrantamiento del ordenamiento jurídico (*elemento objetivo*) en cualquiera de sus dos manifestaciones⁸² (*conexidad con el principio de legalidad y la violación de los principios generales del derecho*) y la inmoralidad de la acción u omisión del funcionario (*elemento subjetivo*).

También es importante indicar que esta Corporación, de vieja data⁸³, ha sostenido que la amenaza o vulneración del derecho a la moralidad administrativa puede, en algunos casos, comportar conjuntamente la de otros derechos colectivos, como sucede con la defensa del patrimonio público, también invocado por la Personería en este proceso; situación que ilustra, por regla general y dejando a salvo las

⁸¹ Sin perjuicio de la vinculación de la moralidad administrativa con la función “*administrativa*”, en la sentencia de unificación se indicó: “*La Sala Plena no desconoce que existen otros espacios donde tiene manifestación la moralidad, pero tratándose de la moralidad administrativa, la discusión surge al precisar en qué campo se expresa su violación, si es en el ámbito meramente personal del servidor como miembro de una sociedad o en el ámbito de la función administrativa, que es reglada. Si es en el primero, sería complejo determinar si puede darse la violación del derecho colectivo, en la medida en que éste está íntimamente ligado al ejercicio de la función pública, pero que, sin embargo, existe una regulación normativa que sigue al servidor aún por fuera del ejercicio de sus funciones administrativas. Si es en el segundo campo, se piensa que podría darse la violación del derecho colectivo teniendo una fuente extranormativa, en la medida, a título de ejemplo, en que no exista una regulación sobre alguna materia y el funcionario amparado y aprovechándose de ese ‘vacío normativo’ actúe de manera desviada o deshonesto, con el convencimiento de que no se le podrá imputar violación a la ley*”. Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de 1 de diciembre de 2015 [Rad. 11001-33-31-035-2007-00033-01]. MP. Luis Rafael Vergara Quintero.

⁸² La magistrada ponente de esta decisión aclaró su voto frente a la decisión de la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, considerando (i) que existen casos de inmoralidad en los cuales ni la norma positiva ni los principios llegan, pero la moralidad podrá hacerlo cuando se redefina perfectamente; (ii) que la moralidad administrativa no se reduce al ámbito de la función administrativa sino de la función pública; (iii) que por tratarse de de una revisión eventual de una acción popular, la sentencia de unificación debía fijar una postura clara y no realizar una enunciación de providencias proferidas en distintas épocas.

⁸³ Sección Tercera. Fallo de 17 de junio de 2001 [Rad. AP-166]. MP. Alier Hernández Enríquez. En esta oportunidad se indicó que “*De modo general, tal vez teóricamente pueda imaginarse un daño a la moralidad administrativa aislado de sus consecuencias; sin embargo, en la práctica, es difícil concebir un evento en que la administración se separe de los imperativos del principio de la moralidad sin afectar otros derechos colectivos como el de la defensa del patrimonio público, el de la libre competencia económica, el de la seguridad pública o el de la prevención de desastres técnicamente previsibles, entre otros*”.

excepciones del caso, una relación de conexidad, “inescindibilidad”⁸⁴ o de “causa-efecto”⁸⁵ entre aquellos, en cuanto atañe a su amenaza o vulneración, como sucede, por ejemplo, cuando se evidencia una falta de “absoluta honestidad y pulcritud”⁸⁶ en el manejo de los recursos públicos.

5.2.2. El derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público (declarado vulnerado por el a quo)

Al abordar la conceptualización de este derecho colectivo, esta Corporación desde tiempo atrás⁸⁷ ha indicado que el “patrimonio público” versa sobre todos los bienes, derechos y obligaciones sobre los cuales el Estado es titular del dominio, titularidad que no en todos los casos se equipara con la del derecho civil⁸⁸ – como sucede, por ejemplo, con los bienes de uso público⁸⁹ en los que se manifiesta una interconexión con la comunidad en general antes que con el Estado como ente administrativo, legislador o judicial. Asimismo, ha sostenido que la “defensa” de dicho patrimonio se expresa no solo en el mantenimiento de la integridad⁹⁰ de su contenido sino también en su administración y ejecución eficiente, transparente y responsable, de acuerdo con la respectiva normativa aplicable.

5.2.3. El derecho colectivo relacionado con la seguridad y salubridad públicas (declarado vulnerado por el a quo)

⁸⁴ Sección Tercera. Sentencia de 12 de octubre de 2006 [Radicado 15001-23-31-000-2004-00857-01(AP)]. MP. Ruth Stella Correa Palacio.

⁸⁵ Sección Quinta. Sentencia de 24 de julio de 2003 [Radicado 73001-23-31-000-2002-0636-01(AP-606)]. MP. Denise Duviau de Puerta; y Sección Tercera. Sentencia de 15 de agosto de 2007 [Radicado 88001-23-31-000-2005-00004-01(AP)]. MP. Ruth Stella Correa Palacio.

⁸⁶ Sentencias de la Corte Constitucional C-06/94 [MP. Eduardo Cifuentes Muñoz] y de la Sección Tercera del Consejo de Estado de 15 de abril de 2004 [Radicado 76001-23-31-000-2001-04017-01(AP)]. MP. Alier Hernández Enríquez.

⁸⁷ Sección Tercera. Sentencia de 31 de mayo de 2002 [Radicado 25000-23-24-000-1999-9001-01(AP-300)]. MP. Ligia López Díaz.

⁸⁸ Sección Tercera. Sentencias de 16 de febrero de 2001 [Radicado 16596]. MP. Alier Hernández Enríquez; 21 de febrero de 2007 [Radicado 25000-23-25-000-2004-00413-01(AP)]. MP. Mauricio Fajardo Gómez; y 21 de mayo de 2008 [Radicado 76001-23-31-000-2005-01423-01(AP)]. MP. Ramiro Saavedra Becerra.

⁸⁹ En la sentencia de 29 de noviembre de 2018 [Radicado 17001-23-33-000-2013-00372-01(AP)] esta Sala tuvo oportunidad de recordar la relación de “causa-efecto” o “género-especie” que la jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido en determinados eventos entre algunos derechos colectivos, como sucede, por ejemplo, entre la defensa del patrimonio público y la defensa de los bienes de uso público, sin perjuicio de la regulación autónoma que los mismos puedan tener. En el mismo sentido se puede consultar la sentencia de la Sección Tercera de 18 de junio de 2008 [Radicado 70001-23-31-000-2003-00618-01(AP)]. MP. Ruth Stella Correa Palacio.

⁹⁰ Sección Tercera. Sentencia de 21 de mayo de 2008 [Radicado 76001-23-31-000-2005-01423-01(AP)]. MP. Ramiro Saavedra Becerra.

De antaño esta Corporación⁹¹, con fundamento en la jurisprudencia constitucional⁹², ha indicado que los conceptos de seguridad y salubridad públicas se incorporan dentro las condiciones mínimas constitutivas del orden público y cuya efectividad exige que el Estado adelante una labor preventiva, específicamente, en el caso de la seguridad pública, en sí misma considerada, a través de la prevención permanente de los delitos, las contravenciones, los accidentes naturales y las calamidades humanas y, en el caso de la salubridad pública, mediante la prevención de factores patológicos que pongan en riesgo la vida, la salud o la integridad física de los ciudadanos.

Asimismo, al integrar ambos conceptos en la denominación del derecho colectivo en cuestión, señaló también que este se encuentra ligado al control y manejo de las situaciones de índole sanitario, para evitar que tanto dentro como fuera 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 las condiciones de salud y seguridad de los asociados.

5.2.4. El derecho colectivo relacionado con el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública (*declarado vulnerado por el a quo*)

Si bien este derecho colectivo incorpora dentro de su finalidad el concepto de salubridad pública, previamente referenciado, su contenido, de acuerdo con esta Corporación⁹³, gira en torno al conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una instalación y/o organización, en particular para la buena gestión de la salubridad pública, lo que implica, entre otros aspectos, la posibilidad que tienen las personas de acceder⁹⁴ o beneficiarse de los programas de salud preventivos, de rehabilitación y atención (*que componen en esencia una infraestructura de servicios*), buscando primordialmente disminuir el número de personas enfermas en un lugar específico y en un espacio de tiempo determinado.

⁹¹ Sección Tercera. Sentencia de 15 de julio de 2004 [Radicado 25000-23-26-000-2002-01834-01(AP)]. MP. Germán Rodríguez Villamizar.

⁹² Sentencia T-066/95. MP. Hernando Herrera Vergara.

⁹³ Sección Cuarta. Sentencia de 14 de noviembre de 2002 [Radicado 25000-23-24-000-2002-0490-01(AP-533)]. MP. Ligia López Díaz.

⁹⁴ Sección Primera. Sentencia de 18 de marzo de 2010 [Radicado 44001-23-31-000-2005-00328-01(AC)]. MP. María Claudia Rojas Lasso.

Asimismo, de acuerdo con esta Corporación⁹⁵, este derecho colectivo no puede confundirse con la salud de la comunidad, toda vez que se refiere más bien a la posibilidad de acceder a infraestructuras que sirvan para protegerla y que permite corroborar una relación *comunidad–bienes y/o comunidad–organización*, de tal modo que solo puede constatarse su amenaza y/o vulneración cuando se logre demostrar la imposibilidad de acceso a una infraestructura de servicios determinada, razón por la cual no es el acceso a los servicios, sino a su infraestructura.

⁹⁵ Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2007 [Radicado 54001-23-31-000-2003-00266-01(AP)]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

5.2.5. El derecho colectivo relacionado con el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna (*declarado vulnerado por el a quo*)

Según esta Corporación⁹⁶, la amenaza y/o vulneración de este derecho no se circunscribe a la mera consideración del ideal de la norma que lo consagra y que es necesario examinar qué es exigible en la actualidad, de acuerdo con el desarrollo programático de deberes y obligaciones. En ese sentido, la garantía de este derecho no supone que el Estado y/o los particulares actúen en un plano del deber ser, sino con lo que les es exigible en un momento concreto.

En ese contexto, la jurisprudencia⁹⁷ ha entendido por “*eficiencia*”, además de su condición de imperativo constitucional de los servicios públicos (artículo 365 de la C.P.), su prestación utilizando y disponiendo del mejor modo posible los instrumentos o recursos necesarios para cumplir los fines propuestos; y por “*oportunidad*”, la respuesta dentro de un plazo razonable que debe tener un usuario cuando requiera estos servicios, así como la permanencia de su prestación.

Finalmente, para deducir dicha amenaza y/o vulneración se hace necesaria una acción o una omisión frente al requerimiento de la comunidad de convertirse en usuaria del respectivo servicio, sin perjuicio de que puedan existir acciones precisas que atenten contra dichos atributos de eficiencia y oportunidad en los servicios públicos.

5.2.6. El derecho colectivo relacionado con los derechos de los consumidores y usuarios (*declarado vulnerado por el a quo*)

Esta Corporación⁹⁸, en el plano constitucional, ha indicado que los artículos 78 y 369, respectivamente, atribuyen naturaleza colectiva a los consumidores de bienes y servicios y hace énfasis en la protección de los derechos de los usuarios de los servicios públicos, contexto en el que ha agregado que los “*usuarios*” de los servicios públicos son una especie del género de los “*consumidores*” y que, si bien

⁹⁶ Sección Tercera. Sentencia de 20 de junio de 2002 [Radicado 68001-23-15-000-2001-0268-01(AP-490)]. MP. María Elena Giraldo Gómez.

⁹⁷ Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2007 [Radicado 54001-23-31-000-2003-00266-01(AP)]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

⁹⁸ Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2007 [Radicado 54001-23-31-000-2003-00266-01(AP)]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

ambos⁹⁹ merecen una protección y sus derechos alcanzan una dimensión colectiva susceptible de amparo a través de las acciones populares, el Estado debe atender más la situación de los primeros, toda vez que estos son consumidores de actividades “*inherentes a la finalidad social del Estado*”, de acuerdo con el artículo 369 constitucional.

También ha indicado la jurisprudencia¹⁰⁰ que, en lo que atañe a los servicios públicos, por expresa remisión del referido artículo 369, el contenido de este derecho colectivo depende de la regulación legal de los deberes y derechos de los usuarios, así sucede, por ejemplo, en materia de servicios públicos domiciliarios¹⁰¹, en la que la relación entre usuario-operador (*contrato de servicios públicos*) se rige por normas de derecho privado y público, sin perjuicio del régimen de protección de los usuarios y las normas que establezcan sus derechos, deberes y la forma en la que pueden participar en la gestión y fiscalización de la prestación de dichos servicios.

5.2.7. El derecho colectivo relacionado con la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes (*no invocado en la demanda ni tampoco declarado vulnerado por el a quo*)

Al abordar la conceptualización de este derecho colectivo la jurisprudencia de la Corporación ha indicado que más allá de los tres elementos que lo constituyen, una interpretación sistemática del literal de la norma que lo consagra evidencia que aquel se encuentra circunscrito a la observancia o apego a las disposiciones jurídicas –*de orden público*¹⁰²– que de manera general rigen la materia

⁹⁹ Sección Tercera. Sentencia de 13 de agosto de 2008 [Radicado 25000-23-27-000-2004-00888-01(AP)]. MP. Ruth Stella Correa Palacio. En esta providencia se indicó que los derechos de los consumidores o usuarios no son más que la otra cara del derecho colectivo a la libre competencia, con especial preocupación por los dos ejes del modelo de economía social de mercado previsto en nuestro ordenamiento fundamental: la calidad y el precio. Sin perjuicio de lo anterior, la Sala advierte que, de acuerdo con la sentencia C-1041/07 [MP. Humberto Sierra Porto] de la Corte Constitucional, el mercado de los servicios de salud en Colombia no es un mercado de libre juego de la oferta y la demanda.

¹⁰⁰ Sección Tercera. Subsección A. Sentencias de 9 de abril de 2014 [Radicado 25000-23-24-000-2010-00592-01(AP)]. MP. Mauricio Fajardo Gómez y 27 de enero de 2016 [Radicado 76001-23-31-000-2010-01987-01(AP)]. MP. Hernán Andrade Rincón.

¹⁰¹ Sección Tercera. Subsección C. Sentencia de 8 de junio de 2011 [Radicado 08001-23-31-000-2004-02553-01(AP)]. MP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

¹⁰² Sección Tercera. Sentencia de 6 de marzo de 2008 [Radicado 25000-23-24-000-2005-00901-01(AP)]. MP. Mauricio Fajardo Gómez.

urbanística¹⁰³ –que incluye las zonas urbanas o rurales en las que una determinada población se asienta y desarrolla–, lo cual redundaría en sus demás elementos constitutivos, es decir, la realización ordenada de las obras y el beneficio a la calidad de vida de los habitantes.

Asimismo, la jurisprudencia¹⁰⁴ ha reconocido que, si bien la administración pública dispone de un rango de discreción dentro del cual puede escoger la manera de llevar a cabo las obras, este se encuentra condicionado por una exigencia de orden y por la finalidad obligada de obtener el beneficio de la calidad de vida de los habitantes.

La aludida condición se erige en un límite a la potestad del juez de la acción popular en la medida en que este no puede suplir el criterio técnico de la Administración por el suyo propio o por el de terceros para decidir la modificación de una determinada obra y solo le es factible, ante la evidencia de una desproporción, falta de razonabilidad o manifiesta injusticia, ordenar que cese la conducta irracional, desproporcionada o injusta, u ordenar que la(s) entidad(es) adecúe(n) su conducta a lo dispuesto en las normas aplicables.

Además, el derecho en cuestión se encuentra directamente vinculado al concepto de uso del suelo de manera genérica, circunstancia que permite distinguirlo del derecho colectivo al “*goce del espacio público y la utilización y defensa de los bienes de uso público*”, en particular frente al componente del “*espacio público*”, que es un elemento que integra el ordenamiento territorial¹⁰⁵, consideración que evidencia otra manifestación de la relación “*causa-efecto*” o “*género-especie*” que en ciertas situaciones se puede presentar entre algunos derechos colectivos.

5.3. Con excepción del derecho colectivo relacionado con la moralidad administrativa, se encuentra configurada la vulneración y/o amenaza de los demás invocados en la demanda y además la del derecho colectivo relacionado con la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes

¹⁰³ Sección Tercera. Sentencia de 21 de febrero de 2007 [Radicado 63001-23-31-000-2004-00243-01(AP)]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez; Sección Primera. Sentencia de 22 de enero de 2009 [Radicado 68001-23-15-000-2003-00521-01(AP)]. MP. Marco Antonio Velilla Moreno.

¹⁰⁴ Sección Tercera. Fallo de 12-oct-00 [Radicado AP-082]. MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

¹⁰⁵ Sección Tercera. Sentencia de 6 de marzo de 2008 [Radicado 25000-23-24-000-2005-00901-01(AP)]. MP. Mauricio Fajardo Gómez.

Previo a identificar las competencias cuya omisión implicó la amenaza y/o vulneración de derechos colectivos, resulta importante hacer una breve alusión a los principios que rigen la interacción en el ejercicio de competencias, tanto en la descentralización territorial como en la descentralización por servicios, todo con el objeto de establecer más adelante si dichos principios fueron desconocidos.

5.3.1. El alcance de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad para la interpretación de las normas atributivas de competencia

En el contexto de la descentralización territorial la aplicación de la referida triada de principios exige recordar que la organización territorial del Estado colombiano¹⁰⁶ se estructura a partir de dos bases fundamentales que coexisten en equilibrio¹⁰⁷: la unidad estatal y la autonomía de las entidades territoriales, las cuales impiden que la aplicación de cada uno de dichos principios se repute exclusivamente autónoma o codependiente, por lo que se requerirá que sean analizadas pormenorizadamente las competencias que involucra cada controversia.

Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con la Corte Constitucional¹⁰⁸, de la tríada de principios, el de subsidiariedad es el que con mayor intensidad se relaciona con la descentralización, planteamiento que ha llevado a dicho tribunal a considerar la coordinación y la concurrencia como derivados o instrumentales en los casos en los que subsidiariedad se encuentra de por medio, según se explicará más adelante.

¹⁰⁶ De acuerdo con la sentencia C-983/05 [MP. Humberto Sierra Porto] de la Corte Constitucional – *que se basó para el efecto en los fundamentos del salvamento a la sentencia C-263/96 de la misma corporación*–, desde el modelo territorial introducido por la Constitución de 1991, la legitimidad del Estado se construye en sentido de abajo hacia arriba, a partir de la instancia territorial más cercana a las necesidades del individuo: el municipio –*entidad fundamental de la división política-administrativa del Estado en los términos del artículo 311 de la Carta*–. Asimismo, en la relación centro-periferia la autonomía del municipio se concibe como un poder de dirección política frente a las demás instancias superiores de autoridad, en cuya virtud sus funciones no pueden ser interferidas, sin perjuicio, • de la legitimación de dichas instancias para intervenir en los asuntos de las autoridades más pequeñas, cuando éstas sean manifiestamente incapaces o ineficientes para prestar un servicio o adoptar una determinada decisión; y, • según también lo anota la sentencia C-889/12 [MP. Luis Ernesto Vargas Silva], de las convergencias o concurrencias que puedan presentarse en determinados asuntos entre las autoridades. Sobre el principio de autonomía territorial ver: Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de 6 de junio de 2018 [Radicado: 11001-03-15-000-2008-01255-00]. MP. Oswaldo Giraldo López.

¹⁰⁷ Auto 383 de 10 de diciembre de 2010 [MP. Luis Ernesto Vargas Silva] y sentencia 123/14 [MP. Alberto Rojas Ríos] de la Corte Constitucional.

¹⁰⁸ Sentencia C-983/05. MP. Humberto Sierra Porto.

La aplicación del principio de subsidiariedad no significa que una entidad territorial pueda desentenderse del cumplimiento de sus propias competencias ni tampoco que la responsabilidad por estas se centralice en cabeza de la Nación, sostener lo contrario, frente a la posición de la jurisprudencia constitucional¹⁰⁹, se traduciría en una proyección simplista de dicho principio sobre el tema de distribución de competencias entre la Nación y las Entidades Territoriales¹¹⁰, además de que originaría serias polémicas cuando se incumplen las metas y objetivos en ámbitos tan sensibles como la sanidad y la educación.

En ese sentido, en el modelo o estructura territorial que introdujo la Constitución Política, una aplicación genuina del principio de subsidiariedad sería relevante, no tanto en los casos en los que las entidades territoriales incumplen infundadamente sus cometidos, sino cuando, no obstante persiguen garantizar de la mejor manera posible la prestación de los servicios básicos a su cargo –*con los recursos que tengan disponibles*–, dicho esfuerzo resulta insuficiente, razón por la cual se justifica que el Estado adopte una “*posición de ayuda y de reemplazo potencial de las competencias constitucionales*”¹¹¹ de esas entidades. Sobre este punto, la Corte Constitucional¹¹² ha indicado:

“(…) así como existen municipios relativamente autosuficientes existen otros sumidos en la absoluta pobreza y precariedad. En vista de que no existe una forma única y mejor de distribuir y organizar las distintas competencias y dada la presencia de profundos desequilibrios y enormes brechas presentes en las distintas Entidades Territoriales, la distribución y organización de competencias significa un proceso continuo en el que con frecuencia es preciso estar dispuesto a ajustarse a los sobresaltos, en el cual es necesario andar y a veces también desandar las rutas propuestas y en el que se requiere aplicar, sin lugar a dudas, un cierto nivel de coordinación, cooperación, solidaridad y concurrencia”.

Recientemente, la Corte¹¹³ consideró que el principio de subsidiariedad se aplica cuando no hay asignación expresa de competencias al municipio o cuando la

¹⁰⁹ Sentencia C-983/05. MP. Humberto Sierra Porto.

¹¹⁰ De acuerdo con la sentencia C-889/12 [MP. Luis Ernesto Vargas Silva], “(…) el principio de subsidiariedad corresponde a un criterio tanto para la distribución y como para el ejercicio de las competencias. Desde una perspectiva positiva significa que la intervención del Estado, y la correspondiente atribución de competencias, deben realizarse en el nivel más próximo al ciudadano, lo cual es expresión del principio democrático y un criterio de racionalización administrativa, en la medida en que son esas autoridades las que mejor conocen los requerimientos ciudadanos. A su vez, en su dimensión negativa, el principio de subsidiariedad significa que las autoridades de mayor nivel de centralización sólo pueden intervenir en los asuntos propios de las instancias inferiores cuando éstas se muestren incapaces o sean ineficientes para llevar a cabo sus responsabilidades”.

¹¹¹ Sentencia C-1187/00. MP. Fabio Morón Díaz.

¹¹² Sentencia C-983/05. MP. Humberto Sierra Porto.

¹¹³ Sentencia T-618/19. MP. Diana Fajardo Rivera.

entidad territorial necesita apoyo porque le es imposible o demasiado difícil satisfacer de manera eficaz las necesidades de su población.

A su turno, esta Corporación en cabeza de la Sección Primera ha indicado¹¹⁴:

“(...) los principios constitucionales de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, si bien implican deberes primarios en cabeza de las entidades territoriales locales, en modo alguno excluyen la responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, por cuanto la gestión relativa a los recursos indispensables para la ejecución de las obras concierne a la entidad territorial a que pertenezca el Municipio, cuando el presupuesto local no alcance”.

Este enfoque del principio de subsidiariedad encuentra respaldo además en la definición del legislador¹¹⁵ orientada en la actualidad por criterios de transitoriedad y parcialidad supeditados a la imposibilidad de que una entidad de menor desarrollo económico y social ejerza debidamente sus competencias, sin contar además con que el legislador ha previsto otros esquemas afines para la prestación conjunta o asociada de competencias cuando las entidades territoriales no tengan la capacidad requerida¹¹⁶ o para el cumplimiento eficiente y a menor costo de las funciones administrativas¹¹⁷.

¹¹⁴ Sección Primera. Sentencia de 17 de noviembre de 2017 [Radicado 05001-23-33-000-2014-00498-02(AP)]. MP. María Elizabeth García González.

¹¹⁵ Mientras que en la versión inicial del artículo 4 de la Ley 136/94 la conceptualización de la subsidiariedad establecía entre algunos de sus presupuestos las razones justificadas de orden técnico o financiero que imposibilitaran a los municipios la prestación de los servicios atribuidos a ellos y la solicitud que debían hacer a las entidades territoriales de nivel superior y de mayor capacidad; la modificación que hizo de esa disposición el artículo 3 de la Ley 1551/12 enfocó el principio de la subsidiariedad con base en la demostración que hagan los municipios de la imposibilidad de ejercer debidamente sus competencias. Dentro de este mismo contexto, el artículo 27 de la Ley 1454/11, al referirse al ejercicio de las competencias de la Nación, las entidades territoriales y las figuras de integración territorial, además de insistir en la referida imposibilidad frente a determinadas competencias, agregó *“El desarrollo de este principio estará sujeto a evaluación y seguimiento de las entidades del nivel nacional rectora de la materia. El Gobierno Nacional desarrollará la materia en coordinación con los entes territoriales”*. Dentro de este contexto resulta pertinente mencionar el Decreto-ley 28/08, *“por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del SGP”*, normativa que a título de medidas correctivas habilita a la Nación y a los departamentos para asumir temporalmente la competencia de, respectivamente, los departamentos o distritos y de los municipios, en orden asegurar la prestación de los servicios a su cargo *(medida que en la actual crisis por el virus COVID-19 fue sustituida por el Decreto legislativo 538/20 por una medida de seguimiento)*.

¹¹⁶ *“Ley 1176/07. Artículo 26. Competencias y responsabilidades diferenciadas. En el marco del actual esquema de competencias de las entidades territoriales y con el objeto de tener en cuenta la heterogeneidad de estas, en cuanto a sus capacidades administrativas, fiscales y técnicas, los Ministerios podrán establecer, de acuerdo con las políticas y las particularidades de cada servicio, los estándares técnicos y administrativos para que cada entidad territorial pueda asumir con eficiencia las competencias que le asigne la ley, de manera diferenciada según sus capacidades. Con base en ello los Ministerios, conjuntamente con las entidades territoriales podrán realizar un análisis de las capacidades relacionadas con su sector.*

“Con base en estos estándares y en el análisis conjunto de capacidades, las entidades territoriales podrán acordar con el Ministerio la prestación en forma conjunta o asociada de aquellas funciones de los servicios a su cargo para las cuales no tengan la capacidad requerida.

Dentro del marco de la subsidiariedad, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional¹¹⁸, el principio de coordinación puede considerarse una consecuencia o derivación de aquella, en la medida en que supone, entre otras cosas, una armonización o conciliación¹¹⁹ de los aspectos vinculados con el cumplimiento de las metas estatales. Lo anterior no impide considerar la aplicación del referido principio por fuera de ese marco, posibilidad que, además de que tiene como presupuesto la existencia de competencias concurrentes entre distintas autoridades del Estado que se ejercen de manera complementaria, resulta factible de acuerdo con el artículo 209 de la Constitución Política y la ley¹²⁰, sin que se restrinja a la descentralización territorial¹²¹.

Vale la pena hacer alusión al principio de colaboración armónica consagrado en el artículo 113 de la Constitución Política, el cual presenta similitudes en lo conceptual con el principio de coordinación, dado que no solo convergen a la consecución de los fines del Estado, es decir, el servicio a la comunidad y la garantía de los derechos de los asociados, sino que además, de acuerdo con la

“Parágrafo. Los Ministerios podrán establecer estímulos fiscales para los municipios, distritos y departamentos que se asocien y/o establezcan alianzas estratégicas para la prestación de un servicio determinado que sea de su competencia, previa evaluación del cumplimiento de metas y estándares de eficiencia, calidad y coberturas para cada sector, conforme al reglamento que expida el Gobierno Nacional”.

¹¹⁷ Los artículos 18 y 26 de la Ley 617/00 prevén que los municipios, distritos y departamentos pueden, según el caso, contratar y/o asociarse con sus pares, las entidades descentralizadas de esas categorías, la entidad territorial respectiva de grado superior o la Nación, el cumplimiento de funciones administrativas, entre otras, de forma que su atención resulte más eficiente e implique menor costo. El artículo 88 de la Ley 715/01 refrendó esa posibilidad al indicar que las entidades territoriales podrán suscribir convenios de asociación con objeto de adelantar acciones de propósito común, para la prestación de servicios, para la realización de proyectos de inversión, en cumplimiento de las funciones asignadas o para la realización de actividades administrativas. Con una orientación similar, aunque con enfoque estratégico, los artículos 8 de la Ley 1450/11, modificado por la Ley 1753/15 y 18 de la Ley 1454/11 consagran los *“contratos o convenios plan”*.

¹¹⁸ Sentencias C-1051/01. MP. Jaime Araujo Rentería, C-983/05. MP. Humberto Sierra Porto y C-149/10. MP. Jorge Iván Palacio Palacio.

¹¹⁹ El artículo 4 de la Ley 136/94, modificado por el artículo 3 de la Ley 1551/12, al definir el principio de coordinación estableció que en virtud de este –y conjuntamente el de colaboración– *“[l]as autoridades municipales, al momento de ejercer sus competencias y sus responsabilidades, deberán conciliar su actuación con la de otras entidades estatales de diferentes niveles”*.

¹²⁰ Así sucede, por ejemplo, con el artículo 6 de la Ley 489/98, el cual, al definir el principio de coordinación, estableció que en virtud de este –conjuntamente con el de colaboración– *“(…) las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales”* y que por ese motivo *“(…) prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares”*. Aunque esta misma disposición señaló que los *“comités sectoriales de desarrollo administrativo”* procurarían desarrollar dicho principio entre las autoridades administrativas y entre los organismos del respectivo sector, la Ley 1753/15 estableció que el artículo 19 de la Ley 489/98, que consagraba dichos comités, perdería vigencia una vez se reglamentara y entrara en aplicación el nuevo Modelo de Gestión que integró los Sistemas de Gestión de la Calidad de la Ley 872/03 y de Desarrollo Administrativo de la Ley 489/98.

¹²¹ Sección Primera. Sentencia de 30 de marzo de 2017 [Radicado 11001-0324-000-2013-00544-00]. MP. Carlos Enrique Moreno Rubio (E).

jurisprudencia de esta Corporación¹²², no tienen el alcance de autorizar a las entidades para sobrepasar el ámbito constitucional o legal de las competencias e irrumpir en el de otras autoridades.

Finalmente, en relación con el principio de concurrencia, la jurisprudencia constitucional¹²³ ha destacado no solo su vinculación con el principio de subsidiariedad, en virtud de la cual se invoca la atención de la Nación y la solidaridad entre los distintos niveles territoriales con el propósito de que quienes pueden ir a una mayor velocidad ayuden a impulsar a las entidades rezagadas; sino además su implicación en la participación de los distintos niveles de la Administración que en determinadas materias intervienen en el diseño y desarrollo de programas y proyectos dirigidos a la satisfacción de los cometidos estatales, sin que sea posible la exclusión de ninguna entidad que esté llamada a participar.

¹²² Sección Tercera. Subsección B. Sentencia de 29 de octubre de 2012 [Radicado 11001-03-26-000-2010-00046-00(39093)A]. MP. Danilo Rojas Betancourth; y Sección Primera. Sentencia de 8 de junio de 2017 [Radicado 88001-23-33-000-2014-00040-01(AP)]. MP. Roberto Augusto Serrato Valdés.

¹²³ Sentencias C-1051/01. MP. Jaime Araujo Rentería, C-983/05. MP. Humberto Sierra Porto y C-149/10. MP. Jorge Iván Palacio Palacio.

5.3.2. Las competencias de la Nación, las entidades territoriales (descentralización territorial) y las empresas sociales del Estado (descentralización por servicios) vinculadas con las deficiencias en la prestación del servicio público de salud que se cuestionan en este caso

La Sala descarta de entrada la vulneración del derecho colectivo relacionado con la moralidad pública, dado que, más allá de que las omisiones a las que enseguida se hará referencia puedan configurar el elemento objetivo exigido por la jurisprudencia de esta Corporación para predicar dicha vulneración, no sucede lo mismo con el elemento subjetivo.

Los hechos alegados en el presente caso permiten evidenciar cómo varios de los derechos colectivos invocados presentan, en mayor medida que otros, una vinculación temática directa¹²⁴ respecto del servicio público de salud, más allá de que simultáneamente impactan también el derecho fundamental a la salud¹²⁵.

Esa dualidad¹²⁶ ha sido objeto de una profusa y cambiante regulación desde la Constitución de 1991, entre otros, a través de la consagración y/o desarrollo de sistemas interrelacionados, principalmente, el “*Sistema General de Participaciones*”¹²⁷, el “*Sistema de Seguridad Social Integral*”¹²⁸, el “*Sistema de*

¹²⁴ En particular los derechos colectivos relacionados con la seguridad y salubridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los consumidores y usuarios.

¹²⁵ La Ley estatutaria 1751/15, “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”, incorporó y consolidó buena parte del desarrollo de la jurisprudencia constitucional sobre la materia. No sobra recordar, de acuerdo con el recuento que hizo la Subsección C de la Sección Tercera en sentencia de 26 de septiembre de 2013 [Radicado 25000-23-24-000-2011-00530-01(AP). MP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa], inicialmente, la jurisprudencia constitucional consideró que la salud era un derecho prestacional y, por tanto, su carácter de fundamental dependía de su vínculo con otro derecho que si perteneciera a dicha categoría (*tesis de la conexidad*). Así las cosas, la salud solo podía ser protegida por vía de tutela cuando su vulneración implicara la afectación de otros derechos de carácter fundamental, como el derecho a la vida, la dignidad humana, o la integridad personal (Sentencias T- 494/93 y T-395/98). En el año 2001, la Corte Constitucional admitió que cuando se tratara de sujetos de especial protección, el derecho a la salud era fundamental y autónomo (Sentencia T-1081/01). Posteriormente, el mismo tribunal amplió su tesis y dijo que los derechos fundamentales estaban revestidos con valores y principios propios de la forma de Estado Social de Derecho, más no por su positivización o la designación expresa del legislador de manera tal que todos derechos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución (Sentencia T-016 de 2007). Por último, la Corte determinó el carácter de fundamental del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, que coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna, situación que lo hace susceptible de ser protegido de manera autónoma a través de la acción de tutela (Sentencias T-760 de 2008 y T-323 de 2013).

¹²⁶ Auto 099 de 11 de abril de 2014 [MP. Jorge Iván Palacio Palacio] y sentencia C-313/14 [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo] de la Corte Constitucional.

¹²⁷ De acuerdo con el inciso primero del artículo 356 de la Constitución Política, modificado por el A.L. 1/2001, el “*Sistema General de Participaciones*” de los departamentos, distritos y municipios

*Protección Social*¹²⁹ y el *“Sistema de Salud”*¹³⁰, de allí la necesidad permanente de una interpretación intra-sistemática e inter-sistemática de sus contenidos.

No es el propósito de este fallo compendiar el gran número de disposiciones que sobre la materia en cuestión atribuyen competencias de variada índole al Estado sino centrarse únicamente en las deficiencias acreditadas en el proceso y con base en ellas establecer qué competencias se encuentran de por medio y definir su(s) titular(es) responsable(s), todo ello dentro del marco del juicio de responsabilidad por la amenaza y/o vulneración de los derechos e intereses colectivos que se encuentran involucrados.

- **La situación en relación con la falta de mantenimiento de las instalaciones de la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo¹³¹ y el abandono de los elementos para su funcionamiento**

De acuerdo con la normativa reglamentaria¹³², el *“mantenimiento hospitalario”* corresponde a *“(…) la actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a*

se creó “[p]ara efecto de atender los servicios a cargo de éstos y a proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación”. Dentro de ese contexto, el artículo 3 de la Ley 715/01, modificado por el artículo 1 de la Ley 1176/07, establece que dicho sistema está conformado por, entre otras, *“Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud”*.

¹²⁸ De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 100/93, el *“Sistema de Seguridad Social Integral”* *“es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley”* (subrayado fuera del texto). Dentro de ese contexto, el *“Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”* es una especie de aquel, cuyos objetivos y orientación se encuentran establecidos principalmente en los artículos 152 de la Ley 100/93 y 2 de la Ley 1438/11.

¹²⁹ De acuerdo con el artículo 1 de la Ley 789/02, el *“Sistema de Protección Social”* constituye *“(…) el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”* y específicamente, en salud *“(…) los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos”*.

¹³⁰ De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 1751/15, el *“Sistema de Salud”* *“[e]s el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”* (subrayado fuera del texto). Vale la pena advertir que el artículo 4 de la Ley 10/90, en el contexto del servicio público de salud, estableció que para los efectos de esta normativa *“(…) se entiende que el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”*

¹³¹ Según las páginas web del Municipio y del portal de datos abiertos [<http://www.datos.gov.co>], esa categoría de entidad territorial fue obtenida en 1974.

¹³² Principalmente el Decreto 1769/94 –*reglamentario del artículo 189 de la Ley 100/93 según lo aclaró el Decreto 1617/95*–, que, aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido. Dicha normativa *“(…) tiene por objeto regular los componentes y criterios básicos para*

prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo”, contexto dentro del cual, para la época de los hechos de la demanda, se encuentran acreditadas fallas en dicho mantenimiento hospitalario, particularmente tratándose del componente de la “infraestructura hospitalaria”¹³³ de la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo.

Ninguna de las demandadas en el proceso refutó las fallas que en este caso se evidenciaron en algunos componentes del “mantenimiento hospitalario” de dicha IPS, de las que dieron cuenta no solo las insistentes solicitudes elevadas por la Personería ante varias de las autoridades involucradas¹³⁴, con antelación a la interposición del presente medio de control, sino también:

- La visita realizada el 27 de septiembre de 2016¹³⁵ por el Departamento en ejercicio de sus funciones¹³⁶, principalmente la de vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las IPS.

la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos, y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación o con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales”.

¹³³ De acuerdo con el artículo 2 del Decreto 1769/94 –aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– “Para los efectos del mantenimiento se entiende por infraestructura hospitalaria los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones”.

¹³⁴ Folios 17 a 20 y 60, c. 1 Principal (CD, archivo “oficio personería 0696 mantenimiento centro de salud”, oficio 400.04.01.P.M.-0696 de 20 de octubre de 2016, dirigido por la Personería a los siguientes destinatarios: MINSALUD, REDSALUD, Departamento y Municipio; archivo “oficio personería 582 centro de salud”, oficio 400.04.01.P.M.-0582 de 15 de septiembre de 2016, dirigido por la Personería al Municipio).

¹³⁵ Folios 77 a 79, c. 1 Principal. Acta IVC N° 020-16. En el informe de 16 de diciembre de 2016 [Folios 80 a 82, c. 1 Principal], realizado como consecuencia de la referida visita se concluyó (se transcribe de forma literal incluidos los eventuales errores):

“1. La institución cuenta con un Plan de Mantenimiento Hospitalario, donde se proyectó realizar anualmente mantenimiento de la infraestructura para la presente sede, sin embargo, actualmente se visualiza falta de mantenimiento del mismo, aún después de haberse realizado acciones de mantenimiento de algunas áreas y ambientes.

“2. La institución en esta sede presenta falta de mantenimiento de la infraestructura a nivel general principalmente en los cielorrasos de los techos, cubiertas y pérgolas, en áreas como las unidades sanitarias ubicadas en la Sala de Espera de Urgencias, Área de Observación, Hospitalización y Consulta Externa, y de las áreas verdes exteriores.

“(…)” (subrayado fuera de texto).

¹³⁶ Artículos 241, 242 y 575 de la Ley 9/79, 176.4 de la Ley 100/93 y 43.2.8 de la Ley 715/01, reglamentadas principalmente por los artículos 5, 21, 49 y 50 del Decreto 1011/06 –normativa que aunque fue derogada por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido–, así como también por la Resolución 2003/14 del MINSALUD, derogada por la Resolución 3100/19.

- Las auditorías realizadas por el Municipio¹³⁷ en ejercicio de su función¹³⁸ de seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados al régimen subsidiado dentro de su jurisdicción, para garantizar el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

Sin perjuicio de lo anterior, según se infiere de las decisiones del *a quo* con ocasión de la verificación de las medidas provisionales contenidas en el fallo impugnado, REDSALUD dio cumplimiento¹³⁹ a la consistente en “*realizar las adecuaciones locativas urgentes de mantenimiento y remodelación de la infraestructura de la I.P.S. Centro Urbano de Salud de Paz de Ariporo ‘Jorge Camilo Abril’ para mejorar el servicio*”; sin embargo, el contrato de consultoría 1350 de 23 de junio de 2017¹⁴⁰, suscrito entre el departamento de Casanare y la sociedad Técnicas Colombianas de Ingeniería SAS, evidenció que las instalaciones de dicha IPS no solo presentan problemas estructurales debido a la mala calidad de los materiales con los que fueron construidas sino que además no cumplen con las normas de sismo resistencia¹⁴¹, circunstancias que en el mediano plazo justifican su demolición y la construcción de un nuevo centro hospitalario.

Lo acreditado en el proceso en relación con la situación de la IPS Hospital Local “*Jorge Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo revelan que, si bien algunas de las acciones y/o omisiones constitutivas de amenaza y/o la vulneración de derechos colectivos desaparecieron¹⁴² (*como sucede, por ejemplo, con las*

¹³⁷ Folio 60, c. 1 Principal (CD, archivo “*oficio personería 582 centro de salud*”, oficio 300.15.752 de 3 de octubre de 2016, dirigido por el Municipio a la Personería). En este oficio se advierte que el Municipio realizó encuestas de evaluación de la satisfacción a los usuarios de CAPRESOCA EPS y La Nueva EPS, con relación a la prestación de los servicios en el “*Centro de Salud Jorge Camilo Abril*”, quienes frente a los ítems referentes a las instalaciones y plantas físicas consideraron su estado regular y que debía mejorarse el mantenimiento de la infraestructura, aspectos que el propio Municipio afirmó evidenciar al momento de aplicar las encuestas.

Folios 34 a 42, c. 1 Principal. Actas N° 351.46.6-253 de 30 de septiembre de 2016 y N° 351.46.6-262 de 6, 10 y 11 de octubre de 2016. Como resultado de la auditoría en la IPS “*Centro de Salud Jorge Camilo Abril-REDSALUD*”, se indicó que se obtuvo un cumplimiento bajo, describiéndose los hallazgos evidenciados respecto de las EPS que para el momento de la auditoría tenían servicios contratados con dicha institución, en concreto: CAPRESOCA, la Nueva EPS y CAFESALUD.

¹³⁸ Artículo 29 de la Ley 1438/11, reglamentado principalmente por los artículos 14 a 16 del Decreto 971/11, normativa que, aunque fue derogada por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido.

¹³⁹ Así se infiere de lo afirmado por el *a quo* en el auto de 9 de enero de 2019 en el que se indica que en el auto de 29 de octubre de 2018 la referida medida provisional se declaró cumplida [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/21952476/85001233300020160029000.PDF>]

¹⁴⁰ [<https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=17-15-6636916>]

¹⁴¹ Auto de 18 de julio de 2018 del Tribunal Administrativo de Casanare [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/18470803/85001233300020160029000.PDF>]

¹⁴² Además de lo corroborado por el *a quo* en el auto de 29 de octubre de 2018, el cumplimiento sobre el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria se deduce también del hecho de que REDSALUD, en su “*Plan de Mantenimiento Hospitalario*” para la vigencia fiscal de 2017 [Folios 105 a 127, c. 1 Principal] señaló que, en cumplimiento de los artículos 1 y 9 del Decreto 1769/94, “*Los recursos financieros destinados para el desarrollo del Plan de Mantenimiento Hospitalario de RED*

vinculadas al mantenimiento de la infraestructura de dicha IPS) o produjeron daños consumados (como acontece, por ejemplo, con las vinculadas con la construcción de la sede de esa IPS en unas condiciones que en la actualidad ameritan su demolición), existen otras que persisten, según se verá a continuación, de acuerdo con el alcance de los derechos colectivos que involucra la situación que se analiza en este acápite.

En relación con el derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público, tanto la construcción con materiales de baja calidad de la sede de la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo, como también su falta de mantenimiento durante la época de los hechos de la demanda vulneraron la integridad, administración y ejecución eficiente y responsable del patrimonio público, deficiencias de las que fueron responsables por omisión el departamento y REDSALUD, respectivamente, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- Aunque se trate de un evento propio de las hipótesis de los daños consumados¹⁴³, en el caso del departamento, su responsabilidad por la vulneración del derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público emerge no solo del hecho de que detentaba la propiedad sobre el inmueble¹⁴⁴ correspondiente a la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del

SALUD CASANARE E.S.E. para la vigencia 2017, se encuentran en los rubros 2102021501 Mantenimiento administrativo y 2102021502 Mantenimiento Asistencial. El monto total de estos recursos fue calculado con base en los ingresos proyectados por las Directivas de la E.S.E. para la vigencia 2016, asignando un 5% de su presupuesto para las actividades de Mantenimiento de Infraestructura física y dotación hospitalaria de acuerdo a las siguientes consideraciones:

	DESCRIPCIÓN	VALOR
TOTAL	INGRESOS	18,545,682,419
(-)	DISPONIBILIDAD INICIAL	-
(-)	Recursos de Convenios Destinación Específica	-
(-)	Aportes No ligados a la Venta de Servicios	-
(-)	Otros Ingresos no Tributarios	-
(-)	OTROS RECURSOS DE CAPITAL	-
(-)	RECUPERACIÓN DE CARTERA	-
	BASE DE INGRESOS PARA CÁLCULO MANTENIMIENTO	18,545,682,419
(-)	5% MANTENIMIENTO	927,284,121
	TOTAL RECURSOS ASIGNADOS	927,284,121

“(..).”

¹⁴³ Aún si se considerara el 2004 como punto de partida de la terminación de la edificación, habrían transcurrido ya los diez (10) años con que contaba el dueño de la obra para reclamar al constructor su responsabilidad por la amenaza de ruina de la obra debida a los vicios en los materiales o en la construcción, en los términos del artículo 2060 del Código Civil.

¹⁴⁴ El artículo 8 del Decreto departamental 0091/04 estableció que el patrimonio de REDSALUD se constituiría, entre otros, por “Todos los bienes inmuebles, muebles y activos que tienen actualmente a su disposición las unidades de prestación de los servicios que conforman la Red de prestadores de servicios de Salud de Primer Nivel de Atención propiedad del Departamento de Casanare, los cuales le serán cedidos a RED SALUD CASANARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, dentro de los 6 meses siguientes la publicación del presente decreto” (subrayado fuera

municipio de Paz de Ariporo, sino también de que esta constituía una de las unidades de prestación del servicio de salud de dicha entidad territorial, antes de que la otrora “Unidad Administrativa Especial (UAE) de la Red de Prestadores de Servicios Públicos de Primer Nivel de Atención del Departamento de Casanare” se transformara en la hoy ESE REDSALUD¹⁴⁵.

A lo anterior se suma el hecho de que la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo conforma la red pública del departamento de Casanare¹⁴⁶, motivo por el cual las funciones vinculadas, entre otras, a la administración y financiación¹⁴⁷ de las redes dentro de la respectiva jurisdicción, debían haberle compelido a asegurar que la edificación de la referida IPS satisficiera los estándares que exigía su construcción. Distinto sería si REDSALUD hubiere contratado la obra respectiva, pero, se reitera, el inmueble le fue cedido a la empresa como consecuencia de su transformación en el 2004.

- Más allá de que se trate de un hecho superado, la responsabilidad de REDSALUD por la vulneración del derecho colectivo relacionado con la

del texto). Consultar en: https://red-salud.micolombiadigital.gov.co/sites/red-salud/content/files/000085/4230_decreto-091.pdf

Asimismo, en el marco del seguimiento al cumplimiento de las medidas provisionales dictadas por el Tribunal Administrativo de Casanare, este indicó en el auto de 9 de enero de 2019 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/21952476/85001233300020160029000.PDF>]

: “Red Salud Casanare realizó las gestiones dispuestas en el literal c) del ordinal primero de la parte resolutoria del fallo de primera instancia, concluyendo que las instalaciones donde funciona el hospital de Paz de Ariporo son de propiedad del Departamento de Casanare (...)”.

¹⁴⁵ “Decreto departamental 0091/04. Artículo 1. TRANSFORMACIÓN. *Transfórmese la UAE en una EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO del Primer Nivel de Atención, como una categoría especial de entidad pública, descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrita a la Secretaría de Salud del Departamento y sometida al régimen jurídico previsto en la ley*”.

¹⁴⁶ Artículos 3 y 10 del Decreto 0091/04 de la Gobernación de Casanare. En relación con las unidades de prestación de servicio del departamento de Casanare (IPS’s), dentro del “Área de red de prestadores de servicios”, se incluyeron a: (1) Hospital Local de Paz de Ariporo; (2) Centro de Salud Maní; (3) C.S. Trinidad; (4) C.S. Támara; (5) C.S. Nunchía; (6) C.S. Monterrey; (7) C.S. Pore; (8) C.S. Orocué; (9) C.S. Hatocorozal; (10) C.S. San Luis de Palenque; (11) C.S. Sabanalarga; (12) C.S. Chámeza; (13) C.S. Sácama; (14) C.S. Recetor; (15) C.S. La Salina y (16) Hospital Local de Villanueva, sin perjuicio de que, por decisión de la junta directiva de la empresa, de conformidad con estudios del mercado y ampliación de redes pudiera extenderse la jurisdicción a otros municipios del departamento. Dentro de ese mismo contexto, en el “Plan de Mantenimiento Hospitalario” para la vigencia 2017 [Folios 105 a 112, c. 1 Principal], adoptado por REDSALUD a través de la Resolución No. 051 de 20 de enero de 2017, se indicó: “Red Salud Casanare E.S.E. es una institución que presta servicios de salud de primer nivel de atención, para lo cual dispone de dos grandes áreas: Administrativa y Asistencial; ésta comprende las Unidades de Prestación de Servicios de Salud de la Red Pública del Departamento con Jurisdicción en los municipios de: Chámeza, Hato Corozal, La Salina, Maní, Monterrey, Nunchía, Orocué, Paz de Ariporo, Pore, Recetor, Sabanalarga, Sácama, San Luis de Palenque, Támara, Trinidad y Villanueva, apoyadas por grupos multidisciplinarios de profesionales, con la infraestructura adecuada y tecnología biomédica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías en la población. Tanto la infraestructura como la tecnología biomédica requieren de mantenimiento preventivo para garantizar su disponibilidad y confiabilidad”.

¹⁴⁷ Artículos 42.19, 43.2.4. y 43.2.5 de la Ley 715/01.

defensa del patrimonio tiene fundamento en el hecho de que, desde el 2004, la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” constituye una de las sedes o unidades¹⁴⁸ cedidas a dicha empresa, a la que además se encuentra adscrita¹⁴⁹ y es de “baja complejidad”¹⁵⁰, categorización esta que, valga advertir, la ley garantiza de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica¹⁵¹.

Una vez le fue cedida la referida unidad, REDSALUD estaba y está en el deber de realizar el “mantenimiento hospitalario” de dicha “infraestructura hospitalaria”, en los términos del Decreto 1769 de 1994 para la época de los hechos, hoy en los del Decreto 780 de 2016.

La vulneración en que incurrió el departamento respecto del derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público acarrió también la del derecho colectivo relacionado con la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes, conclusión que resulta clara dado el resultado del contrato de consultoría 1350 de 23 de junio

¹⁴⁸ El artículo 26 de la Ley 1122/07 establece que las ESE pueden estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud, así como también que en cada municipio debe existir una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

¹⁴⁹ Folio 208 a 2010, c. 1 Principal. Memorando 201723100191793 del MINSALUD de 31 de julio de 2017 suscrito por el Subdirector de Prestación de Servicios.

¹⁵⁰ Los conceptos de “grados de complejidad” y “niveles de atención” fueron introducidos por la Ley 10/90 y desarrollados por los Decretos 1760/90, 2240/96 y 2273/14 –aunque fueron derogados por el Decreto 780/16, este reprodujo el contenido de algunos de sus artículos–. Los referidos conceptos progresivamente han sido ajustados por el MINSALUD a través de un robusto número de resoluciones, contexto en el que se encuentran vigentes en la actualidad, por ejemplo, las Resoluciones 3100/19 y 3512/19, precisamente el artículo 6 de la Resolución 2003/14 –derogada por la Resolución 3100/19– del MINSALUD establecía que para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” (REPS), entre otras cosas, debían determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con dicho registro, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio, aspectos, aspectos definidos pormenorizadamente en la misma resolución. Cabe agregar que, con fundamento en los artículos 1, 2 y 6 del Decreto 1760/90, ● el nivel de atención corresponde a la responsabilidad del ente territorial en la organización servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población; ● la clasificación de los servicios de una entidad en grados de complejidad tiene el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de servicios; y ● la clasificación de una entidad como de primer nivel implica el cumplimiento como mínimo de los siguientes criterios: a) base poblacional del municipio o municipios a cubrir; b) cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio; c) frecuencia del problema que justifique el servicio; d) tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad; y e) atención por personal profesional general, técnico y auxiliar.

¹⁵¹ Artículo 16 de la Ley 1122/07.

de 2017¹⁵², suscrito entre el departamento de Casanare y la sociedad Técnicas Colombianas de Ingeniería SAS.

Cabe indicar que, si bien el hecho de que se encuentre terminada la edificación de la IPS Hospital Local “*Jorge Camilo Abril*” del municipio de Paz de Ariporo podría válidamente hacer pensar que, no obstante la vulneración del derecho en cuestión, se configuró una hipótesis de daño consumado, lo cierto es que mientras no sea demolida esa edificación, persistirá la vulneración de dicho derecho.

No significa lo anterior que en el estado actual de las cosas deba ordenarse la demolición inmediata de la referida IPS, puesto que, so pretexto de garantizar la observancia del derecho antedicho, una medida de esa magnitud estaría despojada de un mínimo juicio de ponderación¹⁵³ y de paso exacerbaría la vulneración de otros derechos colectivos, como sucedería, por ejemplo, con los relacionados con la seguridad y salubridad públicas, el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y los derechos de los usuarios.

En ese sentido, si bien en la actualidad los proyectos¹⁵⁴ orientados a la construcción de un nuevo centro hospitalario en el municipio deben garantizar los estándares mínimos para la prestación de los servicios de salud que eventualmente se habiliten, ello no significa que en el interregno resulte adecuada

¹⁵² <https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=17-15-6636916>

¹⁵³ En el marco del seguimiento al cumplimiento de las medidas provisionales dictadas por el Tribunal Administrativo de Casanare, este indicó en el auto de 20 de septiembre de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/19618617/85001233300020160029000.PDF>] : “(...) Debe agregarse que la medida se refiere únicamente a adecuaciones urgentes por ende, no es de recibo el argumento de Red Salud Casanare en cuanto indica que como dicha sede de la IPS debe ser demolida, no puede invertir presupuesto en ella, máxime cuando en el Diagnóstico de Vulnerabilidad Sísmica se señala que antes de demoler debe construirse la nueva edificación para no afectar el servicio médico (...) Para el juez popular es absolutamente claro que no puede librar órdenes para que se despilfarran recursos estatales, ni podrá atribuirse ese alcance al fallo y los autos que desarrollan las cautelas; identificada tensión entre la protección del patrimonio público y la prestación de un servicio que debe satisfacer derechos fundamentales, el juez fija y enfatiza el fin: preservar la continuidad de su prestación en condiciones seguras, dignas y acorde con los estándares técnicos vigentes; el administrador debe ponderar el medio, de una manera que remueva los obstáculos con los trabajos urgentes, únicamente, para lograr el fin, sin perder de vista los resultados de los estudios que ya encomendó. Tan inadmisibles invertir para perder, como no hacer nada hasta cuando se tenga con qué construir nueva sede”.

¹⁵⁴ En el marco del seguimiento al cumplimiento de las medidas provisionales dictadas por el Tribunal Administrativo de Casanare, este indicó en el auto de 20 de enero de 2020 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/32668496/85001233300020160029000.PDF>] : “De acuerdo con los informes presentados por Red Salud Casanare y por el departamento de Casanare, la consultoría determinó que debe construirse un nuevo hospital y demolerse el existente y según lo indicado por los obligados ya se dio inicio a la formulación del proyecto para la construcción del nuevo centro hospitalario y actualmente se está en la etapa de aprobación de diseños (...)”.

una orden de demolición de la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo.

Así las cosas, la demolición de la edificación la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Paz de Ariporo debe condicionarse a la terminación y puesta en operación de un nuevo centro hospitalario¹⁵⁵ que cumpla como mínimo con los mismos servicios habilitados respecto de aquel.

Finalmente, cabe agregar que ninguna deficiencia por falta de mantenimiento o uso indebido se encuentra acreditada en el proceso respecto de la “dotación hospitalaria”¹⁵⁶, el “equipo biomédico”¹⁵⁷, el “equipo industrial de uso hospitalario”¹⁵⁸ y el “equipo de comunicaciones e informática”¹⁵⁹, principalmente, porque ni en la visita realizada el 27 de septiembre de 2016 por el departamento¹⁶⁰

¹⁵⁵ No sobra indicar en este punto que, en concordancia con el artículo 69 de la Ley 1438/11, el MINSALUD expidió la Resolución 829/15, “por la cual se definen las condiciones técnicas para la destinación de los recursos del proyecto ‘Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional’”, que restringió la aplicación de sus normas a las entidades departamentales y distritales que presenten proyectos para el fortalecimiento de las ESE de su jurisdicción. En sentido similar se encuentra la Resolución 4445/96, “por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas”, adicionada y modificada por las Resoluciones 5042/96 y 238/99.

¹⁵⁶ De acuerdo con el artículo 3 del Decreto 1769/94 –aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– “Para los efectos de la actividad de mantenimiento, la dotación hospitalaria comprende: el equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales, y los equipos de comunicaciones e informática”.

¹⁵⁷ De acuerdo con el artículo 5 del Decreto 1769/94 –aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– “Se entiende por equipo biomédico todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud”.

¹⁵⁸ De acuerdo con el artículo 4 del Decreto 1769/94 –aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– “Hacen parte del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aire acondicionado y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario”.

¹⁵⁹ De acuerdo con el artículo 6 del Decreto 1769/94 –aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– “Hacen parte del equipo de comunicaciones e informática: el equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario”.

¹⁶⁰ Folios 77 a 79, c. 1 Principal. Acta IVC N° 020-16. En el informe de 16 de diciembre de 2016 [Folios 80 a 82, c. 1 Principal], realizado como consecuencia de la referida visita se concluyó (se transcribe de forma literal incluidos los eventuales errores):

“(…)

“3. La institución no oferta servicios quirúrgicos, ni servicios de radiología, por lo cual tanto no los tiene habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), por lo cual no funciona la Sala de Quirófano, ni la sala de Rayos X.

“4. La institución cuenta con hornos incineradores, los cuales no están en operación, debido a que la norma ambiental vigente establece que la disposición final de los residuos hospitalarios y peligrosos se debe realizar en instituciones debidamente autorizadas por la autoridad ambiental, a las cuales les serán entregados dichos residuos por parte de las instituciones de salud; por lo tanto no es pertinente que dichos hornos funcionen.

a la sede de la referida IPS ni tampoco en las auditorías realizadas por el municipio¹⁶¹ se presentaron cuestionamientos de esa índole.

Una debida acreditación sobre los aspectos en cuestión no solo exige tener certeza sobre los servicios habilitados¹⁶² para la referida IPS y cuáles implicaban el uso de elementos –*debidamente identificados*– de la “*dotación hospitalaria*”, el “*equipo biomédico*”, el “*equipo industrial de uso hospitalario*” y el “*equipo de*

“5. La institución cuenta con bodegas de elementos inservibles, los cuales deben ser dados de baja, cumpliendo los procesos y procedimientos destinados por la institución para el mismo y acordes a la normatividad vigente, que permita su salida de las instalaciones de la entidad.

“6. La institución para la presente sede no presenta falla en la asignación de citas a los usuarios.

“7. La institución cuenta con Servicios de Laboratorio Clínico permanente, con disponibilidad del mismo en horario nocturno, fines de semana y días festivos” (subrayado fuera de texto).

¹⁶¹ Folio 60, c. 1 Principal (CD, archivo “*oficio personería 582 centro de salud*”, oficio 300.15.752 de 3 de octubre de 2016, dirigido por el Municipio a la Personería). En este oficio se advierte que el Municipio realizó encuestas de evaluación de la satisfacción con relación a la prestación de los servicios en el “*Centro de Salud Jorge Camilo Abril*”, a usuarios de CAPRESOCA EPS y La Nueva EPS, quienes frente a los ítems referentes a la accesibilidad a los servicios de salud y tiempos de espera, consideraron que debía mejorarse la asignación de citas para evitar largas filas, lo cual dijo evidenciar el Municipio al observar la situación mientras realizaba la aplicación de las encuestas.

Folios 34 a 42, c. 1 Principal. Actas N° 351.46.6-253 de 30 de septiembre de 2016 y N° 351.46.6-262 de 6, 10 y 11 de octubre de 2016. En estos documentos se enlistan para la época de los hechos los servicios habilitados de baja complejidad que habían sido contratados por tres (3) EPS con la IPS en cuestión, específicamente en el caso de CAPRESOCA EPS y la Nueva EPS: medicina general, odontología general, laboratorio clínico, hospitalización, procedimientos menores, transporte de ambulancia, atención de urgencias, atención integral del parto y del recién nacido, promoción y prevención (PyP) y vacunación; y, en el caso de, CAFESALUD: laboratorio clínico, hospitalización, atención de urgencias, PyP y farmacia.

¹⁶² El “*Sistema Único de Habilitación*”, que es desarrollo de los artículos 42.10 y 56 de la Ley 715/01 y 58 de la Ley 1438/11, fue definido por el artículo 2.5.1.3.1.1. del Decreto 780/16 –*que derogó el Decreto 1011/06, sin perjuicio de que reprodujo su contenido*– como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. Con base en esta normativa el MINSALUD expidió la Resolución 2003/14, “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*” que se encuentra aportada al expediente [Folio 207 (CD), c. 1 Principal] y que recientemente fue derogada por la Resolución 3100/19, “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*”.

No sobra indicar que el artículo 42 de la Ley 715/01 concibió el “*Sistema Único de Habilitación*”, el “*Sistema de Garantía de Calidad*” y el “*Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud*”, cuyo desarrollo definió a la reglamentación. Fue dentro de ese contexto que el Decreto 1011/06 –*aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido*– al desarrollar el “*Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – SOGCS*” del SGSSS y sin perjuicio del cumplimiento de otras normas relacionadas con sistemas de calidad y su mejoramiento –*artículo 107 de la 1438/11*–, lo definió como “*el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país*” y precisamente estableció como componentes suyos el “*Sistema Único de Habilitación*”, la “*Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud*”, el “*Sistema Único de Acreditación*” y el “*Sistema de Información para la Calidad*”, normativa cuyo campo de aplicación incluye a los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y entidades departamentales distritales y municipales de Salud.

comunicaciones e informática”, sino también, tratándose de dichos elementos, cuándo cumplieron o cumplirán su vida útil¹⁶³ y en este caso a lo sumo fue aportado conjuntamente con el Plan de Mantenimiento Hospitalario de REDSALUD, el portafolio de servicios¹⁶⁴ del centro de salud Paz de Ariporo para el 2015, que no permite deducir esa información.

¹⁶³ En el marco del seguimiento al cumplimiento de las medidas provisionales dictadas por el Tribunal Administrativo de Casanare, en el auto de 20 de septiembre de 2018 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/19618617/85001233300020160029000.PDF>], tuvo por cumplida la medida provisional impartida en el literal d) del ordinal 1º de la sentencia impugnada respecto de REDSALUD: *“d) Las mismas medidas y en el término indicado deben adoptarse respecto de los bienes muebles e inmuebles que existen en el centro de salud Jorge Camilo Abril del municipio de Paz de Ariporo”,* literal que remitía a las mismas medidas dictaminadas frente a los otros centros de salud de las veredas de dicho municipio involucrados en el presente proceso, y entre las que se destacan principalmente las de *“a) Inventariar por su clase, cantidad, calidad y estado, todos y cada uno de los elementos que se encuentran abandonados (...)”* y *“b) Establecer si los elementos devolutivos aún sirven para los efectos para los cuales fueron adquiridos, caso en el cual se les dará el uso que corresponde; y si ya no sirven para esos fines, para que les dé de baja agotando el trámite establecido para el efecto”*.

¹⁶⁴ Folios 113 a 117, c. 2 Principal.

- **La situación en relación con la población dispersa de la zona rural del municipio de Paz de Ariporo, en particular la de las veredas¹⁶⁵ Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada**

En el contexto del principio de universalización la jurisprudencia constitucional¹⁶⁶ coincide con el hecho de que la necesidad de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para todo el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, se justifica en la existencia de poblaciones dispersas geográficamente que, ante su situación de vulnerabilidad, deben soportar diversas limitaciones y dificultades en el acceso a los servicios de salud por las características propias de sus territorios, la falta de vías de comunicación, los elevados costos de transporte y los altos niveles de pobreza.

Asimismo, para el año 2015 la jurisprudencia constitucional¹⁶⁷ reconocía que el ordenamiento jurídico no despliega opciones concretas que puedan abordar los problemas del aseguramiento en territorios caracterizados –entre otras– por el factor de la población dispersa, que sean efectivamente razonables en términos financieros y étnicos, planteamiento con base en el cual afirmó que existe un vacío legislativo en cuanto a normas que establezcan un marco que permita desarrollar condiciones efectivas para prestar el servicio de salud en zonas con rasgos específicos con desafíos tales como la dificultad en las vías de acceso, la densidad de la selva y una cultura diferente a la mayoritaria.

La preocupación por la prestación de los servicios de salud en territorios caracterizados por una población dispersa¹⁶⁸ (*zonas de baja densidad poblacional*) y/o por encontrarse en zonas alejadas y/o de difícil acceso (*zonas marginadas*) llevó al legislador a impulsar la presencia y fortalecimiento de la institucionalidad pública (*ESE*) para poder superar las dificultades –principalmente del orden de la *sostenibilidad financiera*– que esas situaciones plantean frente a la variada complejidad de dichos servicios.

¹⁶⁵ “Análisis de Situación de Salud 2017-ASIS” del Municipio, pág. 26 [<http://www.pazdeariporo-casanare.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/ASIS%20ACTUALIZADO%202017.pdf>].

¹⁶⁶ Sentencia C-313/14. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

¹⁶⁷ Sentencia T-357/17. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

¹⁶⁸ De acuerdo con el numeral 3 del artículo 2.4.6. del Decreto 780/16 la “dispersión geográfica” es el resultado de dividir la extensión en kms² de cada distrito o municipio entre su población.

El enfoque institucional que promovió inicialmente la ley consideró la situación de determinados departamentos¹⁶⁹, aunque paulatinamente dejó de restringirse a estos y pasó a depender de la definición que hiciera el Gobierno Nacional¹⁷⁰, con base en determinadas características de los respectivos territorios. Además, el legislador ha buscado que la situación de la población de los referidos territorios no se aborde únicamente desde la presencia y fortalecimiento de la institucionalidad pública en ellos –con base en la “rentabilidad social”– sino también –medida en todo caso reciente– desde la garantía en la prestación de servicios de salud en determinados contextos, con fundamento en criterios como el de prelación en la atención¹⁷¹.

¹⁶⁹ En los artículos 14 (literal l), 26 (parágrafo 2) y 27 (parágrafo 4) de la Ley 1122/07 se estableció, respectivamente, que • “l) Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos”; • “La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés”; y que • “Para los departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309 [entre los que se encuentra la otrora intendencia de Casanare], que presenten condiciones especiales (...) el Ministerio de la Protección Social reglamentará (...) la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina. La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente” (subrayado fuera del texto).

¹⁷⁰ Los artículos 30 y 79 de la Ley 1438/11 disponen, respectivamente, que • “[e]l Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento” y que • “[s]e garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia” (subrayado fuera del texto).

En desarrollo de lo anterior, el Decreto 2273/14 –que aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido– estableció disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud, y previó la configuración de dicha situación cuando la oferta de servicios se sustenta en la infraestructura pública a través de la cual se prestan los “servicios trazadores” [específicos servicios de baja, media y alta complejidad] definidos en la misma subsección, independientemente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se pueda acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo.

Posteriormente, el artículo 24 de la Ley 1751/15 dispuso “[e]l Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

¹⁷¹ El artículo 247 de la Ley 1955/19 estableció “Cuando el proceso de referencia (definido en el artículo 2.5.3.2.16. del Decreto 780/16) se solicite, de manera posterior a la atención de urgencias o ambulatorias prioritarias, se deberá dar prelación a aquellos pacientes que procedan de regiones dispersas y de difícil acceso, por parte de la entidad responsable de pago y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora”.

Las condiciones de dispersión¹⁷² de la población en el municipio y de distancia y tiempo¹⁷³ de traslado entre su centro urbano y las veredas Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada, por sí mismas, nada permiten deducir frente a la vulneración y/o amenaza de los derechos colectivos invocados en la demanda, distinto de lo que sucede con las acciones y/o omisiones desestimatorias de las implicaciones de esas condiciones y que fueron determinantes de las deficiencias en la prestación del servicio de salud respecto de la población rural del municipio, en particular de acuerdo con lo que se acreditó en el proceso, así:

- Los inmuebles en los que otrora funcionaban puestos o centros de salud para la atención de la población de las veredas Montañas del Totumo¹⁷⁴, Las Guamas¹⁷⁵, La Hermosa¹⁷⁶, Centro Gaitán¹⁷⁷, Caño Chiquito¹⁷⁸ y La

¹⁷² De acuerdo con el “Análisis de Situación de Salud 2017 (ASIS)” [<http://www.pazdeariporo-casanare.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/ASIS%20ACTUALIZADO%202017.pdf>], el Municipio, por una parte, tiene una extensión de 13.800 km², siendo uno de los municipios más extensos del país y que representa el 27.14% de la superficie del Departamento; y, de otro lado, el área urbana ocupa aproximadamente 7 km² y la rural 12.793 km². El mismo documento indica que la población del municipio es de 26.458 habitantes, de los cuales 19.285 habitan en el área urbana y 7.173 en el área rural, además de que “[p]ara el año 2015 existe una densidad poblacional de 1,93 habitantes/km², Paz de Ariporo resulta ser uno de los municipios del país con mayor dispersión poblacional en su área rural”. En sus conclusiones sobre el contexto territorial y demográfico se advierte que “[l]a población del municipio de Paz de Ariporo presenta alto nivel de dificultades para la movilización por vías y caminos que comunican el área urbana y rural. El área rural tiene grandes dificultades de acceso por las distancias, el mal estado de las vías y en algunos casos la falta de las mismas, entorpeciendo el acceso a la prestación de servicios de salud y de educación”.

¹⁷³ Folio 279, c. 2 Principal. (CD) Archivos “Certificación Distancias” y “Certificación Medios de Comunicación”. De acuerdo con las certificaciones del Jefe de Oficina de Ordenamiento Territorial de la Oficina de Planeación y de la Secretaría General y de Gobierno del municipio de Paz de Ariporo, la distancia y el tiempo estimado de traslado desde este a las veredas indicadas en la demandas es:

TRAMO	DISTANCIA	ESTADO	TIEMPO ESTIMADO DE TRASLADO
Paz de Ariporo – vereda Montañas de Totumo	86 km	Del km 00.0 al km 48.9 pavimentado	2H y 30M vía terrestre en verano
Paz de Ariporo – vereda Las Guamas	113 km	Del km 00.0 al km 48.9 pavimentado	3H vía terrestre en verano
Paz de Ariporo – vereda La Hermosa	191.7 km	Del km 00.0 al km 48.9 pavimentado	8H y 30M vía terrestre en verano 1H al municipio La Primavera (Vichada) vía fluvial
Paz de Ariporo – vereda Caño Chiquito	63 km	Del km 00.0 al km 14.8 pavimentado	1H y 30M vía terrestre en verano
Paz de Ariporo – vereda Centro Gaitán	104.8 km	Del km 00.0 al km 14.8 pavimentado	2H y 30M vía terrestre en verano
Paz de Ariporo – vereda La Aguada	12 km	Terraplén de tierra y material crudo de río	1H vía terrestre en verano

¹⁷⁴ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 6 1280x720 3.78Mbps 2017-09-10 22-15-44.mp4”).

¹⁷⁵ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 7 1280x720 3.78Mbps 2017-09-11 06-33-06.mp4”).

Aguada¹⁷⁹ se encuentran cerrados¹⁸⁰ y presentan un alto grado de deterioro, según se evidencia en las videograbaciones y fotografías objeto de las pruebas practicadas en el proceso.

- El MINSALUD¹⁸¹ aprobó el 1 de marzo de 2017 la propuesta de ajuste que presentó el departamento respecto del “Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRM)”, denominada “Red de Servicios de Salud del Casanare 2016”, en la cual, entre otras, se previó la puesta en operación dentro de la “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte”¹⁸² de sedes adicionales (*complejidad tipo A*) adscritas a REDSALUD y dependientes del Hospital Local de Paz de Ariporo, específicamente los puestos de salud de las veredas San José de Ariporo, Montañas del Totumo¹⁸³, La Hermosa y La Esmeralda (*se subrayan las que se encuentran referenciadas en la demanda*).

¹⁷⁶ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 2 1280x720 3.78Mbps 2017-09-10 14-08-44.mp4”).

¹⁷⁷ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 4 1280x720 3.78Mbps 2017-09-10 18-38-54.mp4”).

¹⁷⁸ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 5 1280x720 3.78Mbps 2017-09-10 20-11-58.mp4”).

¹⁷⁹ Folio 279, c. 2 Principal (CD 2, archivo “Sin título 3 1280x720 3.78Mbps 2017-09-10 15-19-36.mp4”).

¹⁸⁰ Folios 277 a 278, c. 2 Principal. En el oficio No. 301.15-047 de 12 de septiembre de 2017, el alcalde del Municipio, quien acompañó la práctica de las referidas videograbaciones y fotografías, indicó que en tales inmuebles no se presta servicio de ningún tipo desde hace más de quince (15) años, salvo cuando dicha entidad territorial apoya las jornadas de salud organizadas por las EPS. Vale la pena indicar también que el Departamento durante la audiencia de pacto de cumplimiento [Folios 182 a 188, c. 1 Principal] “(...) *adujo que antes existían unos centros rurales que eran manejados por las juntas de acción comunal y por los promotores de salud y allí se hacían varios procedimientos y se brindaba atención, esto ocurrió antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Posteriormente la Ley en cita exige unos estándares mínimos para brindar el servicio de salud y esa fue la razón para cerrar los centros de salud rurales, porque no cumplían con esos estándares; desde ese momento la prestación del servicio se presta en el área urbana y el área rural a través de brigadas de salud*”.

¹⁸¹ Folio 208 a 2010, c. 1 Principal. Memorando 201723100191793 del MINSALUD de 31 de julio de 2017 suscrito por el Subdirector de Prestación de Servicios.

¹⁸² En el mismo documento del MINSALUD se afirma que el Departamento perseguía el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las cinco (5) sedes de baja complejidad de la “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte”, que se encuentran adscritas a REDSALUD y que atienden la “Zona de Salud Norte”, compuesta por los municipios de Paz de Ariporo (26.534 habitantes, de acuerdo con los datos del DANE para el 2016), Hato Corozal (12.364 habitantes), Sácamá (2.034 habitantes), La Salina (1.434 habitantes) y Pore (7.915 habitantes), sedes que corresponden al Hospital Local de Paz de Ariporo (*complejidad Tipo C y es la cabeza de la referida subred, centro de apoyo y complementariedad*) y los cuatro (4) centros de salud (*complejidad tipo B II*) de los municipios restantes.

¹⁸³ Folios 31 a 33 y 60, c. 1 Principal (CD, archivo “solicitud defensoría del pueblo pto de salud totumo”, oficio RSCOJ.272 de 14 de octubre de 2016 dirigido por REDSALUD al Municipio). Según se infiere del oficio en cuestión, hasta antes de esta propuesta de ajuste, ni el Plan Bienal de Inversiones ni en el estudio de redes del Departamento aprobado por el MINSALUD se incluía el funcionamiento del puesto de salud de Montañas de Totumo, inclusión que por lo demás, dado el estado de saneamiento fiscal en que se encontraba REDSALUD, conllevaba asumir un riesgo financiero al que se sumaba la carencia de condiciones financieras, presupuestales, técnico-administrativas y de infraestructura para la habilitación de dicha sede.

Según se indicó en el mismo documento, la propuesta sobre el desarrollo de proyectos e inversiones para la remodelación y reposición de la infraestructura hospitalaria en la “*Subred Integrada de Servicios de Salud Norte*”, así como también la inclusión y oferta de servicios de salud especializados de atención ambulatoria, se encuentran condicionadas a la viabilidad legal, técnica y financiera previa, que evidenciara la sostenibilidad en la red y que debían ser aprobadas por la Secretaría Departamental de Salud, de acuerdo con las Resoluciones 2514 de 29 de agosto de 2012 y 1985 de 11 de junio de 2013 del MINSALUD.

- El *a quo* declaró recientemente cumplidas¹⁸⁴, entre otras de las medidas provisionales impartidas en el fallo impugnado, las dos que ordenaron a MINSALUD, departamento, municipio y REDSALUD, por una parte, la realización de un estudio que abarcara las necesidades en salud de las comunidades residentes en las veredas del municipio de Paz de Ariporo con base en los aspectos determinados en la misma orden y, de otro lado, la actualización del estudio parcial que el MINSALUD había realizado sobre las veredas San José de Ariporo, Montañas de Totumo, La Hermosa y La Esmeralda (*se subrayan las que se encuentran referenciadas en la demanda*).

¹⁸⁴ Así se infiere de lo afirmado por el *a quo* en el auto de 9 de enero de 2019 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/15829339/85001233300020160029000.PDF>], en el que se dispuso que “*Según los informes rendidos, las gestiones y la actualización fueron ejecutadas*”, lo que a su vez se fundamentó en que, de acuerdo con la parte considerativa, MINSALUD, el Departamento y REDSALUD han venido sosteniendo permanente comunicación y recabando información para la caracterización de la zona –*entre la que se consideró el PTRRM aprobado por el Departamento en el 2017*–, la determinación de los puntos estratégicos para la prestación del servicio y la estimación del costo de las actividades de las estrategias propuestas, todo lo cual tuvo como resultado la preparación de un borrador de estudio con elementos trazadores el 29 de octubre de 2018, elaborado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de dicho Ministerio, en el que se destacan: ● el objetivo de garantizar como mínimo la oferta de servicios ambulatorios, de urgencias y hospitalarios de baja complejidad para el Municipio, en el marco de referencia y contra referencia a cargo de la EPS, en lo posible según la disponibilidad presupuestal de REDSALUD; ● las estrategias de REDSALUD –*junto con el estudio técnico y costos respectivos*– en la zona teniendo en cuenta las causas y objetos, por una parte la implementación de un hospital móvil por subregión para la atención de los servicios de salud en el área rural y, por otro lado, las clínicas extramurales en el área rural, personal, servicios que prestarán, ubicación de las sedes de atención y un cronograma. A su turno, el Municipio suscribió el contrato de prestación de servicios 249 de 24 de agosto de 2018 para el acopio de los datos para la actualización del ASIS en sus distintos componentes: la “*realización de la asistencia técnica para la actualización del contexto territorial*”, la “*actualización de la caracterización del contexto demográfico*”, el “*análisis de los efectos en salud y sus determinantes*”, el “*análisis de los efectos de los determinantes sociales de la salud sobre la morbilidad*” y la “*realización de la priorización de los efectos de la salud*”.

Las medidas precedentes supeditaron el cumplimiento de otras también provisionales que, de acuerdo con la más reciente decisión¹⁸⁵ del *a quo*, continúan desarrollándose, concretamente las dos que le ordenaron a MINSALUD, departamento, municipio y REDSALUD, por una parte, establecer, de acuerdo con los parámetros del referido estudio, si el personal, equipos, instalaciones y demás son suficientes para prestar el servicio de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo, en concordancia con los principios constitucionales y legales que regulan la materia; y, de otro lado, incluir en el mismo estudio las actividades presupuestales, administrativas, locativas y demás requeridas para garantizar dicho servicio.

Del cumplimiento de las cuatro medidas provisionales precedentes, todas contenidas en el ordinal cuarto de la parte resolutive del fallo impugnado, se hizo depender la efectividad de la medida definitiva también impartida en él, consistente en la ejecución de las medidas resultantes del estudio atrás indicado, advirtiendo que el funcionamiento, adecuación de instalaciones, el gasto de personas y demás correrán por cuenta de REDSALUD o la entidad que lo reemplace.

Lo anterior permite concluir que el cierre y deterioro de los puestos o centros de salud de las veredas Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada constituye un evento propio de las hipótesis de los daños consumados frente a la vulneración del derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público, lo que se explica en que, más allá del

¹⁸⁵ Así se infiere de lo afirmado por el *a quo* en el auto de 20 de enero de 2020 [<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2196916/32668496/85001233300020160029000.PDF>], en el que se registró que, de acuerdo con el informe presentado por Departamento, REDSALUD y MINSALUD, ● con corte a noviembre de 2019 REDSALUD había desarrollado 53 jornadas de atención integral en el área rural y urbana del Municipio, beneficiando a 3364 personas del régimen subsidiado y 13 del contributivo; ● durante la vigencia 2019 se realizaron jornadas extramurales en las áreas urbana y rural del ente territorial, en las que se desarrollaron 3366 actividades PyP; ● las áreas de urgencias y partos del Hospital de Paz de Ariporo fueron remodeladas debido a que sufrieron deterioro por torrencial aguacero y actualmente cumplen con los estándares de habilitación en salud de la Resolución 2003/14; ● se realizó dotación de equipos biomédicos y de apoyo hospitalario por valor de \$499.451.489; ● se encuentra en etapa de formulación el proyecto para la adquisición de la unidad móvil para el fortalecimiento de las actividades extramurales; ● se encuentra en etapa de aprobación de planos y diseños el proyecto para la construcción del nuevo hospital local. Como consecuencia de lo anterior, el *a quo* resolvió “DECLARAR que se están cumpliendo las medidas provisionales decretadas; sin embargo, SE REQUIERE a los obligados para que dentro de los 10 primeros días del mes de marzo remitan informe ejecutivo sobre las actividades adelantadas en cumplimiento de las dos medidas cautelares que se encuentran pendientes de acatamiento, de conformidad con lo señalado en las consideraciones”. Cabe agregar que, en la parte considerativa, el *a quo* estableció que los informes debían presentarse cada dos (2) meses, razón por la cual, el siguiente correspondía al del mes de marzo de 2020.

menoscabo a los inmuebles debido al abandono y la esporádica utilización¹⁸⁶, una eventual puesta en operación en condiciones que acaten la normativa vigente en materia de la prestación del servicio salud necesariamente implicará la consecución de recursos, como para mínimo realizar las reconstrucciones y/o reparaciones a las que haya dado lugar la situación que se comenta.

La vulneración de dicho derecho colectivo en los términos previamente indicados comprometió la responsabilidad del municipio, aseveración que se explica en el hecho de que el fortalecimiento del “*sistema de centros y puestos de salud*” constituyó unas de las políticas del legislador en 1993¹⁸⁷ que dio prioridad al referido sistema en la asignación de recursos a cargo de los municipios para inversión en salud.

Asimismo, lo acreditado en el proceso ratifica, en relación con la situación de la población rural dispersa en las veredas del municipio de Paz de Ariporo, que más allá de los esfuerzos recientes de la mayoría de las entidades demandadas por dar cumplimiento a las medidas provisionales impartidas por el *a quo*, los efectos de las acciones y/o omisiones constitutivas de amenaza y/o vulneración de derechos colectivos no han desaparecido, según se explicará más adelante al abordar la fundamentación de la amenaza y/o vulneración de los derechos colectivos relacionados con • el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, • los derechos de los consumidores y usuarios • el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna y • la seguridad y salubridad públicas.

En ese sentido, la prestación de los servicios de salud a la población rural de las veredas Montañas del Totumo, Las Guamas, La Hermosa, Centro Gaitán, Caño Chiquito y La Aguada necesariamente se vio afectada con el cierre de los puestos o centros de salud que allí operaban en la medida en que la(s) entidad(es) responsable(s), al haber omitido adoptar medidas que contrarrestaran los efectos de ese hecho, contribuyeron de forma determinante en la desmejora de esos servicios, pese a que conocían las condiciones expuestas concernientes a la dispersión de la población de esos territorios y las dificultades que emergen de la

¹⁸⁶ Folios 182 a 188, c. 1 Principal y 217 a 218, c. 2 Principal. Según ya se dijo anteriormente, el Departamento y el Municipio durante el transcurso del proceso han expresado, respectivamente, que la prestación del servicio de salud en el área rural se hace a través de brigadas de salud o mediante jornadas de salud organizadas por las EPS. No sobra indicar que, en la audiencia de pacto de cumplimiento, el Municipio expresó que tenía disposición de entregar los terrenos en donde se encuentran los centros de salud rurales en comodato u otra forma jurídica que se considere para que puedan ser utilizados.

¹⁸⁷ Artículo 191 de la Ley 100/93.

distancia y tiempo entre dichas veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, en donde opera la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril”. La conservación de los puestos o centros de salud podía haber contribuido a mantener una básica dinamización en la prestación del servicio de salud a través de varios nodos¹⁸⁸, sin el riesgo de una desmejora en la efectividad por cuenta de su desactivación y desmantelamiento.

No obstante que el cumplimiento del fallo impugnado en lo concerniente a las medidas provisionales impartidas recientemente por el *a quo* ha implicado de parte de REDSALUD la realización de jornadas extramurales en las áreas urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo, la Sala no puede considerar superada la situación que acarreó la amenaza y/o vulneración de los referidos cuatro derechos colectivos en los términos que enseguida se exponen, principalmente por la falta de un proyecto definitivo y ejecutable, con recursos y resultados objetivamente verificables frente a la mejor estrategia para la prestación de servicios de salud a los que pueda acceder la población de las zonas rurales de dicho municipio afectada por las referidas condiciones de dispersión, distancia y tiempo.

Téngase presente que los puestos o centros de salud no solo fueron concebidos desde sus orígenes como servicios mínimos¹⁸⁹ de que disponían los municipios, sino que también en la década de los noventa¹⁹⁰ pasaron a conformar el primer nivel de atención del servicio de salud¹⁹¹ conjuntamente con los hospitales locales

¹⁸⁸ PULGARIN HENAO, Dora y Otros. Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2018, 17(34).

¹⁸⁹ Así lo recordó esta Corporación al referirse al artículo 4 del Decreto 3842/49, “*Por el cual se organiza la salubridad nacional*”, disposición que, para la época en la que fue expedido, en orden a facilitar la prestación de los servicios de salud, dispuso la creación de los organismos: puestos de salud, centros de salud, direcciones municipales de higiene y direcciones departamentales de higiene. Sección Primera. Sentencia de 25 de noviembre de 2019 [Radicado 66001-23-33-000-2014-00322-01(AP)]. MP. Oswaldo Giraldo López.

¹⁹⁰ La doctrina nacional anota que “*La primera transformación significativa del sector salud se produjo con la Ley 10 de 1990, la cual redefinió la salud como un servicio público gratuito que el Estado debía garantizar de manera descentralizada y con participación del sector privado, las entidades territoriales y sus entes descentralizados. Esta ley se enmarcó dentro de la oleada de políticas públicas descentralizadoras que experimentaron muchos países latinoamericanos durante las décadas de los ochenta y noventa. Aunque la Ley 10 sentó las bases de la reforma, fue la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 la que dio el impulso definitivo al rediseño del sistema de salud, que se cristalizaría dos años más tarde con la Ley 100 de 1993*”. LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo. *Derechos en la práctica. Jueces, litigantes y operadores de de políticas de salud en Colombia (1991-2014)*. Bogotá. Universidad de los Andes. 2015. pág. 67.

¹⁹¹ “*Ley 10/90. Artículo 6. Responsabilidades en la dirección y prestación de servicios de salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo primero de la presente Ley, y sin perjuicio de la aplicación de los principios de subsidiariedad y complementariedad, de que trata el artículo 3o de esta Ley, y de las funciones que cumplen las entidades descentralizadas del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación de servicios de previsión y seguridad social, y las que presten servicios de salud, adscritas al Ministerio de Defensa, asignase las siguientes responsabilidades, en materia de prestación de servicio de salud: a) A los municipios, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas municipales,*

y desde el 2011 resultan compatibles con el componente del fortalecimiento de los servicios de baja complejidad dentro de la estrategia de la “Atención Primaria en Salud”¹⁹², razón por la cual el cierre de dichos establecimientos necesariamente afectaba la garantía mínima de la población rural del municipio para acceder a la prestación del servicio.

Sin embargo, la responsabilidad por la falta de adopción de medidas idóneas que, tratándose de la infraestructura de redes para la prestación de servicios de salud, contrarrestaran los efectos de esa situación no le competen a un municipio no certificado en salud en los términos de la Ley 715 de 2001¹⁹³, condición¹⁹⁴ que, según la jurisprudencia constitucional¹⁹⁵, además de que le impide el manejo directo de sus recursos en dicho contexto, al desplazarlo de la administración y trasladarla al departamento al que pertenece, implica que la disposición de los mismos pasa necesariamente por los proyectos avalados por este último y consolidados en el Plan Bienal de Inversiones, sin perjuicio de que la ejecución de algunos recursos requiera de una labor coordinada con ese municipio¹⁹⁶, puesto

Distritales o metropolitanas, directas o indirectas, creadas para el efecto, o mediante asociación de municipios, la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud; (...) (subrayado fuera del texto).

“Decreto 1762/00. Artículo 15. La dirección de los servicios del primer nivel de atención la hará el organismo de dirección municipal de salud y la ejecución será responsabilidad de las unidades prestadoras de servicios, con base en los principios de universalidad, subsidiaridad, participación ciudadana e integración funcional, así como en las normas establecidas por los regímenes y las demás que expida el Ministerio de Salud para el efecto”.

¹⁹² Artículos 12 y 13 de la Ley 1122/07.

¹⁹³ De acuerdo con el párrafo del artículo 45 de la Ley 715/01, adicionado por el artículo 26 de la Ley 1176/07, los distritos y municipios que no hayan asumido la prestación de los servicios de salud podrán hacerlo si cumplen con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno, y tendrán el plazo definido por este. Dentro de ese contexto, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 4973/09 –*aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido*–, que estableció las capacidades y estándares administrativos, fiscales y técnicos, así como los procedimientos y términos necesarios para que los municipios obtengan la certificación para asumir la gestión de la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de su jurisdicción.

De acuerdo con el párrafo del artículo 49 de la Ley 715/01 –*que perdió vigencia a partir del 31 de diciembre de 2019, según lo dispuso la Ley 1955/19*–, los recursos que corresponden a los servicios para atención en salud en el primer nivel de complejidad no podían ser administrados por los municipios que no obstante encontrarse certificados para el 31 de julio de 2001, no hubieran asumido la competencia para la prestación del servicio de salud, imposibilidad que por simple lógica debe entenderse extensiva a los no certificados.

¹⁹⁴ *“Ley 1122/07. Artículo 25. De la regulación en la prestación de servicios de salud (...) Parágrafo 2. Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud (...)”* (subrayado fuera del texto).

¹⁹⁵ Sentencia T-357/17. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

¹⁹⁶ En relación el uso de los saldos de las “*cuentas maestras*” y siempre que no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del régimen subsidiado de salud y que se hayan descontado los recursos para utilizarse de conformidad con el artículo 89 de la Ley 1485/11, el artículo 2 de la Ley 1608/13 estableció que sus saldos pueden usarse, entre otras opciones –*sin perjuicio de los requisitos adicionales contenidos en el párrafo de la misma disposición*–, en la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública

que del hecho de no contar con certificación no puede entenderse que no tengan injerencia en las decisiones que los afecten.

No significa lo anterior que un municipio no certificado en salud pueda desentenderse del cumplimiento de otras competencias atribuidas en la materia¹⁹⁷, cuyo ejercicio coordinado y complementario con las autoridades departamentales y nacionales, si bien puede contribuir en parte a solucionar las necesidades en salud de su población rural, por sí solo no tiene la eficacia¹⁹⁸ para afrontar en forma eficaz la problemática, particularmente en medio de un contexto de baja densidad poblacional, de una limitada oferta y accesibilidad a los servicios de salud y de barreras y carencia de vías de acceso entre las veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo.

Aunque de acuerdo con las Leyes 136 de 1994¹⁹⁹ y 715 de 2001²⁰⁰ los municipios tienen la competencia de construir y conservar la infraestructura municipal de

de IPS, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Además, la misma disposición dispuso que los municipios y distritos no certificados deben ejecutar los recursos para dichas inversiones en coordinación con el departamento y deben estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

Vale aclarar que las “cuentas maestras”, de acuerdo con la letra f) del artículo 13 de la Ley 1122/07 y el artículo 5 del Decreto 971/11 –*aunque fue derogado por el Decreto 780/16, este reprodujo su contenido*–, son las cuentas bancarias separadas y registradas por las EPS para el recaudo y giro de los recursos que financian el régimen antedicho.

¹⁹⁷ En el contexto de la acción de tutela, en la sentencia T-357/17 [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado] de la Corte Constitucional se destacaron las competencias de los municipios en general que establece la Ley 715/01 y que se refieren a la gestión y supervisión del acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción (artículo 44.1.3); la identificación de la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y la selección de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia (artículo 44.2.2.); la adopción, implementación y adaptación de las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como la formulación, ejecución y evaluación de los planes de intervenciones colectivas (artículo 44.3.1.); la formulación y ejecución de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis (art. 44.3.4.); y bajo la coordinación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y con la participación de la comunidad, la elaboración y la incorporación al Plan de Atención Básica de las acciones promoción y prevención (artículo 46). A las anteriores cabe agregar la competencia de los municipios de coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal (artículo 44.3.7.).

¹⁹⁸ En el “*Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021*”, el MINSALUD reconoció que la consecución de sus metas enfrenta verdaderos desafíos, entre los cuales, se mencionaron “(...) los riesgos territoriales derivados de la metropolización de las ciudades, y la urbanización de la población, la dispersión poblacional en territorios extensos y con poco desarrollo e infraestructura, el gran número de fronteras con sus dinámicas (...)”. Dicho plan fue adoptado por la Resolución 1841/13 de del MINSALUD.

¹⁹⁹ “Ley 136/94. Artículo 3. Funciones de los municipios. Modificado por el artículo 6 de la Ley 1551/12. Corresponde al municipio: (...)”

“23. En materia de vías, los municipios tendrán a su cargo la construcción y mantenimiento de vías urbanas y rurales del rango municipal. Continuarán a cargo de la Nación, las vías urbanas que formen parte de las carreteras nacionales, y del Departamento las que sean departamentales”.

²⁰⁰ “Ley 715/01. Competencias del municipio en otros sectores. (...)”

“76.4.1. Construir y conservar la infraestructura municipal de transporte, las vías urbanas, suburbanas, veredales y aquellas que sean propiedad del municipio, las instalaciones portuarias, fluviales y marítimas, los aeropuertos y los terminales de transporte terrestre, en la medida que sean de su propiedad o cuando éstos le sean transferidos directa o indirectamente.

transporte, las vías urbanas, suburbanas, veredales y aquellas que sean de su propiedad, ninguna valoración puede hacerse al respecto, dado que no se encuentran acreditadas omisiones concretas sobre ese particular.

Tampoco desconoce la Sala que, como consecuencia del “Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2014-2015” con fecha de corte 31 de octubre de 2014, el municipio suscribió con REDSALUD el contrato interadministrativo 301-17.7-012 de 12 de diciembre de 2014²⁰¹, por valor de seiscientos millones de pesos (\$600.000.000) y que financió el pasivo contable y presupuestal y la implementación de las medidas de dicho programa, pero estas no hicieron ninguna referencia al “Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE (PTRRM), instrumento cuya formulación atañe a los departamentos en el caso de los municipios no certificados en salud, según se explica más adelante.

Lo hasta aquí expuesto conllevó a que la responsabilidad por la no adopción de medidas que contrarrestaran los efectos de la situación que se viene exponiendo se desplazara²⁰² al departamento de Casanare, responsabilidad que tiene fundamento en las competencias atribuidas a los departamentos, asociadas primordialmente a la organización, dirección, coordinación, administración y

“Las vías urbanas que forman parte de las carreteras nacionales seguirán a cargo de la Nación. “76.4.2. Planear e identificar prioridades de infraestructura de transporte en su jurisdicción y desarrollar alternativas viables”.

²⁰¹ Folio 60, c. 1 Principal (CD, archivo “Contrato interadministrativo N° 301.17.7-012 de 2014”). El objeto del contrato fue “realizar apoyo al programa de saneamiento fiscal y financiero correspondiente a las cuentas maestras, adopción, ejecución e implementación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Red Salud Casanare ESE, viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, correspondiente al municipio de Paz de Ariporo”.

²⁰² Un planteamiento similar, pero en el contexto de una acción de tutela fue esbozado por la Corte Constitucional en la sentencia T-249/15 [MP. María Victoria Calle Correa], en la que se planteó: “En este caso, el prestador Red Salud dejó de prestar el servicio de médico general en el Centro de Salud de La Salina, y aunque la decisión del cierre del servicio no fue de la entidad territorial, era necesario que el Departamento tomara las medidas precisas para que se llevara a cabo la óptima prestación del servicio para que los habitantes de La Salina, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención médica (...) De acuerdo con las funciones asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social por el Decreto 4107 de 2011 (modificado por el Decreto 2562 de 2012), además de las funciones de formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, le corresponde específicamente, entre otras [r]egular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos’, en el marco de esta función, la Ley 1450 de 2011 ‘por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014’ le encomendó a este ministerio viabilizar los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado ESE. De acuerdo con lo expuesto por esa Cartera durante el trámite de esta acción de tutela, el Ministerio de Salud viabilizó el Programa Territorial del Departamento del Casanare el 6 de marzo de 2014, con base en los criterios contenidos en la Resolución 2003 de 2014, lo que en principio implica que debió verificar el cumplimiento de los requisitos de habitabilidad del prestador del servicio de salud” (subrayado fuera del texto).

articulación de la red pública para la prestación del servicio de salud²⁰³, sin perjuicio además del deber que tiene como parte del Estado de adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas para garantizar opciones con el fin de que los habitantes de zonas dispersas puedan acceder a los servicios de salud que requieran con necesidad²⁰⁴.

En ese sentido, la situación exigía, de parte del departamento²⁰⁵, el cumplimiento de las competencias²⁰⁶ que le atribuyó la Ley 715 de 2001 en materia de las redes de las instituciones prestadoras de servicios de salud²⁰⁷ de dicho orden territorial, específicamente, las que atañen a su organización, dirección, coordinación, administración y la de concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para su organización funcional y administrativa²⁰⁸.

Las referidas competencias son concordantes con la política para el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad²⁰⁹ –*que precisamente involucra el presente caso*– cuya formulación atañe al Gobierno Nacional, servicios que constituyen uno de los componentes de la estrategia de la “Atención

²⁰³ Artículos 43.2.4. de la Ley 715/01 y 64 de la Ley 1438/11.

²⁰⁴ Artículo 24 de la Ley 1751/15.

²⁰⁵ Téngase presente que en materia de redes de servicios de salud, la mayor responsabilidad recae en los departamentos, al punto que, de acuerdo con el párrafo del artículo 44 de la Ley 715/01 y artículo 2.5.4.1.3. del Decreto 780/16 –*que derogó el Decreto 4973/09, sin perjuicio de que reprodujo su artículo 3*–, los municipios tienen el deber de articularse a ellas –*hipótesis que se predicaría de los municipios que presten servicios de salud esencialmente a través de ESE de ese orden, lo que no sucede con el Municipio de Paz de Ariporo*–.

²⁰⁶ En la sentencia C-615/12 [MP. Marco Gerardo Monroy Cabra] la Corte Constitucional advirtió que, de conformidad con el artículo 54 de la Ley 715/01, las redes son mecanismos organizacionales que permiten “*la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta*” (subrayado fuera del texto).

²⁰⁷ El concepto ya se consideraba en la Ley 100/93, cuyo artículo 191 de hizo referencia a la red de servicios a nivel territorial, sin perjuicio de que en el contexto del modelo empresarial conocido como “*integración vertical*” los artículos 153 (núm. 3.12) y 159.4 de la misma normativa y la reglamentación contenida en el Decreto 1804/99 –*aunque fue derogado por el Decreto 780/16 este reprodujo su contenido*– aludieran a la la red de prestadores de servicios de salud dentro de cada EPS. Sobre el particular es ilustrativa la sentencia C-1041/07 [MP. Humberto Sierra Porto] de la Corte Constitucional.

Por lo demás, de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780/16 –*que derogó el Decreto 4747/07, sin perjuicio de que reprodujo su artículo 3*– la red de prestación de servicios se define como “*(...) el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos*”.

²⁰⁸ Artículos 42.19, 43.2.4. y 43.2.5 de la Ley 715/01.

²⁰⁹ Artículo 14 de la Ley 1438/11. Asimismo, el artículo 30 de la Ley 1122/07 se refirió a la creación y fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE para fortalecer la red pública hospitalaria.

*Primaria en Salud (APS)*²¹⁰, la cual a su turno sirve de fundamento a la “*Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*”²¹¹ y al “*Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021*”²¹².

A la integración de la infraestructura de servicios de las redes en materia de salud se sumó posteriormente el atributo de la “*integralidad*”, conceptos complementarios que llevaron a la Corte Constitucional²¹³ a distinguir la “*red integrada*”²¹⁴ de la “*red integral*”²¹⁵, el primero que proyecta la forma en la que se organizan las entidades que conforman el sistema de salud y sugiere la unidad funcional y operacional con miras a la obtención de un propósito unívoco, y el segundo que refleja el tipo de servicios que esas mismas entidades²¹⁶ se obligan a prestar a sus usuarios y apareja la noción de universalidad y diversidad en la

²¹⁰ Artículo 13.9 de la Ley 1438/11.

²¹¹ Artículo 65 de la Ley 1753/15. Dentro de este contexto, si bien el MINSALUD expidió la Resolución 0429/16, “*por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en salud*” y que estableció el “*Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)*”, recientemente la derogó a través de la Resolución 2626/19, “*por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud–PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial–MAITE*”, esta última que reconoció e incorporó los desarrollos realizados a través de los componentes del MIAS.

²¹² El artículo 6 de la Ley 1438/11 previó el “*Plan Decenal para la Salud Pública*” cuya elaboración encomendó al MINSALUD, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, plan que fue adoptado por la Resolución 1841/13 de la misma entidad.

²¹³ Sentencia C-313/14. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

²¹⁴ En el ordenamiento jurídico colombiano, la posibilidad de la integración de redes se ha ido desarrollando de forma paulatina: **(i)** el artículo 54 de la Ley 715/01 dispuso la prestación del servicio de salud en el nivel territorial a través de esa integración, mandato que reiteró y que defirió a la reglamentación el parágrafo 3 del artículo 25 de la Ley 1122/007; **(ii)** las normas del Capítulo II del Título VI de la Ley 1438/11 –*principalmente los artículos 11 y 60 a 64*– regularon las “*redes integradas de servicios de salud*” y las definieron como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta de acuerdo con la demanda; **(iii)** los artículos 83 de la Ley 1438/11 y 156 de la Ley 1450/11 establecieron un “*Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado*” para permitir que las IPS públicas puedan participar del proceso de conformación de redes territoriales de servicios de salud; **(iv)** el artículo 13 de la Ley 1797/16 estableció que la valoración sobre el cumplimiento de las buenas prácticas administrativas y financieras de las IPS debe tener en cuenta la gradualidad en la integración de redes; y **(v)** el artículo 7 de la Ley 1966/19 previó la reorganización de la oferta de prestación de servicios de salud considerando los prestadores públicos, privados y mixtos, así como también la promoción de la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, privilegiándose la red pública.

²¹⁵ El concepto de “*red integral*” debe entenderse en el contexto del principio de integralidad, cuyos cimientos se plantearon en la sentencia T-760/08. MP. Manuel José Cepeda Espinosa. Los artículos 8 y 13 de La Ley 1751/15 introdujo en el nivel estatutario los conceptos de “*integralidad*” y “*redes integrales de servicios*”, los cuales se enmarcan en la “*Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*” del artículo 65 de la Ley 1753/15, “*Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ‘Todos por un nuevo país’*”, norma que se encuentra vigente en la medida en que no fue derogada por la Ley 1955/19, “*Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. ‘Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad’*”. No puede perderse de vista que de acuerdo con el referido artículo 65 al MINSALUD le compete la adaptación de la PAIS en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos con más de 1.000.000 de habitantes, sin perjuicio de que pueda determinar la existencia de uno o varios aseguradores en zonas con dichas características

²¹⁶ En la sentencia C-313/14 [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo] señaló que en nada controvierte la Constitución el hecho de que la Ley 1751/15 defiera a un marco reglamentario futuro la posibilidad de que las redes integrales de servicios de salud se conformen con entidades del orden público, del orden privado, o con la concurrencia de ambas, puesto que se trata de un escenario legítimo por razones de orden público y por la finalidad social que comporta el servicio.

oferta de beneficios médicos y asistenciales, sin las limitaciones que surgen de la idea de sistema integrado de salud.

En el caso de las redes integrales de servicios de salud, la Ley 1751 de 2015 defirió al reglamento²¹⁷ la posibilidad de que se conformen con entidades públicas, privadas, o ambas, mientras que en el caso de las redes integradas, si bien el legislador autoriza la asociación de IPS de una misma o de distinta naturaleza²¹⁸ y promueve el fortalecimiento de las de naturaleza pública²¹⁹, también establece ciertos grados obligatorios de interrelación²²⁰ entre los particulares y el Estado que influyen en la conformación de redes de prestadores de salud de índole mixta.

En el caso de la integración de redes su consecución depende de los planes, programas e iniciativas previstas en el ordenamiento jurídico colombiano, como sucede principalmente con:

- El “Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE (PTRRM)”²²¹ previsto el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, que tiene por objeto las redes de ESE que se encuentran organizadas y consolidadas en los términos de los artículos 54 de la Ley 715 de 2001 y 62 de la Ley 1438 de 2011. Lo anterior supone un replanteamiento de dichas redes en lo que resulte pertinente, lo que explica el porqué la Ley 1450 de 2011

²¹⁷ Resoluciones 1441/16, “por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones” y 0429/16, “por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”, del MINSALUD, esta última recientemente derogada por la Resolución 2626/19, “por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud–PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial–MAITE”.

²¹⁸ El artículo 62 de la Ley 1438/11 dispuso que las IPS públicas, privadas o mixtas pueden asociarse mediante uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica, en ejercicio de su autonomía.

²¹⁹ El artículo 69 de la Ley 1438/11 estableció el “Programa de fortalecimiento de las ESE”. Sobre el particular consultar también las Resoluciones 5673/14 y 829/15, que definieron condiciones técnicas y de destinación de recursos del proyecto “Fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud a nivel nacional y dotación hospitalaria nacional”.

²²⁰ Los artículos 16 y 25 (letra d) de la Ley 1122/07 prevén que las EPS del régimen subsidiado deben contratar un mínimo porcentual del gasto con las ESE en el régimen subsidiado, mientras que las EPS de naturaleza pública deben contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS, siempre que satisfagan determinados indicadores y condiciones de capacidad resolutoria. Al MINSALUD le corresponde la reglamentación que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad y teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes entidades territoriales, contexto en el que el artículo 2.3.1.4. del Decreto 780/16 –que aunque derogó el Decreto 1020/07 reprodujo su contenido– estableció que las EPS del régimen subsidiado deben contratar con ESE el 60% del gasto en salud.

²²¹ El párrafo 3 del artículo 54 de la Ley 715/01 previó los programas de organización y modernización de redes territoriales de prestación de servicios de salud, como parte de los gastos de inversión de las entidades territoriales. Posteriormente, el artículo 83 de la Ley 1438/11 se refirió a la financiación de dichos programas bajo la denominación de “procesos de rediseño, modernización y reorganización de IPS públicas” y el artículo 156 de la Ley 1450/11 hizo alusión a varios aspectos del diagnóstico de la situación de las IPS públicas y del conjunto de la red en cada territorio, en el marco del “programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE”.

hubiera establecido que el PTRRM pueda considerarse como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero²²².

La eficacia de los resultados del PTRRM entraña principalmente un diagnóstico mínimo en cada territorio de la situación de las IPS públicas y del conjunto de la red, así como también la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan el fortalecimiento de la prestación pública de servicios. La Sala quiere destacar que si bien en la conformación de las redes uno de los criterios determinantes²²³ a considerar es la red de transporte y comunicaciones, ello no impide hacerlo extensivo al PTRRM.

Aunque la Ley 1450 de 2011 destacó, entre los insumos del PTRRM, la sostenibilidad financiera, los posibles impactos sobre el financiamiento y el equilibrio financiero de las medidas y acciones antedichas, a partir de la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015²²⁴, si la reorganización, rediseño y modernización de la red de ESE entraña la extensión de la red hospitalaria de naturaleza pública, su implementación depende de la rentabilidad social²²⁵ y no de la económica, criterio que impide restringir la política del gasto público a la obtención de beneficios exclusivamente monetarios²²⁶, sin que por ello se avalen resultados inmediatos sino progresivos, según se desprende del principio de sostenibilidad que nutre el derecho fundamental a la salud²²⁷.

²²² La política de saneamiento fiscal de la Ley 617/00 fue puesta a tono con la promulgación de la normativa posterior, en especial • el artículo 76 de la Ley 715/01 que en el contexto de las competencias de los municipios “en otros sectores”, estableció que corresponde a estos, directa o indirectamente, con recursos propios, del SGP o fuentes distintas, promover, financiar o cofinanciar proyectos de interés municipal y ejercer, entre otras, competencias vinculadas al “fortalecimiento institucional”, tales como, el pago de gastos contemplados en “programas de saneamiento fiscal y financiero”, • el “Programa para el saneamiento de cartera de las ESE” al que se refieren principalmente los artículos 77 a 80, 82 y 84 de la Ley 1438/11, 2.3, 4 y 8 de la Ley 1608/03, 3 a 6 y 21 de la Ley 1797/16, 77 y 78 de la Ley 1955/19 y 8 y 9 de la Ley 1966/19. Cabe también tener en cuenta el Decreto 1141/13, “por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las ESE del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones”.

²²³ Artículo 63 de la Ley 1438/11.

²²⁴ El artículo 24 de la Ley 1751/15 puso a tono en el nivel estatutario iniciativas suyas anteriores en la materia, específicamente, las referidas a los mecanismos para la evaluación de las ESE, contexto en el que el artículo 2 de la Ley 1122/07 estableció que esta debía realizarse a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar que tengan en cuenta, entre otras cosas, la rentabilidad social.

²²⁵ Frente al alcance del artículo 24 de la Ley 1751/15, la sentencia T-249/15 [MP. María Victoria Calle] indicó que “Las autoridades no pueden simplemente esgrimir razones de tipo administrativo o financiero para negar alguno de los elementos constitutivos del derecho fundamental a la salud”.

²²⁶ United Nations. *The role of public investment in social and economic development. Public Investment: Vital for Growth and Renewal, but should it be a Countercyclical Instrument?* 2009.

²²⁷ Entre los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, el artículo 6 de la Ley 1751/15 incluyó la “Sostenibilidad”, de acuerdo con el cual el Estado debe disponer, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente

Mientras que la viabilización de los PTRRM de cada entidad territorial la atribuyó la Ley 1450 de 2011 al MINSALUD en los términos de la reglamentación respectiva, la competencia para formularlos depende en cada caso de si se trata o no de un municipio certificado en salud. En efecto, en el primer caso, la referida normativa puso a cargo de los departamentos únicamente la conceptualización previa sobre la favorabilidad del PTRRM²²⁸ de los respectivos municipios y en el segundo caso la formulación es responsabilidad de los departamentos, lo que resulta compatible además con las competencias que Ley 715 de 2001²²⁹ les atribuyó frente a la organización, dirección, coordinación y administración de la red de IPS públicas en su jurisdicción y las que la Ley 1438 de 2011²³⁰ puso a su cargo –a través de los *Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud*– en relación con la conformación de las redes integradas en coordinación con las EPS²³¹.

Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con el artículo 44.3.2. de la Ley 715 de 2001, le incumbe a los municipios –*inclusive los no certificados en salud*– establecer la situación de salud²³² en su territorio y propender por el mejoramiento de sus condiciones determinantes, competencia cuyo ejercicio coordinado con la competencia de los departamentos de formular los PTRRM resulta indispensable para una mejor planeación de la prestación del servicio de salud.

Finalmente, no sobra indicar que la Ley 715 de 2001²³³ atribuyó a los departamentos la competencia de concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

el goce efectivo de dicho derecho, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

²²⁸ Parágrafo del artículo 156 de la Ley 1450/11.

²²⁹ Artículo 43.2.4. de la Ley 715/01.

²³⁰ Artículo 62 de la Ley 1438/11.

²³¹ En la sentencia C-979/10 [MP. Juan Carlos Henao Pérez] la Corte Constitucional indicó que el papel de las EPS no se reduce a ser espectador en la función de aseguramiento sino de verdadero promotor, gestionando y coordinando la oferta de servicios de salud.

²³² De acuerdo con el artículo 8 de la Resolución 1536/15, “por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”, el “Análisis de Situación de Salud – ASIS” es la metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan. El ASIS general y sus anexos se realiza con una periodicidad cuatrienal, sin perjuicio de que la parte general se actualice anualmente. El último ASIS del Municipio corresponde al año 2017 y puede consultarse en el siguiente enlace web: <http://www.pazdeariporo-casanare.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/ASIS%20ACTUALIZADO%202017.pdf>.

²³³ Artículo 43.2.5. de la Ley 715/01.

- Los planes bienales de inversiones públicas que buscan racionalizar la oferta de los servicios de salud, a fin de que no todas las obras de infraestructura sanitaria, los equipos médicos y los servicios se concentren en lugares en donde se presente una sobreoferta, al paso que en otros haya carencias e imposibilidad de asegurar la atención de la población. Es importante advertir que dichos planes son obligatorios únicamente para las instituciones de naturaleza pública que concurren a la promoción o prestación de dichos servicios²³⁴, razón por la cual su implementación afecta esencialmente las redes de las instituciones públicas de salud²³⁵.

De acuerdo con las Leyes 715 de 2001 y 1438 de 2011, la competencia para la aprobación de los referidos planes de los departamentos y distritos le atañe a la Nación²³⁶ y, a su turno, a los departamentos²³⁷ les compete avalar los planes bienales de inversión en salud pública de los municipios de su jurisdicción, cuyo consolidado constituye el *“Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales”*.

En el caso del departamento de Casanare, la organización y diseño de la red pública para la prestación del servicio de salud en el territorio de dicha entidad fueron estructuradas por aquel a través de la contratación de REDSALUD – *adscrita*²³⁸ a la *secretaría de salud departamental*–, entre otras instituciones

²³⁴ En la sentencia C-615/02 [MP. Marco Gerardo Monroy Cabra] se indicó que las inversiones realizadas por las instituciones públicas por fuera del plan bienal conllevan que no puedan financiarse con recursos del SGP el costo de la inversión o el de operación y funcionamiento de los nuevos servicios, lo que no obsta para que sí puedan ser financiados con otros recursos distintos, como los propios de los departamentos, distritos o municipios, y otros de las respectivas empresas públicas.

²³⁵ El párrafo 2 del artículo 4 de la Resolución 2514/12 del MINSALUD señala que el estudio que realice dicho Ministerio de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud (PBIPS) debe contemplar la revisión bajo criterios de desarrollo de redes. A su turno el artículo 3 de la Resolución 1985/13 establece que los departamentos o distritos deben verificar que los proyectos de inversión que se incluyan en el PBIPS y que se financien con recursos de los artículos 2.4 y 4 de la Ley 1608/03, se encuentren articulados en el marco de la organización de la respectiva red de prestación de servicios.

²³⁶ Artículos 65 y 42.22 de la Ley 715/01, este último modificado por el artículo 5 de la Ley 1438/11. El Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 2514 de 29 de agosto de 2012, *“Por la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud”* y 1985 de 11 de junio de 2013, *“Por la cual se establece el procedimiento que las entidades territoriales deben seguir para incluir los proyectos de inversión en sus Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, en el marco de la Ley 1608 de 2013, y se dictan otras disposiciones”*.

²³⁷ Artículo 43.2.7 de la Ley 715/01, modificado por el artículo 5 de la Ley 1438/11.

²³⁸ Folios 208 a 210, c. 1 y 279, c. 2 Principales (CD, archivo “respuesta remisiones y atenciones”). En relación con la adscripción o vinculación de una ESE, es clara la condición de *“superior inmediato”* que sobre ella tiene el gobierno territorial como titular de un control no jerárquico sino de tutela, el cual concierne con la armonización y coordinación de políticas administrativas –*lo que justifica la adscripción o vinculación de una ESE del orden territorial a la secretaría de salud de la entidad correspondiente (inciso 4 del artículo 39 de la Ley 489/98)*– y no con la toma de decisiones

prestadoras de salud, sin que ello signifique una renuncia a los deberes permanentes de garantía²³⁹ que se predicán en la materia y que se encuentran a cargo de los departamentos.

No puede olvidarse que el legislador estableció que las ESE, como instituciones públicas creadas para la prestación de servicios de salud²⁴⁰, son entidades descentralizadas a través de las cuales la Nación o las entidades territoriales cumplen directamente con dicho cometido prestacional²⁴¹ *–sin perjuicio de que también lo hacen indirectamente a través de los particulares²⁴²–*, dejando a salvo de las restricciones²⁴³ que en el orden municipal y distrital fueron introducidas sucesivamente por los parágrafos de los artículos 44²⁴⁴ y 45²⁴⁵ de la Ley 715 de 2001.

La descentralización de la prestación del servicio de salud no significa en este caso que REDSALUD tenga que asumir la responsabilidad de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas o territorios en los que, no obstante

que operan dentro de las competencias legales del órgano coordinado. La Corte Constitucional de antaño ha aludido al alcance de dicho control, entre muchas otras, en las sentencias C-497A/94 y C-727/00. MP. Vladimiro Naranjo Mesa.

²³⁹ Principalmente las competencias previstas en los sub-numerales del artículo 43.2 de la Ley 715/01.

²⁴⁰ Artículo 26 de la Ley 1122/07.

²⁴¹ Los artículos 194 de la Ley 100/93 y 31 de la Ley 1122/07 dispusieron, respectivamente, que *“La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado (...)”* y que *“En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales”*. No sobra mencionar que los artículos 196 y 197 de la Ley 100/93 previeron la transformación y reestructuración en ESE de las entidades descentralizadas del orden nacional y territorial cuyo objeto fuera la prestación de servicios de salud.

²⁴² Sentencia C-978/10. MP. Luis Ernesto Vargas Silva.

²⁴³ Sección Primera. Sentencias de 13 de julio de 2017 [Radicado 25000-23-24-000-2011-00110-01]. MP. Roberto Augusto Serrato Valdés y 24 de octubre de 2019 [Radicado 11001-03-24-000-2013-00067-00]. MP. Oswaldo Giraldo López. En esta providencia se indicó que *“(...) siendo la creación de empresas sociales del Estado la única vía para prestar servicios de salud en forma directa, la prohibición de asumir directamente nuevos servicios de salud implica que la prohibición de crear este tipo de entidades”*. Este mismo planteamiento se observa, al menos parcialmente, en el artículo 2.5.4.1.2. del Decreto 780/16 *–que aunque derogó el Decreto 4973/09, reprodujo su artículo 2–*, que estableció, entre otras, que *“Se entiende por asumir directamente nuevos servicios de salud o ampliar los existentes, la creación de Empresas Sociales del Estado del nivel municipal o la creación o ampliación de los servicios habilitados en las existentes. Sin embargo, si en concepto del departamento se requiere la ampliación de los servicios en un municipio certificado para gestionar la prestación de servicios de salud, esta ampliación se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado existentes que operen en el área de influencia del departamento. Estas modificaciones deben ser aprobadas por las autoridades nacionales correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia”*.

²⁴⁴ *“Ley 715/01. Artículo 44. Competencias de los municipios (...) Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental”*.

²⁴⁵ *“Ley 715/01. Artículo 45. Competencias en salud por parte de los distritos (...) Parágrafo. Adicionado por el artículo 25 de la Ley 1176/07. Los distritos y municipios que no hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán hacerlo si cumplen con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno, y tendrán el plazo definido por este”*.

la existencia en el departamento de las sedes o unidades que conforman dicha empresa, las condiciones de baja densidad poblacional y de dificultades en términos de distancia y tiempo entre las veredas y el centro urbano del municipio impiden que la población rural acceda oportunamente a los servicios de salud que requieren con necesidad. Esa responsabilidad puede serle exigible dependiendo de su desarrollo y los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud que pueda ofrecer²⁴⁶, contexto en el que la capacidad de la ESE para satisfacer la oferta de servicios a la población rural necesariamente se verá afectada si la extensión de la red pública territorial conformada no es la adecuada ni tampoco se encuentra articulada con otras.

Lo expuesto en relación con la situación de la población dispersa de la zona rural del municipio de Paz de Ariporo evidencia que las omisiones acreditadas están vinculadas directamente con las competencias del Departamento, más allá de que el MINSALUD, el Municipio *–no certificado–* y REDSALUD sean titulares de competencias que ejercidas en forma coordinada y/o complementaria con dicho Departamento contribuyen a que progresiva y continuamente las necesidades en materia de salud de esa población puedan ser satisfechas con eficacia, economía, celeridad y publicidad²⁴⁷.

Cabe agregar que, hasta la fecha, no se encuentra probado que el MINSALUD, el Municipio y/o REDSALUD hubieren interferido *–con sus acciones y/o omisiones–* en el cumplimiento adecuado de las competencias del Departamento frente a la población dispersa de la zona rural del municipio de Paz de Ariporo.

En definitiva, para la Sala las omisiones que hasta aquí han sido expuestas persisten y vulneran los cuatro derechos colectivos referidos anteriormente, así:

- El cierre de los puestos y centros de salud sin la adopción de medidas eficaces que compensaran la ausencia casi permanente de ese primer nivel de atención, en un contexto de baja densidad poblacional, de una limitada oferta y accesibilidad a los servicios de salud y de barreras y carencia de vías de acceso entre las veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, implicaron una vulneración que aún persiste del derecho colectivo de la población rural al acceso a los programas que componen una infraestructura

²⁴⁶ Artículo 2.5.3.8.4.1.4. del Decreto 780/16. Cabe indicar que esta normativa reprodujo el contenido de varias disposiciones del Decreto 1876/94, el cual perdió fuerza ejecutoria como consecuencia de que la Corte Constitucional en la sentencia C-255/95 [MP. Jorge Arango Mejía] declaró inexecutable el Decreto-ley 1298/94, estatuto orgánico del SGSSS que aquél había reglamentado.

²⁴⁷ Artículo 209 de la Constitución Política.

de servicios que garantice la salubridad pública a través de instalaciones y/o esquemas telemáticos²⁴⁸ de organización dispuestos para el efecto.

La realización de brigadas o jornadas de salud organizadas por las EPS no resultan satisfactorias para la garantía del derecho en cuestión, principalmente porque la realización de esas modalidades no está soportada en estadísticas y determinantes que justifiquen los elementos y/o criterios de razonabilidad, eficacia, progresividad y continuidad²⁴⁹. En ese sentido, una de las estrategias planteadas por REDSALUD en el marco de las medidas provisionales dictadas por el *a quo* y que consistió en un hospital móvil debe ser analizada por las autoridades competentes, en caso de que se decida su implementación, para corroborar que cumpla con los estándares del SOGCS del SGSSS que resulten compatibles con las características de la zona.

Además, la Sala no puede dejar de advertir que en la actualidad la Ley 1955 de 2019²⁵⁰, que aprobó el Plan Nacional de Desarrollo vigente, adicionó a las competencias de los departamentos vinculadas con la prestación del servicio de salud una que en especial está orientada a garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, subsidio consistente en la cofinanciación de la operación de dicha prestación y tecnologías en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno nacional.

De acuerdo con lo anterior, aunque es el departamento de Casanare la entidad responsable por la vulneración del derecho en cuestión, las órdenes encaminadas a superar esa situación exigen del cumplimiento coordinado y

²⁴⁸ No sobra indicar que en materia de salud, de acuerdo con la sentencia C-979/10 [MP. Juan Carlos Henao Pérez], la Corte Constitucional indicó que la telesalud, telemedicina o eSalud implica el uso de la tecnología para efectos de prestar alternativamente los servicios de salud de manera remota. Se trata de una “*modalidad*” de prestar este servicio público y, en tal medida, no tiene alcance alguno para impactar ni el núcleo esencial del derecho a la salud ni tampoco para modificar el esquema del SGSSS introducido por la Ley 100/93. Resaltó que la operación de dicha alternativa implicaría para un centro hospitalario menor que presenta carencia de profesionales, tecnologías o equipos sea asistido por uno de mayor envergadura, en tanto tendrá disposición de especialistas en las áreas requeridas, tecnología y el tiempo necesario para la atención de los pacientes de manera “*remota*”. En esa materia, el MINSALUD profirió la Resolución 2654/19, “*por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país*”, en desarrollo de la Ley 1419/10, 1122/07 (parágrafo 2º del artículo 26), 1438/11 (artículo 64.10), 1751/15 (artículos 6 y 10, literales a) y 1955/19 (bases del PND). Cabe agregar que el MINSALUD profirió la Resolución 0244/19 mediante la cual adoptó el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

²⁴⁹ Artículos 6 (letras a y d) y 24 de la Ley 1751/15.

²⁵⁰ Artículo 232 de la Ley 1955/19 que adicionó el artículo 43.2.9. de la Ley 715/01.

complementario de las competencias de todas las entidades demandadas, conclusión extensiva a los derechos colectivos restantes que enseguida se abordan, cuya amenaza y/o vulneración se cimienta fundamentalmente en las consideraciones planteadas en los párrafos precedentes.

- En un contexto de baja densidad poblacional, de una limitada oferta y accesibilidad a los servicios de salud y de barreras y carencia de vías de acceso entre las veredas y el centro urbano del municipio de Paz de Ariporo, la vulneración de los derechos colectivos de la población rural usuaria –*categoría que en el SGSSS²⁵¹ atañe a los afiliados y beneficiarios en los regímenes contributivo y subsidiado*– de servicios de salud se materializa fundamentalmente en la falta de garantías para su disponibilidad razonable, progresiva y continua.
- La vulneración de los derechos precedentes constituye también la causa de la vulneración del derecho colectivo de la población rural del municipio de Paz de Ariporo al acceso a los servicios públicos y a que estos se presten eficiente y oportunamente puesto que, tratándose del servicio público y derecho fundamental a la salud, por una parte, no es posible separar los elementos de disponibilidad y accesibilidad²⁵²; y, de otro lado, los criterios de eficiencia y oportunidad en su prestación inevitablemente resultan impactados, dada la ausencia casi permanente del primer nivel de atención en la zona rural de dicha entidad territorial y la afectación consecuente de los usuarios, estos últimos que, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional²⁵³, son factores determinantes para establecer, en términos constitucionales y no económicos, la eficiencia en la prestación del servicio de salud.

²⁵¹ Artículos 157 (letra A) y 163 de la Ley 100/93. El artículo 32 de la Ley 1438/11 estableció que todos los residentes en el país deben ser afiliados al SGSSS, así como también previó un procedimiento para los casos en que una persona requiera atención en salud y no esté afiliada. Dentro de ese contexto, la sentencia T-611/14 [MP. Jorge Iván Palacio Palacio] de la Corte Constitucional advirtió que implicó no solo la desaparición de la figura de “*participantes vinculados*” del artículo 157 de la Ley 100/93, sino que además, generó una mayor carga en las entidades territoriales, ya que es en estas últimas, en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar un verdadero acceso al servicio de salud a toda aquella población pobre no asegurada, que no tiene acceso al régimen contributivo, máxime cuando se ha establecido el carácter fundamental del derecho a la salud. Adicionalmente, el artículo 67 de la Ley 1438/11 estableció que la atención inicial de urgencias debe prestarse a todas las personas.

²⁵² Sentencia T-357/17. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

²⁵³ Sentencia C-1041/07. MP. Humberto Antonio Sierra Porto.

- La amenaza del derecho colectivo relacionado con la seguridad y salubridad públicas, en particular por este último componente²⁵⁴, puesto que la vulneración de los derechos precedentes, tratándose de la población rural del municipio de Paz de Ariporo, deja en entredicho la prevención de los factores patológicos que podrían poner en riesgo la salud de dicha población. En este punto, la responsabilidad por los daños contingentes atañe al departamento y al municipio, sin perjuicio de que, en el caso del este último, la categoría²⁵⁵ a la que pertenece de acuerdo con la Ley 136 de 1994²⁵⁶, le impide²⁵⁷ ejercer competencias propias de municipios de determinado mayor rango de categoría, principalmente en materia de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana²⁵⁸.

5.4. Las órdenes de hacer necesarias en este caso para satisfacer las finalidades preventiva y suspensiva del medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos

Dejándose a salvo las situaciones fácticas estudiadas en este fallo, que frente a la vulneración del derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público conllevaron la configuración de los fenómenos del hecho superado y del

²⁵⁴ En la sentencia T-357/17 [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado], la Corte Constitucional reconoció que el problema de salubridad se representa en situaciones concretas de ausencia de atención en salud y carencia de medicamentos, entre otros.

²⁵⁵ Folios 205 a 206, c. 1 Principal. El link indicado en el oficio 201711501591981 de 15 de agosto de 2017 del MINSALUD, accede al “Análisis de Situación con el Modelo de los determinantes Sociales de Salud”, suscrito en julio de 2014 por la Secretaría Departamental de Salud, en el que se indica que, entre otros, el municipio de Paz de Ariporo se encuentra en la categoría seis (6), la que ha conservado hasta la vigencia 2019, según se desprende del Decreto 300.21.097 de 10 de septiembre de 2018, proferido por el alcalde de dicho ente territorial y que puede consultarse en el siguiente link: <http://www.pazdeariporo-casanare.gov.co/Transparencia/Normatividad/Decreto%20No.%20300.21.097.pdf>.

²⁵⁶ “Ley 136/94. Artículo 6. Categorización de los distritos y municipios. Modificado por el artículo 7 de la Ley 1551/12. Los distritos y municipios se clasificarán atendiendo su población, ingresos corrientes de libre destinación, importancia económica y situación geográfica. Para efectos de lo previsto en la ley y las demás normas que expresamente lo dispongan, las categorías serán las siguientes: (...) III. TERCER GRUPO (MUNICIPIOS BÁSICOS) (...) 7. Sexta categoría. Población: Población igual o inferior a diez mil (10.000). Ingresos corrientes de libre destinación anuales: No superiores a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales. Importancia económica: Grado siete (...)” (subrayado fuera del texto).

²⁵⁷ El Anexo Técnico de la Resolución 1841 de 2013 del MINSALUD, “Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021” reconoció no solo que la oferta de IPS pública es más amplia en los municipios de categoría especial 1, 2 y 3 que en las categorías 4, 5, y 6; sino también que en los municipios de categoría 6 predominan las IPS públicas y escasea la presencia de prestadores privados, sobretodo aquellos que cuentan con servicios de hospitalización.

²⁵⁸ En relación con las competencias de los municipios en materia de “salud pública”, el artículo 44.3.3. de la Ley 715/01 establece algunas vinculadas a la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana y que se encuentran presentes en el ambiente, competencias que únicamente se encuentran atribuidas a los distritos y municipios de categoría especial, 1ª, 2ª. y 3ª y deben ser ejercidas en coordinación con las autoridades ambientales. Correlativamente, tratándose de la misma materia, el artículo 43.3.8. de la misma ley dispone que, en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª categoría –y en los corregimientos departamentales– de su jurisdicción, los departamentos deben ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales.

daño consumado, la Sala también evidenció que en todo caso persiste la vulneración de los derechos colectivos relacionados con “*el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública*”, “*los derechos de los consumidores y usuarios*” y “*el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna*”, así como también la amenaza del vinculado con “*la seguridad y salubridad públicas*”.

Como consecuencia, tratándose de las órdenes que se impartirán en vista de la vulneración de derechos que aún persiste y considerando que la mayoría de las “*medidas provisionales*” del fallo impugnado han sido declaradas cumplidas por el *a quo*, la Sala modificará la sentencia impugnada así:

- Adoptará como definitivas algunas de las medidas provisionales impartidas por el “*a quo*” cuyo cumplimiento está pendiente de que arroje resultados consolidados y definitivos, específicamente las consistentes en **i)** la realización coordinada de un estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo, en el que se establezca si el personal, equipos, instalaciones y demás elementos son suficientes para la prestación del servicio de salud a dicha población, de acuerdo con los principios constitucionales y legales que regulan la materia, lo anterior con base en los parámetros que resulten necesarios, entre ellos, la cantidad de población urbana y rural, las distancias entre los centros poblados rurales y la cabecera municipal, las atenciones en salud que se registren en los 5 años anteriores a la fecha del fallo, las entidades que prestan el servicio de salud en dicho municipio bajo los regímenes contributivo y subsidiado y el centro de salud “*Jorge Camilo Abril*” que existe en esa entidad territorial y **ii)** señalar las actividades presupuestales, administrativas, locativas y demás que se requieran para garantizar el servicio de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo en la forma prevista en la Constitución y la ley.
- Se preservará la medida definitiva impartida por el *a quo*, consistente en la ejecución del estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo, advirtiéndose que ello podrá implicar ajustes al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE en el departamento de Casanare y al Plan Bienal de Inversiones Públicas departamental.

Para el cumplimiento de las medidas anteriores se concederá un plazo de dos años a partir de la ejecutoria de esta sentencia.

Además, si bien la Sala también evidenció la vulneración de la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes, la demolición de la edificación la IPS Hospital Local “Jorge Camilo Abril” del municipio de Ariporo se condicionará a la terminación y puesta en operación de un nuevo centro hospitalario que cumpla como mínimo con los mismos servicios habilitados respecto de aquel.

6. Costas

Tratándose de los demandados vencidos, al medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos le resulta aplicable el CGP²⁵⁹, sin perjuicio de la regulación especial contenida en el artículo 38 de la Ley 472 de 1998²⁶⁰.

En este caso, más allá de que, salvo por el recurso del Ministerio de Salud y Protección Social, no prosperaron²⁶¹ los interpuestos por el departamento de Casanare y REDSALUD, la Sala no condenará en costas a favor de la Personería del municipio de Paz de Ariporo, puesto que dicha entidad interpuso la demanda en ejercicio de sus competencias y con fundamento en la legitimación especial que le atribuyó la Ley 472 de 1998²⁶².

²⁵⁹ Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sala Veintisiete Especial de Decisión. Fallo de 6 de agosto de 2019 [Radicado 15001-33-33-007-2017-00036-01(AP) REV-SU]. MP. Rocío Araújo Oñate. En esta providencia se reconoció que *“En relación con el demandado, trátase de una autoridad pública o de un particular. La regla general es que siempre hay lugar a condenarlo en costas cuando resulte vencido, para lo cual se aplican las normas del procedimiento civil. En caso de temeridad o mala fe en su actuación, debe asumir, además, el pago de la multa que se le impone con ocasión de dicha conducta procesal”*.

²⁶⁰ Desde la óptica del demandante (*actor popular*), el ejercicio del medio de control para la protección de los derechos e intereses colectivos entraña que se ventile un interés público de acuerdo con el artículo 188 del CPACA, lo cual no obsta para que si su demanda no prospera y se acredita que la presentó temerariamente o de mala fe, pueda condenársele a sufragar los honorarios, gastos y costos ocasionados al demandado, en los términos del artículo 38 de la Ley 472/98.

²⁶¹ *“CGP. Artículo 365. Condena en costas. En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas: “1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código (...)”* (subrayado fuera del texto).

²⁶² *“Ley 472/98. Artículo 12. Titulares de las acciones. Podrán ejercitar las acciones populares: (...) 4. El Procurador General de la Nación, el Defensor del Pueblo y los Personeros Distritales y municipales, en lo relacionado con su competencia (...)”*.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: MODIFICAR la parte resolutive de la sentencia de 30 de octubre de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo de Casanare, con base en los argumentos expuestos, la cual quedará así:

PRIMERO: DECLARAR que el departamento de Casanare, el municipio de Paz de Ariporo y REDSALUD CASANARE ESE vulneraron el derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público, por las razones contenidas en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR que operó la carencia actual de objeto por hecho superado y por daño consumado en relación con la vulneración del derecho colectivo relacionado con la defensa del patrimonio público.

TERCERO: DECLARAR que el departamento de Casanare está vulnerando los derechos colectivos relacionados con el acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública, los derechos de los consumidores y usuarios y el acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna, por las razones contenidas en la parte motiva de la presente providencia.

CUARTO: DECLARAR que el departamento de Casanare y el municipio de Paz de Ariporo están amenazando el derecho colectivo relacionado con la seguridad y salubridad públicas.

QUINTO: ORDENAR al departamento de Casanare que lidere, en coordinación con las autoridades nacionales, territoriales y descentralizadas por servicios competentes, la realización de un estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo en el que (1) se establezca si el personal, equipos, instalaciones y demás elementos son suficientes para la prestación del servicio de salud a dicha población, de acuerdo con los principios constitucionales y legales que regulan la materia, lo anterior con base en los parámetros que resulten necesarios, entre ellos, la cantidad de población urbana y rural, las distancias entre los centros poblados rurales y la cabecera municipal, las atenciones en salud que se registren en los cinco (5) años anteriores a la ejecutoria de este fallo, las entidades que prestan el servicio de salud en dicho municipio bajo los regímenes contributivo

y subsidiado y el centro de salud "Jorge Camilo Abril" que existe en esa entidad territorial; y **(2)** se señalen las actividades presupuestales, administrativas, locativas y demás que se requieran para garantizar el servicio de salud a la población urbana y rural del municipio de Paz de Ariporo en la forma prevista en la Constitución y la ley.

Las medidas que se adopten por virtud de dicho estudio sobre las necesidades en salud de las comunidades que residen en las veredas del municipio de Paz de Ariporo deberán ajustarse al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE en el departamento de Casanare y al Plan Bienal de Inversiones Públicas departamental, según el caso.

Para el cumplimiento de lo ordenado en este ordinal se concederá un plazo de dos (2) años a partir de la ejecutoria de esta sentencia.

SSEXTO: DECLARAR que el departamento de Casanare y REDSALUD CASANARE ESE están vulnerando el derecho colectivo relacionado con la realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes.

SSEXTIMO: ORDENAR al departamento de Casanare y a REDSALUD CASANARE ESE que solo una vez se culminen las obras de construcción y se ponga en operación un nuevo centro hospitalario que cumpla como mínimo con los mismos servicios habilitados respecto de la edificación de la IPS Hospital Local "Jorge Camilo Abril" del municipio de Paz de Ariporo, procedan a la demolición de este.

SSEXTAVO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SSEXVENO: CONFORMAR el comité de verificación de cumplimiento de la presente sentencia, así: el Procurador Judicial que designe el Ministerio Público, quien lo presidirá; los representantes y/o delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, del departamento de Casanare, del municipio de Paz de Ariporo, de REDSALUD Casanare ESE y el actor popular. El comité se reunirá por convocatoria de su presidente a solicitud de cualquiera de sus miembros, y rendirá informes al despacho sobre el cumplimiento de esta providencia.

SSEXCIMO: COMUNICAR, a través de la Secretaría del Tribunal Administrativo de Casanare, a los miembros del comité de verificación la decisión adoptada en esta sentencia respecto de su designación y conformación.

SSEXUNDÉCIMO: Para los efectos de cumplir con lo ordenado en el artículo 80 de la Ley 472 de 1998, la Secretaría del Tribunal

Administrativo de Casanare enviará copia de la demanda, del auto admisorio y del presente fallo a la Defensoría del Pueblo, con destino al Registro Público de Acciones Populares y de Grupo.

DUODÉCIMO: Sin costas

TRIGÉSIMO: Ejecutoriada esta providencia **ARCHÍVENSE** las diligencias previas las anotaciones respectivas en el sistema siglo XXI.

SEGUNDO: En firme esta providencia, **DEVOLVER** el expediente al Tribunal de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
MARÍA ADRIANA MARÍN
Con aclaración de voto

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO

Nota: se deja constancia de que esta providencia se suscribe en forma electrónica mediante el aplicativo SAMAI del Consejo de Estado, de manera que el certificado digital que arroja el sistema permite validar su integridad y autenticidad en el link <http://relatoria.consejodeestado.gov.co:8081/Vistas/documentos/validador>.