



LA CORTE CONSTITUCIONAL REVISÓ LA CONSTITUCIONALIDAD DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA "POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EXPEDIENTE PE-040 - SENTENCIA C-313/14 (Mayo 29)
M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

1. Texto del proyecto de ley revisado

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 209 DE 2013 SENADO Y 267 DE 2013 CÁMARA

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

CAPÍTULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es 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.

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

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;
- c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;
- d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a) **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;
- b) **Pro hómine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas;
- e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas;
- f) **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;
- g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
- h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;
- i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;
- j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;
- k) **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;
- l) **Interculturalidad.** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;
- m) **Protección a los pueblos indígenas.** Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);
- n) **Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Parágrafo. Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;
- m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;
- n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;
- o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;
- p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- q) Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su auto-cuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1º. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos con necesidad.

Parágrafo 2º. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1º.

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

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1º. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2º. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención inicial de urgencia y en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1º. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2º. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.
- f) Aquellos que se presten en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente

afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicio o tecnologías de salud.

Parágrafo 2º. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3º. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectaran el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dadas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El 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.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias."

2. Decisión

Primero.- Declarar **EXEQUIBLE**, en cuanto a su trámite, el proyecto de Ley Estatutaria No. 209 de 2013 de Senado y 267 de 2013 Cámara *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*.

Segundo.- Declarar **EXEQUIBLES** los artículos 2º, 3º, 4º, 7º, 9º, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25 y 26.

Tercero.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 1º**, en el entendido que la expresión *"establecer sus mecanismos de protección"* no dará lugar a normas que menoscaben la acción de tutela.

Cuarto.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 5º**, en el entendido que (i) la atribución del deber de adoptar mecanismos para la validación del derecho prevista en el literal **d)** no dará lugar a expedir normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales y (ii) la sostenibilidad fiscal a que alude el literal **i)** no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario.

Quinto.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 6º**, salvo las expresiones *"de manera intempestiva y arbitraria"* contenidas en el literal **d)** del **inciso segundo**, *"que se requieran con necesidad"* y *"que puedan agravar la condición de salud de las personas"* contenidas en el literal **e)** del **inciso segundo**, que se declaran **INEXEQUIBLES**.

Sexto.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 8º** salvo el **parágrafo** que se declara **INEXEQUIBLE**.

Séptimo.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 10**, salvo las expresiones *"razonables"* y *"efectivo"* del literal **q)** y *"con necesidad"* del **parágrafo 1** del **inciso segundo**, las cuales se declaran **INEXEQUIBLES**.

Octavo.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 11**, salvo la expresión *"con necesidad"*, contenida en el **inciso segundo**, la cual se declara **INEXEQUIBLE**.

Noveno.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 14**, salvo las expresiones *"inicial"* y *"y en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social"*, las cuales se declaran **INEXEQUIBLES**.

Décimo.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 15**, salvo las expresiones *"para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema"* que se declara **INEXEQUIBLES** y el **parágrafo 2**, que se declara **EXEQUIBLE** en el entendido de que no puede dar lugar a menoscabar la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos fundamentales.

Undécimo.- Declarar **EXEQUIBLE** el **artículo 23**, en el entendido que el control de precios al cual se refiere el **parágrafo** comprende todas las fases del proceso de producción y comercialización de los medicamentos hasta su consumo final.

3. Síntesis de los fundamentos

En primer término y atendiendo las observaciones hechas por los intervinientes, la Corte examinó los aspectos formales del proyecto de ley estatutaria y encontró que el trámite se

ajustó a lo dispuesto en la Constitución. De manera particular, el Tribunal Constitucional consideró los siguientes aspectos que suscitaron inquietud:

3.1. Un primer cuestionamiento se formuló debido a que en la plenaria del Senado, según un interviniente, no se discutió el informe de los ponentes sino que el debate se hizo sobre una proposición sustitutiva del mismo. Para la Corporación, el artículo 160 de la Carta exige la existencia del informe de ponencia, así como la publicación del mismo y recordó que la finalidad de la ponencia era permitir un análisis global del Proyecto, con lo cual, requiere ser presentada a la plenaria, pero, en cuanto a su votación queda sometida a la vicisitud de ser objeto de una proposición sustitutiva, como aconteció en el caso presente. Observó la Sala que el informe fue conocido y con ello se cumplió su finalidad orientadora e informativa. Destaca la Sala la importancia del informe de ponencia, pero, no cabe darle un alcance que constitucionalmente no tiene. A su juicio, en este caso no se desconoció el precedente fijado en la sentencia C -816/04, toda vez que no se privó de efectos la votación de un informe de ponencia, sino que se votó una proposición sustitutiva de ese informe.

3.2. Igualmente, se censuró la falta de publicación del texto que sustituyó la ponencia inicial. La Corte desestimó la tacha. Pues, la proposición sustitutiva de la ponencia fue el texto que aprobaron las Comisiones Conjuntas y este fue publicado previamente al debate.

3.3. También, se cuestionó la falta de estudio de la totalidad de las proposiciones formuladas en la plenaria. Al respecto, el Tribunal Constitucional destacó que en razón de las numerosas proposiciones allegadas se conformó una subcomisión de estudio, en virtud del artículo 66 del Reglamento del Congreso y dieron cuenta de dicho trabajo las manifestaciones de uno de los ponentes en relación con el destino de las varias proposiciones sobre los artículos. Con tales supuestos, no encontró la Sala desvirtuada la legalidad del actuar del Senado.

3.4. Similar cuestionamiento se hizo al debate de la plenaria en Cámara, pues, según se manifestó, no todas las proposiciones fueron discutidas. Al igual que en el caso anterior, la Corte observó la conformación de una comisión y la explicación dada sobre el destino de las varias proposiciones, algunas de ellas subsumidas en otras y, otras desestimadas. Igualmente, se advirtió que ningún representante insistió en la discusión de proposición alguna, con lo cual, se desestimó el cuestionamiento.

3.5. De igual modo, hubo reparos por la conformación de la comisión de conciliación pues, se censuraba que no tuvo representación cada una de las bancadas que integran la Corporación. Al respecto, la Corte recordó lo considerado en la sentencia C- 076/12 y la imposibilidad de conformar comisiones con un número tal de integrantes que dificultase o impidiese el consenso, con lo cual, se desconocerían los principios de celeridad y división del trabajo. Así pues, se desestimó la observación.

3.6. En cuanto a la publicación del texto, se manifestó que no se había hecho con la debida anticipación. La Corporación encontró que fue publicado en la Gaceta del Congreso un día antes del debate y no halló razones ni hechos para desconocer lo reglamentario de la publicación, descartando la veracidad del cuestionamiento.

3.7. En lo atinente al trámite del texto conciliado, se observó por el Ministerio Público la falta de anuncio previo para la votación y discusión de lo conciliado. Se denunció por la Procuraduría que dicha falta de anuncio se colegía por la falta de concordancia entre lo publicado por la Gaceta del Congreso, en la cual, no aparecía el anuncio y, lo consignado en el extracto del acta allegado a la Corte, en el cual sí aparecía el anuncio. Consecuentemente, se pidió la declaración de inexecutable por la violación de lo dispuesto en el inciso último del artículo 160 de la Carta. Tras recopilar las pruebas, incluidas las audiovisuales, la Corte verificó que efectivamente se había hecho el anuncio, pero, por error, no se publicó en la Gaceta el acta completa. Así pues, se desestimó la solicitud de inconstitucionalidad por este motivo.

3.8. Respecto al principio de unidad de materia, no se halló transgresión alguna, pues, preceptos como los que tienen que ver con los derechos de los trabajadores de la salud tienen relación con el objeto de la Ley, no siendo procedente predicar una violación del principio de unidad de materia por su inclusión en el texto de la Ley.

3.9. Así mismo, se observó que no era preciso realizar consulta previa, dado que las disposiciones del proyecto de ley son de carácter general y no suponen una afectación directa y específica para las minorías étnicas.

En relación con el examen del contenido material del articulado del proyecto, la Corte consideró que el objeto de la ley se ajusta a la Constitución dada su finalidad de garantizar la realización del derecho fundamental a la salud, pero, precisó que la norma al referirse a la posibilidad de "*establecer sus mecanismos de protección*" no debía entenderse ni era

constitucionalmente admisible, que tuviese lugar la expedición de normas que variaran, modificaran o menoscabaran el mecanismo constitucional de protección de los derechos fundamentales como lo es la acción de tutela. Por ende, la declaración de exequibilidad resultó condicionada.

En relación con el **artículo 2** la Sala Plena estimó que el mandato se aviene a la Carta. Para la Corporación, los elementos incluidos por el legislador al momento de caracterizar el derecho a la salud no tienen reparo, advirtiéndose que el acceso a la salud con miras a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación y paliación implica también el acceso a las facilidades, establecimientos, bienes y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud en consonancia la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. La Corte avaló las características de *irrenunciabilidad* y *autonomía* del derecho, así como la titularidad de la garantía fundamental a la salud, no solo en cabeza de sujetos individuales, sino de sujetos colectivos. En lo concerniente al **artículo 3**, la Sala estimó que resulta exequible dado que se corresponde con el art. 49 del Texto Superior. Para la Corte, el precepto incorpora un listado abierto que permitirá hacer extensiva la aplicación de los mandatos de la ley a los diversos sujetos que participan e inciden en el sistema de salud. Frente al **artículo 4**, el Tribunal Constitucional se decantó por la exequibilidad advirtiendo que el mandato no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud y que el conjunto de los mismos es el irreductible punto de partida para la consecución del derecho. Para la Corte, no tiene lugar una lectura según la cual, los recursos del sistema puedan ser definidos sin parámetros constitucionales, siendo inaceptable un adelgazamiento del volumen de recursos orientados a la garantía del derecho, pues ello implicaría un detrimento para su materialización.

Por lo que respecta al **artículo 5**, la Corporación verificó la constitucionalidad de los enunciados legales observando que el listado de obligaciones en cabeza del Estado comprende otras no incorporadas expresamente en la normatividad sometida al control. Para la Sala, el literal *a)* se acompasa con la obligación de respeto. Los literales *d)* y *e)* son expresión del deber de vigilancia y supervisión del servicio de salud en cabeza del Estado. Sin embargo, la Corte precisó que el enunciado contenido en el literal *d)* debía condicionarse, pues, la prescripción revisada no puede dar lugar a la expedición de normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales. El literal *f)* se halló constitucional, pues, se entiende como orientado a lograr la efectividad del derecho. El literal *g)* comporta actividades relevantes para el establecimiento de políticas en salud. El literal *h)* fue declarado exequible, ya que se advirtió que presentaba finalidades similares a la del literal *g)*. El literal *j)* también se encontró ajustado a la Constitución en la medida en que se entiende como necesaria para la realización del derecho a la salud la intervención del Estado en el del mercado de insumos en salud y de medicamentos. El literal *b)* fue declarado exequible al encaminarse a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato, precisándose la inclusión de la obligación de trato diferenciado para grupos discriminados o marginados. El literal *c)* fue declarado exequible, pues resulta ajustado a la Constitución el deber de formular y adoptar políticas en materia de promoción, prevención atención y rehabilitación en salud, debiendo entenderse incluidas la paliación y la recuperación. El literal *i)* fue declarado exequible dada la importancia de la sostenibilidad financiera para la realización del derecho, pero, se advirtió que de conformidad con el precedente contenido en la sentencia C- 459/08 "*la sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario*". Para la Corporación, es un deber social del Estado asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación. Con dichos fundamentos, la declaración de exequibilidad de este precepto fue condicionada.

En lo atinente al **artículo 6**, la Sala encontró que la caracterización de esenciales e interrelacionados, predicada de los elementos del derecho a la salud, no atentaba contra la Carta y se avenía con lo prescrito en la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Tribunal Constitucional estimó que los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, estipulados por el legislador estatutario, se corresponden con la Constitución, debiendo observarse que su lectura debe llevarse a cabo en consonancia con la precitada Observación 14. En cuanto a los principios que rigen el derecho a la salud, enlistados en el inciso 2 del artículo 6, la Sala manifestó que la universalidad, prescrita en el literal *a)*, tiene asidero constitucional, dado su reconocimiento específico en el artículo 49 de la Carta, estimándose que el goce efectivo del derecho debe involucrar todos los elementos necesarios, como lo son, la oportunidad, la integralidad, la continuidad, entre otros. El principio **pro homine** establecido en el literal *b)* fue declarado exequible dada su relevancia como cláusula hermenéutica para la interpretación de los derechos fundamentales. El principio de **equidad** estipulado en el literal *c)* fue valorado como constitucional,

destacándose el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas específicamente a mejorar la prestación del servicio en todas las fases que involucra la salud, tales como, promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y paliación.

Respecto a la **continuidad**, contemplada en el literal *d)*, fue declarado exequible, pero la Corte excluyó las expresiones *de manera intempestiva y arbitraria*, pues, con ellas se permitían elementos que conducían a amenazar o cercenar el goce del derecho. El principio de **oportunidad** contenido en el literal *e)* en el inciso 2 se declaró exequible, pero, proscribió por vía de inexecutable las expresiones *"que se requieran con necesidad"* y *"que puedan agravar la condición de salud de las personas"*, pues implicaban una restricción al goce del derecho y vulneraban los artículos 2 y 49 de la Carta. Por su parte, el principio de **prevalencia** de los derechos puesto en el literal *f)*, dada su consonancia con el artículo 44 no tuvo ninguna tacha y se declaró su executable. El principio de **progresividad**, contenido en el literal *g)*, declarado exequible, fue estudiado por la Corporación de conformidad con sus precedentes y se recordó que se vincula con el principio de no regresividad e implica la exigibilidad inmediata de ciertas obligaciones en cabeza del Estado. A su turno, el literal *h)* contenido del principio de la **libre elección** fue declarado exequible, recordándose que la sujeción a las normas de habilitación no tiene lugar cuando ello suponga la negación o una afectación grave del derecho. En cuanto al literal *i)* que alude al principio de **sostenibilidad**, se admitió su constitucionalidad, pero, se reiteró que es un criterio orientador y no tiene la calidad de principio. El literal *j)* del artículo 6 fue declarado exequible en razón a su asidero constitucional en el artículo 1, lo cual también hallaba sustento en varios precedentes de la Corte. La **eficiencia** como principio del literal *k)* fue declarada exequible dada su expresa consagración constitucional para el derecho a salud. Los literales *l)* y *m)* y *n)* fueron declarados executable, pues, comportan disposiciones concordantes con el respeto a las minorías, reconocen la diferencia y no riñen con ningún mandato de la Carta, toda vez que el respeto por la riqueza material e inmaterial que determina la identidad de las comunidades y minorías étnicas es una máxima que irradia el ordenamiento constitucional, al punto que torna indispensable su participación no solo en la aplicación de sistemas de salud particularmente diseñados para estas, sino también en las diferentes fases de construcción del mismo. Finalmente, el párrafo del inciso segundo del artículo 6 fue declarado exequible, observándose que, acorde con las reglas de la ponderación, algún o algunos principios deberán ceder frente a otros, según el caso concreto, habida cuenta que sin tal precisión se desconocería que los principios son mandatos de optimización y se ignoraría el papel capital de la ponderación en la labor del Tribunal Constitucional.

El **artículo 7** del proyecto de ley que consagra un enunciado que radica en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, la obligación de divulgar evaluaciones anuales sobre resultados del goce efectivo del derecho y la de presentar el informe sobre la evolución de los indicadores a todos los agentes del sistema, fue declarado ajustado a la Constitución. En el sentir de la Corporación ninguno de los mandatos señalados en la disposición quebranta la Carta.

El **artículo 8** se examinó destacándose tres situaciones. En primer lugar, el Tribunal Constitucional encontró exequible la inclusión del principio de integralidad en la ley estatutaria, pues, resulta importante para la realización efectiva del derecho mandada por los artículos 2 y 49 de la Carta, anotándose que su lectura debe llevarse a cabo en consonancia con la varias veces mencionada Observación 14. El segundo asunto que ocupó al Tribunal Constitucional en relación con este precepto fue el contenido del inciso 2, en el cual, se consagró un principio para resolver las dudas sobre el alcance de un servicio o tecnología cubierto por el Estado. La Corte lo valoró como exequible, pero advirtió que no cabe su lectura si da pie a restricciones o limitaciones indeterminadas del derecho fundamental a la salud, pues, quebrantaría la obligación estatal de garantizar el derecho contenido en el artículo 49 de la Carta, sobre la cual no puede haber *"ninguna duda"*. Estimó el Tribunal Constitucional que las limitaciones o restricciones son taxativas. En este caso, las exclusiones de la prestación del servicio son taxativas, pues ello elimina una regulación indeterminada que da pie para hacer nugatorio el derecho.

El tercer asunto que convocó a esta Corporación en el artículo 8 fue el contenido del párrafo, pues, en este se establece un elemento restrictivo que de preservarse en el ordenamiento jurídico, amenaza la garantía efectiva del derecho. Se trata de los conceptos de *"vinculación directa"* y *"vinculación indirecta"* con el tratamiento, lo cual condiciona la inclusión o exclusión de la prestación del servicio. Estimó la Corte Constitucional que, estas limitaciones y, además indefiniciones en el acceso al derecho, hacían imperativo excluir tal párrafo del ordenamiento, declarándose en consecuencia su inexecutable.

La Corte declaró la executable de la totalidad del **artículo 9**, entre otras razones, porque establecer como deber del Estado el de la adopción de políticas públicas tendientes a reducir

las desigualdades, se encuentra en consonancia con lo dispuesto en el artículo 13 de una parte y, con lo dispuesto en el artículo 366, de otra. La búsqueda de la igualdad como cometido con rango constitucional en nada riñe con la Carta. Igualmente, se observó un mandato según el cual los factores determinantes sociales de salud, serán financiados con recursos diferentes a los destinados para el cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud. Para el Tribunal Constitucional no se desconoce la Constitución cuando el legislador, en uso de su potestad, establece que los recursos destinados a un sector, no deben cubrir los gastos que comporte otro, más cuando en el precepto se reconoce que esos otros sectores serán financiados con otros recursos.

El **artículo 10** comportó el análisis de los derechos y deberes de las personas en relación con la prestación de los servicios de salud. De la revisión hecha, la Corte encontró que el listado de derechos estipulado por el legislador es enunciativo. En cuanto a los derechos en particular consideró lo siguiente:

(1) Los derechos contenidos en los literales *a)*, *b)* e *i)* contenidos en el inciso 1 del artículo 10, fueron valorados como constitucionales en razón a que son expresión del elemento esencial de la accesibilidad al derecho. **(2)** Los derechos contenidos en los literales *c)*, *d)*, *g)*, *l)*, *m)* y *n)* del inciso 1 del artículo 10 fueron declarados exequibles al estimarse que son expresión del acceso a la información, entendido este último como un elemento esencial del derecho a la salud. La Sala recordó y reiteró su jurisprudencia en materia de consentimiento informado, acceso a la historia clínica del paciente y donación de órganos, pues a estos asuntos aluden los literales *d)*, *g)* y *n)*, respectivamente. **(3)** En cuanto a los literales *h)* y *j)*, se les estimó como constitucionales por ser expresión del elemento esencial de la calidad del servicio. El literal *f)*, visto como una manifestación de la aceptabilidad del servicio, también fue declarado exequible. **(4)** Los literales *k)*, *o)* y *p)*, fueron declarados exequibles. El primero de ellos se halló conforme a la apreciación que la Corte había tenido del concepto de datos sensibles y al principio de confidencialidad. El literal *o)* se encontró ajustado al artículo 12 de la Carta y, el literal *p)* se entendió como un precepto que contribuye a eliminar obstáculos para la realización del derecho. **(5)** Por su parte, el literal *q)* que contemplaba como derecho "*Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad*", fue revisado por la Corte con especial atención, pues, incorporaba 2 expresiones que se tornaban en restricciones indeterminadas del derecho fundamental a la salud. La Corporación consideró que la expresión "*razonables*", fungía como restricción indeterminada, pues, no se señaló por el legislador ningún elemento que la hiciese determinable, tal como quién debería definir esa razonabilidad. La expresión "*efectivamente*" también fue tachada, pues, no resultaba admisible definir la efectividad de un procedimiento sin haberlo practicado. Para el Tribunal Constitucional, la efectividad del servicio, tecnología, suministro, etc., depende en mucho del paciente y su entorno, por ello está exigencia de efectividad también amenazaba el derecho como una limitación indefinida del mismo. Consecuentemente, se procedió a declarar la inexecutable de los dos vocablos.

En materia de los deberes, el control de constitucionalidad la Corte concluyó lo siguiente: **(1)** los contenidos en los literales *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *f)* y *g)* son una manifestación de específicos deberes constitucionales. En el caso de los literales *a)* y *b)* es patente su concordancia con el contenido del inciso quinto del artículo 49 de la Carta. Por lo que atañe al deber contenido en el literal *c)* se advirtió que resultaba concordante con el deber ordenado por el Texto Superior en el numeral 2 del artículo 95. El deber del literal *d)* se encontró conforme con el respeto de los derechos ajenos ordenado en el numeral 1 del artículo 95 de la Carta. El literal *f)* fue estimado acorde con lo contemplado en el inciso 2 del artículo 95 y el literal *g)* se valoró como expresión del artículo 83 de la Constitución. **(2)** El literal *h)* estipuló un deber que la Corte encontró necesario para el correcto funcionamiento del sistema, advirtiendo que la solicitud de información requerida, para efectos del servicio, no debe incurrir en el abuso de los derechos propios. Consecuentemente, se les declaró exequibles. **(3)** El literal *e)* del inciso 2 fue declarado exequible pero se advirtió que, cuando el legislador establezca las consecuencias por el incumplimiento de los deberes, deberá cuidar lo que permita definir las expresiones "*adecuada y racionalmente*", para que no se constituyan en un obstáculo para el goce efectivo del derecho. **(4)** En cuanto al literal *i)* del inciso 2, la Corte valoró que el deber de "*Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago*" , resulta concorde con el numeral 9 del artículo 95 de la Carta y la jurisprudencia de esta Sala. **(5)** En el párrafo 1 del inciso segundo, la Corte declaró inexecutable la expresión "*con necesidad*", pues implicaba una restricción sin justificación del alcance del principio de oportunidad en la prestación del servicio. **(6)** El párrafo 2 fue declarado exequible, pues la obligación de definir políticas públicas para la promoción de los deberes, implica la participación ciudadana, tal como se colige del mismo proyecto.

La Corte estimó que la disposición contenida en el **artículo 11** se encuentra en armonía con los artículos 13 y 49 Superiores, toda vez que *i)* es una materialización de la protección reforzada reconocida tanto por la normatividad internacional como nacional, *ii)* propugna por la erradicación de la discriminación y *iii)* constituye una medida que el Estado adopta en favor de los sujetos especiales, salvo la expresión "*con necesidad*" del inciso 2º que declaró inexecutable, dado que restringe de manera injustificada el alcance del principio de oportunidad. Asimismo, destacó que la lista de sujetos acreedores de protección especial en salud contenida en el inciso 1º es de índole enunciativa y no taxativa. Finalmente, manifestó que la atención que se debe brindar a las víctimas de la violencia sexual es de carácter integral y no meramente psicológico o psiquiátrico.

El **artículo 12** fue valorado como executable, precisándose que el listado de prerrogativas prescritas en el artículo, en favor de la participación de los ciudadanos en las decisiones del sistema de salud, no debe entenderse como una lista taxativa, sino apenas como una enunciación que no puede excluir, dado el carácter *expansivo* y *universal* del principio democrático, otro tipo de garantías o actuaciones, pues la lectura restrictiva puede conducir a impedir la realización efectiva del derecho a la participación, quebrantándose con ello los postulados del espíritu democrático contenidos en los artículos 1, 2 y 113 del Texto Superior. Para la Sala, la participación estipulada en el precepto comprende también las decisiones a adoptar, con lo cual, cobra vigor el postulado democrático aludido. Los literales contenidos en el artículo 12 estatutario, fueron apreciados como executables, pero la Corte advirtió que en el literal *d)*, la expresión *inclusiones*, se refiere a los criterios de exclusión, pues, lo que específicamente debe discutirse es aquello que no hace parte del acceso al derecho (las exclusiones), dado que, en principio, todos los servicios y tecnologías están incluidos.

En lo concerniente al contenido de **artículo 13** la Corte estimó que el modelo de redes integrales de servicios se acompaña con importantes postulados constitucionales, orientados a la garantía de acceso eficaz, oportuno y de calidad para los usuarios del sistema de salud y por ello, se decidió su executabilidad. En similar sentido, reconoció la potestad que tiene el legislador para definir la participación de entidades de los sectores público, privado y mixto dentro de la organización del Sistema.

En cuanto al inciso primero del **artículo 14**, tras reiterar el vigor del principio de universalidad en materia del derecho fundamental a la salud y, recordar que las cargas administrativas no tiene la entidad para hacer nugatorio el goce efectivo del derecho, la Sala consideró que no se acompañan con lo dispuesto en el artículo 2 y en el inciso primero del artículo 49 de la Carta, elementos que restrinjan o amenacen la realización efectiva del derecho. No se garantiza el acceso al servicio de salud cuando se dispone que existe la posibilidad de oponer cargas administrativas a la prestación del mismo en materia de urgencias cuando no se trate de atención inicial, o se condicione a situaciones que deben ser determinadas por el Ministerio de Salud. Por ende, se declaró la inexecutable de las expresiones "*inicial*" y "*en aquellas circunstancias que determine el Ministro de Salud y Protección Social*". Los restantes apartados del enunciado legal fueron valorados como ajustados a la Carta y por ende fueron declarados executables, observándose que en el inciso 2 las expresiones *adecuada* y *racional* no deben tornarse en factores restrictivos del goce efectivo del derecho.

En lo que respecta al **artículo 15**, la Corporación halló concordantes con la Constitución los incisos 1, 2 y 3, advirtiendo en relación con los literales del inciso segundo que las exclusiones de servicios y tecnologías operan, siempre y cuando dada las particularidades del caso concreto, no se trate de situaciones que reúnan los requisitos establecidos y que establezca la jurisprudencia de esta Corporación para excepcionar lo dispuesto por el legislador. En cuanto al inciso cuarto que ordena al legislador ordinario el establecimiento de un mecanismo participativo, colectivo y transparente, para ampliar progresivamente los beneficios y para definir las prestaciones cubiertas por el sistema de salud, consideró la Corte que resulta executable, pero incorpora un elemento manifiestamente opuesto a lo considerado en esta providencia, pues asume el inaceptable presupuesto de servicios y tecnologías no cubiertos por el sistema pero que tampoco corresponden a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador. La presencia de dicho factor con este contenido comporta nuevamente una restricción indeterminada al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud, por lo cual, se declaró la inexecutable de la locución "*para definir las prestaciones cubiertas por el sistema*".

En lo concerniente a los tres párrafos del enunciado legal, la Sala estimó que se avienen a la Carta, pero, en el caso del párrafo 2 que se refiere a la acción de tutela, el Tribunal Constitucional condicionó su executabilidad a que dicho mandato no puede dar lugar a menoscabar el mecanismo de protección de los derechos fundamentales, atendiendo con ello

a las mismas razones que sustentaron un condicionamiento similar en el artículo 1 del Proyecto de ley estatutaria.

El **artículo 16** fue declarado exequible, y se consideró que el respectivo procedimiento de resolución de conflictos no puede suponer una barrera para el acceso a los servicios de salud que necesiten los pacientes, razón por la cual su ejercicio debe armonizarse con los postulados y condiciones decantados en la jurisprudencia de esta Corporación, pues, el procedimiento no puede tener lugar cuando se observe riesgo para la vida o integridad del paciente.

En cuanto a los incisos primero y segundo y del artículo 17, no encontró la Corte que la protección de la autonomía médica pueda comportar el desconocimiento de la Constitución imponiéndose la declaración de constitucionalidad del precepto. Respecto del inciso tercero, el legislador estatutario dispuso que las prácticas lesivas de la autonomía del profesional de la salud deben ser objeto de castigo, por parte de los Tribunales y organismos competentes, con lo cual, el legislador estatutario no establece tipos penales o disciplinarios y no se advierte ningún desconocimiento del debido proceso, pues, de lo que se trata, es de una remisión general a los mandatos que regulen a las autoridades competentes.

Por lo que atañe al párrafo del referido artículo 3, no encontró la Sala motivos para declarar su inconstitucionalidad, pues, no se trata de la afectación de ninguno de los derechos laborales de los profesionales de la salud. Entiende la Corte que el mandato apunta a defender la autonomía profesional del médico, proscribiendo prácticas que en últimas no solo condicionan la referida autonomía médica, sino que, comprometen el goce del derecho.

La disposición contenida en el **artículo 18** se declaró exequible de manera integral, toda vez que está en consonancia con los mandatos de la Carta que propugnan por las condiciones dignas y justas en que deben laborar las personas, en este caso, los profesionales y trabajadores de la salud.

Los **artículos 19 y 20** del proyecto, relativos a la política para el manejo de la información en salud y la divulgación de información sobre procesos científicos, respectivamente, fueron revisados de manera conjunta al tener identidad temática pese a que el primero es de carácter estatutario en tanto que el segundo compete al legislador ordinario. Para la Corte, ambas disposiciones se encuentran en armonía con el artículo 20 Superior atinente al derecho a recibir información veraz e imparcial y con el principio de publicidad conforme al cual debe desarrollarse la función administrativa consagrado en el artículo 209 constitucional, dado que la información es relevante para la comunidad, pues sin datos confiables y actualizados no es viable realizar un control social sobre las acciones de política que se adopten o respecto de las omisiones atribuibles a las autoridades.

En lo concerniente al **artículo 20**, la Corte encontró que establece una obligación para la Gobierno Nacional consistente en implementar una política social de estado que permita la articulación entre los diferentes sectores administrativos con dos propósitos: (i) garantizar los componentes esenciales del derecho a la salud, ya descritos en el artículo 6 del proyecto y (ii) afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud definidos en el párrafo del artículo 9 ibídem. El precepto orienta la política pública a la articulación de los sectores administrativos lo cual se ajusta al principio constitucional de colaboración armónica (Art.113 C.P.), y sus fines son congruentes con lo dispuesto en el artículo 2 de la Carta, además, con su realización se atienden las finalidades sociales del Estado, establecidas en el artículo 366 Superior. Por ello, se declaró su exequibilidad. Con todo, la Sala precisó que las políticas deben tener como base todas las situaciones de la enfermedad.

En el caso del **artículo 22** del proyecto, la Corporación sostuvo que la obligación de establecer una política de innovación, ciencia y tecnología en salud, no merece ningún reproche sobre su constitucionalidad, habida cuenta que la misma se encuentra en consonancia con la Observación General Número 14 y con preceptos de rango superior que tienen por finalidad fomentar la adquisición de nuevos conocimientos, particularmente, en materia de salud a través de investigaciones que permitan determinar, con claridad, la efectividad de las tecnologías utilizadas en el país. Por ende, la Corte declaró su exequibilidad.

En lo concerniente al **artículo 23** del Proyecto la Corte estimó que se aviene con los mandatos superiores. Este precepto resulta de singular relevancia, dado que los medicamentos son elementos esenciales de la accesibilidad del derecho fundamental en los términos de la Observación General 14. Para la Sala, no resulta aceptable dejar únicamente a las leyes del mercado los costos de los fármacos, generando un riesgo para la garantía de la efectividad del derecho a la salud (art. 2 y 49 C.P.). En ese sentido, conforme se señaló al examinar el literal j) del artículo 5 del proyecto, se requiere una mayor intervención del

regulador en pro de la garantía efectiva del derecho a la salud de los usuarios. Por ello, la declaración de exequibilidad del mandato fue condicionada a que el control de precios a que se refiere el párrafo, comprende todas las fases del proceso de producción y comercialización de los medicamentos hasta su consumo final.

El **artículo 24** fue valorado como constitucional. Para la Corporación, el deber del Estado de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, especialmente, para las zonas marginadas o de baja densidad poblacional y, el deber de adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas para que los habitantes de las zonas dispersas accedan oportunamente a los servicios de salud no riñen con la Carta y se ajustan a lo preceptuado en los arts. 2, 23 y 49 de la Constitución. Con todo, previo a la declaración de exequibilidad, la Corte reiteró que no resultaban de recibo lecturas restrictivas que atentaran contra el goce efectivo del derecho.

El **artículo 25** del proyecto de ley fue estimado como constitucional, pues, reitera lo dispuesto en el artículo 48 Superior y la comprensión que a la destinación específica ha fijado la jurisprudencia constitucional, con lo cual se controla el uso que a los recursos de la salud den los diferentes actores del sistema.

Por último, en cuanto al **artículo 26**, la Corte decidió que el enunciado revisado no genera cuestionamiento de constitucionalidad alguno, habida cuenta que es propio del ejercicio de la función legislativa que el Congreso, no solo disponga la fecha de vigencia de la regulación, sino que determine de forma expresa o tácita los efectos derogatorios de la misma.

4. Salvamentos y aclaraciones de voto

Los magistrados **Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Cuervo y Jorge Ignacio Pretelt Chaljub**, salvaron parcialmente el voto respecto de algunas de las decisiones de inexequibilidad y de exequibilidad condicionada proferidas en relación con el proyecto de ley estatutaria examinado en la sentencia C-313/14.

Así mismo, los magistrados **María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Jorge Iván Palacio Palacio, Alberto Rojas Ríos y Luis Ernesto Vargas Silva** anunciaron la presentación de diversas aclaraciones de voto respecto de algunas de las consideraciones expuestas por la Corte como fundamento de las decisiones adoptadas en relación con el proyecto de ley estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud.

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Presidente