

**RESUMEN Y ANÁLISIS DE LA SENTENCIA C-978 DE
2010 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL**

Cosa Juzgada
Autonomía de las entidades territoriales

Magistrado Ponente

Dr. Luis Alberto Álvarez Parra

Análisis del CEDEC

Por:

Alfonso Miranda Londoño

Bogotá D.C., 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. NORMA ACUSADA.....	3
3. PROBLEMA JURÍDICO	5
4. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL	5
5. DECISIÓN	28
6. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	28

RESUMEN Y ANÁLISIS DE LA SENTENCIA C-978 DE 2010 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Cosa Juzgada Autonomía de las entidades territoriales

Magistrado Ponente

Dr. Luis Alberto Álvarez Parra

1. Introducción

En ejercicio de la acción pública consagrada en el artículo 241, numeral 4º de la Constitución, el ciudadano Juan Carlos Moncada Zapata solicita a la Corte que declare la inexequibilidad del numeral 3.3.1 (parcial) del artículo 6 de la Ley 1151 de 2007 *“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006–2010”*.

El ciudadano Juan Carlos Moncada Zapata considera que la expresión *“con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de Fuerzas Militares”* del artículo 6 de la Ley 1151 de 2007, contradice el Preámbulo y los artículos 1, 2, 13 y 152 de la Constitución; y la expresión *“La entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos”* contenida en el mismo artículo, viola los artículos 1 y 38 de la Carta

2. Normas demandadas

A continuación, se subrayan los apartes demandados del numeral 3.3.1 del artículo 6 de la Ley 1151 de 2007:

“LEY 1151 de 2007

(julio 24)

Diario Oficial No. 47.700 de 25 de julio de 2007

Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

El Congreso de Colombia

DECRETA:

(...)

Artículo 6. Descripción de los principales programas de inversión. La descripción de los principales programas de inversión que el Gobierno Nacional espera ejecutar durante la vigencia del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, es la siguiente:

1. ESTADO COMUNITARIO DESARROLLO PARA TODOS

(...)

2. POLÍTICA DE DEFENSA Y SEGURIDAD DEMOCRÁTICA

(...)

3. REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD

(...).

3.1. Pobreza y población vulnerable

(...)

3.2. Inserción de las familias en el Sistema de Protección Social

(...)

3.3 Sistema de Protección Social

(...)

3.3.1 Mejorar la accesibilidad a servicios de salud y la capacidad de respuesta del Estado a las emergencias y desastres

Desarrollar un sistema integral de transporte aéreo medicalizado como parte de la estrategia nacional del mejoramiento y garantía de accesibilidad a los servicios de salud de todos los colombianos que se encuentran en el territorio nacional. Este sistema garantizará:

1. Ambulancias aéreas medicalizadas y certificadas por la autoridad competente en Salud y la Aerocivil, en lo de su competencia, para el traslado de pacientes críticos con exigencia de traslado aéreo según evaluación y remisión por el sistema de salud.

2. Rutas aéreas saludables desde los centros de alta complejidad en la atención en salud para cubrir a los habitantes de municipios lejanos.

3. Dar soporte aéreo para realizar Brigadas de Salud en las zonas de más difícil acceso del territorio nacional con frecuencia mínima de tres veces año.

4. Dar soporte helico-transportado para la respuesta a emergencias por accidentes de tránsito en las 5 regiones: costa caribe; centro del país, occidente y eje cafetero, Antioquia, Chocó, Oriente colombiano y Amazonía.

5. Apoyo en la fase de impacto en caso de emergencias por desastres naturales en el país.

La entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos desarrollará,

organizará y pondrá en funcionamiento este servicio dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la presente Ley. Para ello, elaborará un plan cuatrienal que se presentará a la entidad reguladora en salud y su desarrollo estará bajo la supervisión del Ministerio de la Protección Social y será vigilada por los organismos de control del sector salud y la Aeronáutica Civil en lo de su competencia. Este servicio se financiará mensualmente **con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de Fuerzas Militares.**

A la financiación de este sistema concurrirán los sectores que demanden este servicio y que tengan cubiertos este tipo de riesgos.

Parágrafo. Para garantizar la operación de este sistema, la Aeronáutica Civil ajustará la operación aeroportuaria y las demás autoridades concurrirán privilegiando el funcionamiento de este servicio.”

3. Problema Jurídico

Realizar una breve referencia a las reglas jurisprudenciales establecidas en relación con: *(i)* el principio de autonomía de los entes territoriales y su relevancia en materia de salud; *(ii)* el contenido del derecho de asociación de los entes territoriales; *(iii)* el modelo de concurrencia privada, en condiciones de libre competencia, establecido en la Constitución para la prestación del servicio de salud.

Recordar la jurisprudencia acerca de: *(iv)* el contenido y alcance del principio de *eficiencia* en el ámbito de la seguridad social en salud; *(v)* La unidad de pago por capitación como eje del equilibrio del sistema financiero en salud; *(vi)* la cobertura de los Planes Obligatorios de Salud en materia de transporte, y los propósitos del establecimiento de un sistema de transporte aéreo medicalizado.

4. Consideraciones de la Corte Constitucional

Alcance de la cosa juzgada constitucional establecida en la sentencia C- 714 de 2008

De acuerdo a lo establecido en el artículo 243 de la Constitución Política, los fallos que la Corte Constitucional dicta en ejercicio del control jurisdiccional gozan de fuerza de cosa juzgada. Ello implica que las decisiones judiciales tomadas por la Corporación en cumplimiento de su misión de garantizar la integridad y la supremacía de la Constitución, adquieren valor jurídico y fuerza vinculante.

En ese sentido, la cosa juzgada constitucional, además de proteger la supremacía normativa de la Carta, está llamada a garantizar la efectiva aplicación de los principios de igualdad, seguridad jurídica y confianza legítima de los administrados, ya que por

medio de esta figura se garantiza que el órgano encargado del control constitucional sea consistente con las decisiones que ha adoptado previamente.

Como ha indicado la jurisprudencia de esta Corte, la cosa juzgada constitucional “*se predica tanto de los fallos de inexequibilidad como de los de exequibilidad, vincula a todas las autoridades -incluida la misma Corte Constitucional- y se extiende, por igual, al continente de la norma como a su contenido material - precepto o proposición jurídica en sí misma considerada*”. No obstante, es la misma Corte quien determina los efectos de sus fallos, en razón a su labor de intérprete directa y autorizada de la Carta.

El alcance de la cosa juzgada constitucional ha sido desarrollado de manera amplia en la jurisprudencia, a través de la definición de categorías independientes con diferencias claras. De esta forma, se han establecido diferencias conceptuales y prácticas entre lo que se entiende por cosa juzgada *absoluta* y por cosa juzgada *relativa*, y entre cosa juzgada *formal* y cosa juzgada *material*.

Por otro lado, la Corte ha establecido que puede declararse la existencia de cosa juzgada formal, en aquellos casos donde existe un pronunciamiento previo del juez constitucional en relación con el precepto que es sometido a un nuevo y posterior escrutinio constitucional, en tanto que se presenta el fenómeno de la cosa juzgada material cuando a pesar de haberse atacado por medio de una demanda la constitucionalidad de una norma formalmente distinta, su materia o contenido normativo resulta ser idéntico al de otra(s) disposición(es) que ya fue(ron) objeto del análisis de constitucionalidad. En este contexto, ha dicho la doctrina constitucional que la cosa juzgada material se predica de la similitud en los contenidos normativos de distintas disposiciones jurídicas, aunque ello no significa que exista semejanza o coincidencia entre el problema jurídico propuesto y el que fue objeto de pronunciamiento en la decisión precedente.

El principio de la autonomía de los entes territoriales y su relevancia en materia de competencias en salud

De conformidad en el Art. 1º de la Constitución Política, Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de república unitaria, *descentralizada*, con *autonomía de sus entidades territoriales*. En armonía con este postulado, el Art. 287 superior establece que las entidades territoriales gozan de *autonomía* para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud, las entidades territoriales tendrán las siguientes prerrogativas: (i) gobernarse por autoridades propias; (ii) *ejercer las competencias que les correspondan*; (iii) administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones, y (iv) participar en las rentas nacionales.

Dentro de ese esquema, y con sujeción a la estructura fijada directamente por la Constitución, la distribución de competencias entre la Nación y los entes territoriales es algo que el ordenamiento superior ha confiado al legislador, para lo cual se le han

establecido una serie de reglas mínimas orientadas a asegurar una articulación entre la protección debida a la autonomía territorial y el principio unitario, reglas que en ocasiones otorgan primacía al nivel central, al paso que en otras impulsan la gestión autónoma de las entidades territoriales.

La autonomía, en palabras de la Corte *“actúa como un principio jurídico en materia de organización competencial, lo que significa que se debe realizar en la mayor medida posible, es decir como mandato de optimización, teniendo en cuenta la importancia de los bienes jurídicos que justifiquen su limitación en cada caso concreto”*. De tal modo, puntualizó la Corte, que lo que le está vedado al Congreso es sujetar por completo a las entidades que gozan de autonomía, a los imperativos y determinaciones adoptados desde el centro.

De acuerdo con el artículo 288 de la Constitución, las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales deberán ejercerse conforme a los principios de concurrencia, coordinación y subsidiariedad, en los términos que establezca la ley. Ello implica que, para los asuntos de interés meramente local o regional, deben preservarse las competencias de los órganos territoriales correspondientes, al paso que cuando se trascienda ese ámbito, corresponde a la ley regular la materia.

Comoquiera que los cargos se focalizan en el señalamiento de la posible vulneración del principio de autonomía territorial de los municipios y distritos como entes responsables de la operación del régimen subsidiado de salud, en virtud de la asignación a una entidad gremial de competencias que por ley les corresponde a aquellas entidades, se hará una breve referencia a algunas de las funciones que resultan relevantes para el presente análisis.

Competencia de los municipios en el sector salud

Tal como lo destacó recientemente la Corte, *“Uno de los ejes centrales de la Carta Política radica en el fortalecimiento de las entidades territoriales a partir del traslado de competencias funcionales en componentes esenciales del desarrollo político y social, asegurando que cuenten para su desarrollo con la capacidad financiera, administrativa y técnica necesaria para asumirlas de manera adecuada y eficiente. Es así como la Carta en sus artículos 356 y 357, estableció que un porcentaje de los recursos nacionales debían ser trasladados a los niveles locales y regionales con destino a inversión social en salud, educación, agua potable y saneamiento básico, de acuerdo con las competencias radicadas en cabeza de la Nación y a cargo de las entidades territoriales”*.

En desarrollo de los mencionados mandatos superiores la Ley Orgánica 715 de 2001 señala dentro de las competencias en salud de los municipios y distritos, las siguientes: *(i)* De dirección del sector en el ámbito municipal; *(ii)* De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud; *(iii)* De salud pública.

Dentro de las competencias en materia de *dirección* del sector en el ámbito municipal, cabe destacar las funciones de “44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental”, así como aquella de “44.1. Gestionar el recaudo, flujo y **ejecución** de los recursos con destinación específica para la salud del municipio (...)”. Así mismo, en desarrollo de la competencia del *aseguramiento* resulta pertinente señalar que corresponde a los municipios y distritos “44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías”.

Adicionalmente, es preciso mencionar que el artículo 33 de la Ley 1176 de 2007 “Por la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores”, asignó a los municipios nueva función adicional en el aparte correspondiente a la dirección del sector salud (numeral 1.7 del artículo 44) estableciendo que compete a estos entes territoriales: “44.1.7 Coordinar con la organización que agremia nacionalmente los municipios colombianos, la integración de la red local de salud con el sistema integral de transporte aéreo medicalizado y servicios de telemedicina en concordancia con los objetivos de las Leyes 1151 de 2007 artículo 60, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y la Ley 1122 de 2007”.

En este marco competencial, corresponde a los municipios y distritos identificar la población pobre y vulnerable de su jurisdicción, seleccionar a los beneficiarios de los subsidios y, **celebrar contratos de aseguramiento** con las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas. Así mismo, compete a estos entes territoriales ejercer control permanente sobre dichas entidades, directamente o a través de interventoría.

El contenido del derecho o libertad de asociación. Especial referencia a los entes territorialesEl derecho de asociación, a través del cual se ampara la acción concertada de varias personas - naturales o jurídicas - que persiguen objetivos comunes de vinculación “para la realización de un *designio colectivo*”, es un derecho constitucional reconocido en el artículo 38 de la Constitución y proclamado en diversos tratados internacionales (la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 20-2 ; el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, Art.22) que forman parte del bloque de constitucionalidad en estricto sentido, puesto que son normas de derechos humanos con cláusula de reenvío dentro de nuestra Constitución.

El derecho o libertad de asociación contiene en sí mismo dos aspectos complementarios: uno positivo (el derecho a asociarse), y otro negativo (el derecho a no ser obligado directa o indirectamente a formar parte de una asociación determinada). Estas dos dimensiones integran la estructura del derecho de asociación que se enmarca dentro de la cláusula general de libertad, y guarda estrecha relación con la garantía de la autonomía de las personas (Art. 16).

En ese orden de ideas, el primer aspecto del derecho de asociación, - de carácter positivo- , puede ser descrito como la “*facultad de toda persona para comprometerse con otras en la realización de un proyecto colectivo, libremente concertado, de carácter social, cultural, político, económico, etc. a través de la conformación de una estructura*”.

organizativa, reconocida por el Estado”, con capacidad para ceñirse a los requisitos y trámites legales instituidos para el efecto y operar en el ámbito jurídico. El segundo, de carácter negativo, conlleva la facultad de todas las personas de “abstenerse de formar parte de una determinada asociación y la expresión del derecho correlativo a no ser obligado, ni directa ni indirectamente a ello, libertad que se encuentra protegida por los artículos 16 y 38 de la Constitución”.

Por consiguiente, constituye una violación del derecho de asociación, forzar a las personas naturales o jurídicas a vincularse a una determinada organización, o hacer de tal vinculación un elemento necesario para tener acceso a un derecho fundamental (como el trabajo por ejemplo), o condicionar los beneficios que normalmente podrían lograrse sin tener necesariamente que asociarse, a la existencia de un vínculo obligatorio de la naturaleza indicada. Es por ello que en virtud del aspecto negativo del derecho de asociación, surge a cargo del Estado la misión de evitar que al interior de la sociedad, las organizaciones que ostentan algún tipo de preeminencia, constriñan a las personas a vincularse a una organización específica, no solo porque el derecho de asociación es un claro derecho “*de libertad, cuya garantía se funda en la condición de voluntariedad*”, sino porque “*la afiliación tanto como la pertenencia a una asociación, son actos voluntarios y libres, que dependen siempre y exclusivamente de la decisión de la persona*”, en virtud de su derecho a determinar libremente sus propias opciones vitales.

El modelo de concurrencia privada, en condiciones de libre competencia, establecido en la constitución para la prestación del servicio de salud

La libertad económica que se encuentra reconocida y garantizada por la Constitución (Art. 333), dentro de los límites del bien común y del interés social, constituye uno de los fundamentos del Estado Social de Derecho. De esta manera, así como la libertad de empresa se orienta a permitir la posibilidad real del individuo de desarrollar actividades económicas que considera necesarias para la satisfacción de sus intereses, también, se autoriza al Estado para intervenir y crear las condiciones necesarias para que éstas se materialicen en armonía con los valores superiores previstos en la Carta.

La jurisprudencia de esta corporación ha precisado que la posibilidad de que los particulares concurren en la prestación del servicio de salud no es incompatible con su carácter de interés público y su finalidad eminentemente social, pese a que se trata de sujetos que actúan motivados por intereses privados, que también gozan de la protección de la Constitución.

No obstante, ha advertido que el ejercicio de la libertad económica y la libre competencia en materia de salud, sólo puede darse dentro del ámbito que el legislador haya previsto para el efecto, y respetando los límites fijados por las rigurosas condiciones de regulación, vigilancia y control que se derivan de la responsabilidad constitucional que el Estado tiene en este sector social. Dicha intervención es mucho más intensa precisamente cuando se abre la posibilidad de que a la prestación de los servicios públicos concurren los particulares.

La intervención del Estado en la prestación del servicio público de salud, ha dicho esta Corte, es intensa y se funda en el modelo del Estado Social de Derecho, que impone a las autoridades públicas el deber de asumir su prestación, ya sea directamente o por medio de los particulares. Además, y por tratarse de una actividad, en la que se manejan dineros del Sistema General de Salud por entidades privadas (EPS), el control estatal se orienta a la preservación de la confianza pública, pues permite que estas entidades cuenten con una estructura administrativa, técnica, financiera y profesional que asegure la prestación regular, continua y eficiente del servicio de salud a los afiliados.

No obstante ese fuerte nivel de intervención no puede conducir a que se *“elimine el esquema de libre competencia entre particulares y el Estado en la prestación del servicio, pues este supuesto conduciría a la estatización de una actividad que se rige por la libertad de empresa regulada, ni tampoco puede ser tan débil que deje al juego del mercado la protección del derecho a la salud de la población más vulnerable del país, por cuanto ello produciría un desmantelamiento de los servicios sociales a cargo del Estado”*.

La autorización constitucional para que los particulares concurren con el Estado en la prestación del servicio público de salud, comporta una delegación en estos agentes, y en tal escenario *“debe existir la libre competencia y el Estado debe velar porque no se presente obstáculos o limitaciones a la concurrencia de los sujetos económicos por la conquista del mercado; y si estas existen deben ser iguales para todas las personas naturales o jurídicas que tengan la capacidad de prestar el servicio”*.

De igual manera, la jurisprudencia de esta Corte ha destacado la facultad del Estado, a través del legislador, de controlar las prácticas monopolísticas y el abuso de posición dominante, potestad que deriva de la prohibición constitucional de constituir monopolios particulares. Por ende, si bien la libertad de empresa, la libre competencia y la libre iniciativa privada encuentran amparo constitucional, la Carta no se circunscribe a asegurarlas *“de manera absoluta, sino que pretende igualmente otorgar al Estado y a la comunidad, mecanismos para prevenir abusos y garantizar la equidad en las relaciones económicas. Por ello, la búsqueda de transparencia, la solidaridad, la interacción de los diferentes agentes y unidades económicas dentro de esquemas que promuevan la prosperidad general, la limitación en el ejercicio del poder monopolístico y del abuso de la posición dominante en el mercado, entre otros, son elementos que permiten limitar la libertad económica y de empresa.”* Lo anterior, en razón a que el Estado tiene el deber y la facultad de evitar la conformación de monopolios, las prácticas restrictivas de la competencia o eventuales abusos de posiciones dominantes que produzcan distorsiones en el sistema económico competitivo.

En síntesis, la Constitución autoriza la concurrencia entre entes estatales y particulares en la prestación de servicios vinculados al sistema de salud. Sin embargo, este modelo debe desarrollarse bajo la premisa de la garantía de la calidad del servicio y de su efectiva prestación, y no solo de la protección del lucro individual de los agentes privados. Y si bien el Estado puede introducir regulaciones e incluso limitaciones en el desarrollo de dicha actividad, estas deben estar justificadas en la protección de valores superiores. La Constitución prohíbe los monopolios por considerar que restringen la

libertad económica y distorsionan la libre competencia, de modo que sólo admite los que son de creación legal, con el carácter de arbitrio rentístico y para una finalidad de interés público o social. Una vez que el Estado admite la concurrencia de particulares en la prestación de servicios de salud, debe garantizar un escenario de libre competencia y velar porque no se presenten obstáculos o limitaciones a la concurrencia de sujetos económicos, y si las impone en desarrollo de su potestad de regulación del servicio público de salud, deben ser iguales para todos los concurrentes.

El principio de eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La Constitución colombiana ha establecido en su artículo 48 que la seguridad social es “*un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de **eficiencia**, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley*”. De conformidad con lo anterior, el legislador quedó habilitado constitucionalmente para configurar el sistema de seguridad social sometido a dichos principios y a los parámetros fundamentales establecidos en la citada disposición superior. Efectivamente, reiterando su naturaleza de servicio público, el legislador dispuso que su prestación debe efectuarse con sujeción a los principios de *eficiencia*, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

El principio de *eficiencia* consagrado en la norma superior, y desarrollado en la Ley 100 de 1993, es entendido como la *mejor utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente*. Tales recursos resultan indispensables para el funcionamiento del sistema de seguridad social, y en esta medida están todos articulados para la consecución del fin propuesto por el Constituyente de garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Por tratarse de un servicio público, la seguridad social en salud requiere contar con un flujo constante de recursos que permita su financiación y por ende la atención adecuada y oportuna de las prestaciones correspondientes. Estos recursos provienen básicamente de las cotizaciones de sus afiliados, las cuales son establecidas por el Estado en ejercicio de su potestad impositiva. Dichas cotizaciones constituyen contribuciones parafiscales, toda vez que se cobran de manera obligatoria a un determinado número de personas cuyas necesidades en salud se satisfacen con los recursos recaudados.

El hecho de que los recursos de la seguridad social en salud tengan carácter parafiscal significa que los mismos deban destinarse a la función propia de la seguridad social: la salud de la población protegida. Con tal fin, la Ley 100 de 1993 diseñó un sistema de seguridad social en salud (SGSSS), cuyo objetivo fundamental es crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional, y el cual permitirá la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención y

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Dicho sistema está compuesto por dos regímenes: el régimen contributivo y el régimen subsidiado, los cuales operan a través de las entidades aseguradoras (EPS-C y EPS-S) de naturaleza pública o privada, cuya existencia es autorizada por el Estado, siempre que llenen las condiciones técnicas y financieras exigidas por la ley. Estas entidades son las encargadas de asegurar que se preste a la población que libremente las elija, el Plan Obligatorio de Salud – POS - con cargo a una Unidad de Pago por Capitación, cuyo valor previamente ha sido definido en consideración al paquete de servicios que este contiene. De modo que las Empresas Promotoras de Salud están llamadas a asumir, en calidad de intermediarias y administradoras de los recursos del sistema, las contingencias en salud de sus afiliados. La Corte ha dicho que con la creación de estas entidades se busca homogenizar la operación y optimizar los beneficios que otorgan las entidades de seguridad social sin distinción entre usuarios de uno y otro régimen.

Dentro del diseño del sistema de la seguridad social en salud el equilibrio financiero tiene como objetivo garantizar la viabilidad del sistema y por lo tanto su permanencia en el tiempo a efectos de que se pueda seguir manteniendo el fin primordial: la cobertura de las necesidades sociales a las que está expuesta la población protegida.

En suma, el principio de *eficiencia* es entendido como la mejor utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social en salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. Tales recursos resultan indispensables para el funcionamiento del sistema de seguridad social, y en esta medida *están todos articulados* para la consecución del fin propuesto por el Constituyente de garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. Con la creación de unas instituciones encargadas de cumplir con los objetivos del sistema (EPS e IPS) se busca homogenizar la operación y optimizar los beneficios que otorgan las entidades de seguridad social sin distinción entre usuarios de uno y otro régimen.

Para la prestación eficiente del servicio público, es importante que el sistema de seguridad social en salud cuente con un equilibrio financiero, el cual ha sido considerado por la jurisprudencia como un elemento fundamental para racionalizar el acceso a los servicios establecidos en los planes obligatorios de salud. A fin de preservar dicho equilibrio el Estado debe regular adecuadamente la relación entre los ingresos de recursos al sistema, por un lado, y la prestación de servicios de calidad por el otro. Las regulaciones que no respeten ese equilibrio necesario pueden afectar el goce efectivo de todas las personas al derecho a la salud, en condiciones de universalidad, eficiencia, solidaridad y equidad, resultan inconstitucionales.

La Unidad de Pago de Capitación (UPC): eje del equilibrio financiero del Sistema

La jurisprudencia de esta Corporación ha destacado la relevancia de la denominada Unidad de Pago por Capitación –UPC-, en tanto eje del equilibrio financiero del Sistema

General de Seguridad Social en Salud. La UPC es un valor *per capita* que paga el Estado a la EPS “*por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos*” en el POS para cada afiliado. Esta unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por la Comisión de Regulación en Salud –CRES-, ente que recogió algunas de las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS- , teniendo en cuenta para ello los estudios técnicos hechos por el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de Protección Social).

De esta manera, para cubrir los costos de los servicios que ofrece el Sistema de Seguridad Social en Salud a sus usuarios, el legislador diseñó la Unidad de Pago por Capitación –UPC- para el régimen contributivo y la UPC-S para el subsidiado, como valor fijo mediante el cual se unifican los costos del paquete básico de los servicios en salud que ofrece el sistema: el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el contributivo y el Plan Obligatorio de Salud (POS-S) para el subsidiado. Así, se entiende que la UPC corresponde, en uno y otro régimen, al valor del aseguramiento *per cápita* que da derecho al usuario a recibir del sistema la atención en salud que requiera, dentro de los parámetros del POS, independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema. Para el efecto, mensualmente cada EPS recibe, por cada afiliado el valor de una UPC o UPC-S, que proviene de las cotizaciones de trabajadores y empleadores en el caso del régimen contributivo, y parcialmente subsidiada por el Sistema de Salud, en el del Régimen Subsidiado de Salud.

Así las cosas, la jurisprudencia constitucional ha calificado la UPC como un recurso público parafiscal, toda vez que se trata de una prima que se deriva de la cotización obligatoria en salud. En esta medida, tales recursos deben aplicarse en primer lugar, al costo en salud, y en segundo lugar, al gasto administrativo asociado a dicho costo en salud. Finalmente, la utilidad o excedente operacional resultante podrá apropiarse por las entidades administradoras de los riesgos en salud.

El atributo de la parafiscalidad como instituto para financiar ciertas actividades implica que estos recursos no puedan ser utilizados con fines distintos a los cuales están destinados, ni ser objeto del giro ordinario de los negocios de las entidades de aseguramiento, ni formar parte de los bienes de tales entidades, ni desviarse a objetivos diferentes, ni siquiera con motivo de su liquidación o intervención. Pero además dicha caracterización conduce a que ningún aportante, operador, modalidad de prestación o sujeto sea titular de un derecho o de una cuota parte de esos recursos, comoquiera que la prima de aseguramiento (UPC) se fija de acuerdo con los estudios de suficiencia correspondientes y en ese orden de ideas no puede considerarse aquella como *un presupuesto* para cada una de las actividades, intervenciones procedimientos y medicamentos del POS.

Corresponde a la CRES fijar el valor de la UPC anualmente, teniendo en cuenta para el efecto, las necesidades de los afiliados según el perfil epidemiológico y el rango de edad,

las frecuencias de uso establecidas en las guías y los protocolos de atención integral vigentes en el país, así como la dispersión geográfica de los afiliados.

En conclusión, para conservar el equilibrio económico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial de los recursos necesarios para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, respecto de cada afiliado o beneficiario, se requiere el balance entre ingresos y prestaciones, es decir entre UPC y POS.

El servicio de transporte aéreo medicalizado y su cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El servicio integral de transporte aéreo medicalizado establecido en el artículo 6º de la Ley 1151 de 2007.

La expresión acusada, según la cual el servicio de transporte aéreo medicalizado debe ser financiado con el 2% de la UPC que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales, con excepción del de las Fuerzas Militares, forma parte del numeral 3.3.1 del artículo 6º de la Ley 1151 de 2007. Esta norma describe los principales programas de inversión que el Gobierno Nacional se propuso ejecutar dentro de la vigencia del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. El marco programático en el cual se inscribe la norma acusada, el es de la *“Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad” (num. 3)* con referencia particular al *“Sistema de Protección Social” (3.3)*.

Como una faceta de este último propósito se estableció el programa orientado a *“mejorar la accesibilidad a servicios de salud y la capacidad de respuesta del Estado a las emergencias y desastres”*. A su vez, un componente de la estrategia nacional para el mejoramiento y garantía de accesibilidad a los servicios de salud de todos los colombianos que se encuentran en el territorio nacional, es el desarrollo de *“un sistema integral de transporte aéreo medicalizado”*.

El servicio de transporte aéreo medicalizado ha sido definido como una unidad aérea especialmente adaptada para ser destinada al socorro, rescate, valoración y traslado de pacientes cuyo estado de salud potencial y/o real es el de riesgo y requiere de asistencia del servicio de salud y equipamientos especiales durante el traslado. Este servicio se inscribe en el marco de los sistemas integrales de urgencia y emergencias médicas.

La urgencia médica corresponde a uno de los objetivos misionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual debe atenderse con el concurso de una secuencia organizada de recursos humanos especializados, materiales, tecnológicos, financieros que se deben poner en funcionamiento una vez se ha iniciado la atención de un paciente con patología de urgencia, hasta lograr llevarlo a unas condiciones estables de salud.

Corresponde a los actores del Sistema de Salud la gestión de este riesgo mediante acciones de salud de carácter preventivo y de mitigación del mismo, que se llevan a cabo

antes y durante una emergencia o desastre, y de evolución y recuperación que se despliegan con posterioridad al evento.

De conformidad con la Ley 9ª de 1976, la Ley 10ª de 1990, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, y de sus normas reglamentarias, el servicio de atención de urgencias está concebido como un sistema o conjunto de procesos, procedimientos y recursos orientados a la prevención, atención y rehabilitación de eventos de urgencias o desastres en donde todos los actores interactúan de manera coordinada, bajo la regulación de un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Esta unidad administrativa fue establecida para atender los requerimientos de asistencia, referencia, contrareferencia y atención prehospitolaria de los pacientes con patologías de urgencias tanto en condiciones ordinarias como durante las emergencias, los desastres y las situaciones de excepción. A tal ente, a cargo de las entidades territoriales, le corresponde realizar las acciones de coordinación intersectorial que facilitan la respuesta territorial, incluyendo la del traslado de pacientes con urgencia médica y del personal de salud requerido, a través de los medios, ordinariamente denominados ambulancias, incluidos en el concepto de transporte medicalizado.

Lo anterior indica que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, existe una estrategia, normativa, administrativa y financiera orientada a cubrir las necesidades de transporte asociadas a urgencias médicas y emergencias.

Por su parte, el sistema de transporte aéreo medicalizado que establece el numeral 3.3.1 del artículo 6º de la Ley 1151 de 2007, consta de los siguientes materiales, instrumentos y procedimientos:

1. Ambulancias aéreas medicalizadas y certificadas por la autoridad competente en Salud y la Aerocivil, en lo de su competencia, para el traslado de pacientes críticos con exigencia de traslado aéreo según evaluación y remisión por el sistema de salud.
2. Rutas aéreas saludables desde los centros de alta complejidad en la atención en salud para cubrir a los habitantes de municipios lejanos.
3. Dar soporte aéreo para realizar Brigadas de Salud en las zonas de más difícil acceso del territorio nacional con frecuencia mínima de tres veces año.
4. Dar soporte hélico-transportado para la respuesta a emergencias por accidentes de tránsito en las 5 regiones: costa caribe; centro del país, occidente y eje cafetero, Antioquia, Chocó, Oriente colombiano y Amazonía.
5. Apoyo en la fase de impacto en caso de emergencias por desastres naturales en el país.

La cobertura del servicio de transporte medicalizado en los Planes Obligatorios de Salud y en otras fuentes de financiamiento

La Resolución 5261 de 1994 *“Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, la cual rigió hasta el 31 de diciembre de 2009, contemplaba en su artículo 2º la reglas aplicables al régimen contributivo en materia de prestación de transporte medicalizado asociado al acceso a los beneficios de la red de servicios asistenciales ofertados por cada entidad promotora de salud.

En este sentido, preveía que cuando en el municipio de residencia del paciente no se contara con algún servicio requerido, este podría ser remitido al municipio más cercano que contara con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serían de responsabilidad de las entidades promotoras de salud en los casos de urgencia debidamente certificada, o en el de los pacientes internados que requirieran atención complementaria. Igualmente, en las zonas del país donde se pagaba la unidad de pago por capitación diferencial mayor, todos los gastos de transporte estarían a cargo de la entidad promotora de salud.

Para el régimen subsidiado, hasta el 31 de diciembre de 2009, el servicio de transporte de pacientes estaba regulado en el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS. En dicho acuerdo, se establecía que el plan obligatorio de salud cubría el traslado interinstitucional de pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios requerían ubicación en un nivel de atención adecuado cuando mediara la remisión de un profesional de la salud. Se garantizaba así mismo el transporte de los pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado recibían prima adicional o unidad de pago por capitación diferencial. En todos los casos, cuando existía limitación de oferta de servicios en un lugar o municipio, se preveía la remisión por parte de un profesional de la salud.

A partir del 1º de enero de 2010, entró a regir el Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud –CRES-, por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En el capítulo IX, aquel establece que en el plan obligatorio de salud de ambos regímenes se incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios en la institución en donde están siendo atendidos.

De acuerdo con esta regulación, el servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el ámbito geográfico en donde se encuentre, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante, el destino de la remisión, así como la normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

El Acuerdo establece igualmente que si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención, el traslado en ambulancia, de ser necesario, también hace parte del plan obligatorio de salud. Igual

ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

El Acuerdo 08 prevé que en las zonas del país en donde se reconoce prima adicional de la unidad de pago por capitación, el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención no incluido en el plan obligatorio de salud no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será con cargo a dicha prima.

Por su relevancia, a continuación se transcribe el texto del Acuerdo 08/09, en lo que concierne al servicio de transporte medicalizado:

ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

PARÁGRAFO 1o. Si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.

ARTÍCULO 34. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluido en el POS o POS-S según el caso, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca”.

El artículo 50 del Acuerdo 08 de 2009, establece, en relación con el régimen contributivo que “El POS-C incluye el transporte para el traslado interinstitucional, dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos que por sus condiciones de salud, y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde

están siendo atendidos, requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora”.

En lo que concierne con el transporte *aéreo* medicalizado, cabe precisar que el anexo 2 del Acuerdo 08, específicamente contempla los servicios de transporte aéreo medicalizado, bajo las siguientes codificaciones:

5824 S33201 TRASLADO AEREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO (complejidad 3).

5824 S33202 TRASLADO AEREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO (complejidad 3).

La anterior secuencia reglamentaria permite concluir que el servicio de transporte medicalizado ha hecho y es parte de los contenidos de los planes obligatorios de salud, en los términos allí establecidos. En lo que hace al servicio de transporte aéreo medicalizado se advierte su inclusión, con limitaciones asociadas a la complejidad, en los contenidos de los Planes Obligatorios de Salud.

De otra parte, comoquiera que la norma hace referencia a la cobertura de emergencias por accidentes de tránsito y desastres naturales, conviene recordar que la Ley 100 de 1993 (Art. 218) creó el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA.- como una cuenta adscrita al entonces Ministerio de Salud, en la cual se inscribe la subcuenta correspondiente al seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT-

El artículo 167 de la Ley 100 de 1993 establece respecto del ECAT que *“En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud” (Énfasis fuera del original).*

Adicionalmente, el artículo 223 de la Ley 100 de 1993, incorporó a la subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito los siguientes recursos: (i) Los recursos del FONSAT; (ii) Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito; (iii) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Del anterior recuento normativo se concluye que, de conformidad con la regulación vigente, los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo contemplan dentro de sus beneficios el servicio de transporte medicalizado, incluido el

transporte aéreo (anexo 2 del Acuerdo 08 de 2009). Y de otra parte, que ya existen fuentes de financiación asociadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (FOSYGA – ECAT) para el desarrollo de otras de las prestaciones que la Ley 1151 de 2007 incluye en el Sistema de Transporte Aéreo Medicalizado, como son: (i) el soporte hélico-transportado para la respuesta a emergencias por accidentes de tránsito en las cinco regiones a que alude la norma parcialmente acusada: Costa Caribe, centro del país, Occidente y Eje Cafetero, Antioquia, Chocó, Oriente Colombiano y Amazonía, y (ii) el apoyo en la fase de impacto por desastres naturales en el país.

Análisis de los cargos de inconstitucionalidad

Establecido el marco teórico que dará fundamento a las decisiones que se habrán de adoptar, procede la Corte al estudio de los cargos que, según valoración previa, resultaron aptos para provocar un pronunciamiento de constitucionalidad en relación con las expresiones *“La entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos”*(...) y *“con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de las Fuerzas Militares,* contenidas en el numeral 3.3.1 del Art. 6º Ley 1151/07.

Análisis de constitucionalidad de la expresión *“La entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos”* contenida en el numeral 3.3.1 del Art. 6º de la Ley 1151/07.

Este aparte de la demanda se dirige contra la expresión *“La entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos”*. Teniendo en cuenta que se acusa un segmento normativo que en sí mismo y de manera aislada no presenta un sentido autónomo, claro y unívoco que permita entenderlo y aplicarlo independientemente, es preciso efectuar integración normativa de dicha expresión con el aparte normativo que la contiene a efecto de emprender el análisis de constitucionalidad. En consecuencia la Corte se pronunciará sobre el segmento normativo que señala que *“La entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos desarrollará, organizará y pondrá en funcionamiento este servicio [sitam] dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la presente ley”*.

Sostiene el demandante que la asignación a la entidad que agremia nacionalmente a los municipios de las funciones de desarrollar, organizar y poner en funcionamiento el sistema general de transporte aéreo medicalizado vulnera: (i) la autonomía que la Constitución reconoce a los entes territoriales, comoquiera que las obliga a delegar en un tercero asuntos que son propios de sus competencias, sin contar para ello con las potestades que la Carta reconoce al Concejo Municipal (Art. 313.3) y al Alcalde en materia de contratación y de dirección de la gestión administrativa del municipio (Art. 315.5); (ii) el derecho de asociación porque parte del supuesto de que los municipios deben agremiarse y ello debe hacerse a través de una única entidad; y (iii) la libre competencia económica, en la medida que concentra en un agente la posibilidad de ser único oferente del servicio de transporte aéreo medicalizado.

Encuentra la Corte que la norma que es objeto de censura parcial, invocando el propósito de mejorar la accesibilidad a servicios de salud y la capacidad de respuesta del Estado a las emergencias y los desastres, asigna a *“la entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos”* la función de desarrollar, organizar y poner en funcionamiento el servicio de transporte aéreo medicalizado. Para el efecto, le señala un derrotero consistente en la elaboración de un plan cuatrienal que debe presentar a la entidad reguladora del sistema general de salud, el cual se desarrollará bajo la supervisión del Ministerio de la Protección Social y la vigilancia de los organismos de control del sector salud y de la Aeronáutica Civil, en lo de su competencia.

En lo que tiene que ver con la censura por presunta vulneración de la libertad de asociación de los municipios, encuentra la Corte, en primer lugar, que los municipios, en su condición de personas jurídicas de derecho público, son titulares de esta prerrogativa constitucional. En cuanto a la censura, encuentra la Corte que la norma examinada parte de dos supuestos que inciden negativamente en el libre ejercicio del derecho de asociación por parte de estos sujetos de derecho. En efecto, la norma da por sentado que los municipios colombianos se deben agremiar, y que esa opción debe desarrollarse a través de una única entidad *“La entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos”*.

Como se indicó, el derecho de asociación tiene la estructura de un derecho de libertad y por ende está basado en la voluntariedad y la autodeterminación de los individuos o de las organizaciones. Si el legislador parte del supuesto de que debe existir una única entidad (*“La entidad”*) que agremie a los municipios colombianos, de manera implícita está limitando o al menos desconociendo la posibilidad de que constituyan otras agremiaciones orientadas a canalizar la acción concertada de los municipios colombianos.

De tal manera que la expresión acusada vulnera la dimensión positiva del derecho a la libertad de asociación en la medida que excluye la posibilidad de que se constituyan otras agremiaciones distinta a aquella a la que se refiere el precepto; como se destacó en los fundamentos de esta decisión forma parte del derecho de asociación la posibilidad de escoger el tipo de asociación al cual se quiere pertenecer. Y quebranta igualmente la dimensión negativa de esta garantía toda vez que parte del supuesto de que los municipios deben agremiarse, cuando forma parte de sus opciones el desarrollar su gestión político administrativa de manera individualizada y sin recurrir, para ningún fin, a modelos asociativos o concertados. Y aunque la Corte ha destacado los innumerables beneficios que comporta para los individuos y las entidades, la acción concertada a través de asociaciones que persiguen objetivos comunes, ello no altera en absoluto la consideración de que se trata de una opción fundada en la voluntariedad y la expresión del derecho a elegir libremente entre la acción colectiva o la individual.

El tercer cuestionamiento que se formula a este segmento normativo se refiere a la posible vulneración de la libertad económica, en particular la libre competencia (Art. 333 C.P.), en razón a que la norma asigna a un solo agente económico la potestad de ser

oferente de un servicio (el transporte aéreo medicalizado) que forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El servicio de transporte aéreo medicalizado, como una modalidad del transporte vinculado a la prestación de los servicios de salud, constituye un medio para acceder en condiciones de oportunidad, calidad y efectividad a los servicios que ofrecen el POS-C y POS-S. En consecuencia, el Estado debe velar porque el mismo se garantice de manera eficiente y oportuna. La asignación por parte del legislador del desarrollo, organización y puesta en funcionamiento del transporte aéreo medicalizado a una sola entidad, contraviene el principio de libre y equitativa concurrencia entre agentes públicos y privados establecido para la oferta de servicios vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, concentración que va en contra de la garantía de calidad y eficiencia en la prestación de un servicio que es determinante para el acceso a las prestaciones en salud.

Esa adscripción a un solo oferente de una prestación que como todas las vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe estar sometida al principio de libre concurrencia regulada por el Estado, no se encuentra justificada en la protección de intereses superiores. De hecho, otro de los cuestionamientos que insistentemente se han formulado en contra del precepto radica en que se insertó en la ley sin que su inclusión estuviese precedida de una discusión o de una adecuada justificación, a pesar de que generaba un elemento de distorsión en el engranaje del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No se encuentra en los antecedentes legislativos, ni en la reflexión surgida en el seno de este juicio, razón alguna que justifique jurídica, técnica o estratégicamente la asignación del desarrollo, organización y puesta en funcionamiento de esta modalidad de transporte al servicio de la prestación de la salud, a un ente como aquel que agremia nacionalmente a los municipios.

Se trata en consecuencia, de una limitación a la libre y equitativa concurrencia que debe garantizar el Estado en la prestación de un servicio, en la medida que concentra en un solo agente la oferta, sin que de otra parte tal restricción responda a una finalidad legítima o se encuentre justificada en la protección de intereses superiores. Por el contrario, como se demuestra en otro parte de esta sentencia, la medida legislativa resulta onerosa e introduce un factor de perturbación y desequilibrio en el sistema, comoquiera que sustrae unos recursos destinados a la financiación del POS para la prestación de un servicio que ya se encuentra incluido en ese plan, sin que tal decisión se encuentre técnica o jurídicamente justificada.

El hecho de que, tal como lo estableció la Corte en la sentencia C-714 de 2008, los servicios a que se contrae la norma, por formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud deban ser prestados por instituciones prestadoras del servicio de salud, con la capacidad administrativa, técnica y financiera adecuada y sometidas a vigilancia estatal, no modifica en nada el privilegio que la norma establece a favor de la entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos, quien podría a su arbitrio elegir las instituciones o empresas con las cuales contratar el servicio, toda vez que la

norma no establece criterios para definir las modalidades o mecanismos de contratación.

El precepto acusado establece así una limitación a la concurrencia de agentes económicos públicos y privados en la oferta de un servicio adscrito al Sistema General de Salud, la cual no se encuentra justificada, y por ende constituye una vulneración al principio de libre competencia que ampara el artículo 333 de la Constitución. No se está frente al establecimiento de uno de los monopolios autorizados de manera excepcional por la Carta (Art. 336) toda vez que la norma no estatuye un arbitrio rentístico orientado a obtener recursos para el fisco con destino a la satisfacción de una finalidad de interés público o social. Se trata de un servicio vinculado a la oferta en salud que tal como lo ha previsto la Constitución, y lo ha reiterado la jurisprudencia, se encuentra sometido a las reglas de la libre concurrencia. Y si bien por tratarse de un servicio público de especial importancia social resulta admisible su sujeción a una intensa regulación por parte del Estado, tal intervención no puede llevar a la exclusión injustificada de otros agentes a quienes se les debe garantizar condiciones de equidad para el acceso a la libre competencia, bajo la premisa de la calidad y eficiencia en la calidad del servicio.

En consecuencia, por vulnerar el principio de autonomía que la Constitución reconoce a los entes territoriales (Arts 1º y 287 C.P.); la libertad de asociación de los municipios (Art. 38 C.P.), y la libre competencia económica acaparada en el artículo 333 de la Carta, la Corte declarará la inexecutable de la expresión *“La entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos desarrollará, organizará y pondrá en funcionamiento este servicio dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la presente ley”*, contenida en el numeral 3.3.1 del artículo 6º de la Ley 1151 de 2007.

En el presente caso concurre una de las reglas que de conformidad con la jurisprudencia de esta Corporación justifican, de manera excepcional, extender su pronunciamiento a contenidos normativos no acusados. En efecto, el artículo 33 de la Ley 1176 de 2007, reproduce parcialmente el alcance del numeral 3.3.1 del artículo 6º de la Ley 1151 de 2007, en lo que refiere a la asignación a la entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos de la función de organizar, desarrollar y poner en funcionamiento el servicio de transporte aéreo medicalizado.

Finalmente, es preciso aclarar que mediante sentencia C-979 de 2010 la Corte Constitucional declaró la inexecutable de las expresiones *“Adicionase al numeral 44.1 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 el siguiente numeral: 44.1.7 Coordinar con la organización que agremia nacionalmente a los municipios colombianos, la integración de la red local de salud con” (...)* y *“servicios de telemedicina en concordancia con los objetivos de la las Leyes 1151 de 2007 artículo 6º, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y la Ley 1122 de 2007”*, contenidas en el artículo 33 de la Ley 1176 de 2007.

Consideró la Corte en la citada providencia que *“la intermediación de una entidad nacional que agremie a los municipios para hacer posible la prestación del servicio de telemedicina, constituye una restricción del libre ejercicio de la autonomía territorial [de*

los municipios] sin que tal limitación aparezca como necesaria, razonable o proporcionada".

De manera que, por virtud de esta sentencia, y de la C-979 de 2010, el artículo 33 de la Ley 1176 de 2007 fue sustraído en su integridad del orden jurídico.

Análisis de constitucionalidad de la expresión “con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de las Fuerzas Militares, contenida en el numeral 3.3.1 del Art. 6º Ley 1151/07.

De acuerdo con la demanda, apoyada por la mayoría de los intervinientes, la destinación fija mensual de un 2% de la Unidad de Pago por Capitación de los regímenes contributivo y subsidiado para el desarrollo de un sistema integral de transporte aéreo medicalizado (TAM), vulnera la sostenibilidad financiera del Sistema General de Salud en cuanto implica un desequilibrio sustancial en el mismo, comoquiera que reduce en ese porcentaje los recursos con los que se financian los beneficios que contempla el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo, situación que va en detrimento del goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos.

Tal regulación vulneraría el preámbulo, y los artículos 1º y 2º de la Constitución que propugnan por un *orden justo*, así como el principio de *eficiencia* en el manejo de los recursos (Art. 48) que debe orientar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, toda vez que la disposición acusada sustrae de la UPC-C y UPC-S unos costos correspondientes a un servicio que ya se encuentra financiado por esta fuente.

No desconoce la Corte la importancia que reviste para una respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de todos los colombianos que afronten situaciones de urgencia médica, accidente o catástrofe, en particular de aquellos que se encuentren en zonas apartadas o dispersas de la geografía nacional, el establecimiento de un sistema de transporte aéreo medicalizado. Se trata, sin lugar a dudas, de un servicio que responde a propósitos loables como es el de garantizar la accesibilidad, oportunidad y calidad de la salud, particularmente en el traslado de aquellos pacientes críticos, que a criterio del médico de urgencias o del profesional tratante de una patología compleja, requiera de la remisión.

Es claro, que un sistema de transporte aéreo medicalizado no sólo está llamado a brindar soporte para atender oportunamente y con calidad la urgencia médica mediante el traslado de pacientes residentes en zonas apartadas del país que por las posibles complicaciones de su patología base requieran ser trasladados a servicios de mayor complejidad que no brinde su municipio o zona de residencia; también debe ofrecer una respuesta a emergencias provocadas por accidente de tránsito, o eventos catastróficos ocasionados por fenómenos de la naturaleza o por actos terroristas en zonas alejadas o dispersas que requieran la intervención inmediata de cuerpos de salud.

No obstante, encuentra la Corte que en efecto, como lo aduce el demandante y lo corroboran la mayoría de los intervinientes, el desplazamiento de un porcentaje fijo del 2% los recursos (UPC-C y UPC-S) con los cuales se financian todos los beneficios incluidos en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, para dar cobertura a un servicio de transporte que se encuentra contemplado en esos planes, introduce un factor de desequilibrio en el balance que debe existir entre UPC-POS, el cual se proyecta en el quebrantamiento del principio de eficiencia que de conformidad con el artículo 48 de la Carta, debe orientar el manejo racional de los recursos con los cuales se financia la salud de los colombianos.

Uno de los elementos fundamentales para la satisfacción del principio de manejo eficiente de los recursos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, radica en su articulación orientada a la consecución del fin propuesto por el Constituyente para garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. Esta articulación en el manejo de los recursos en torno a los fines que orientan el sistema, busca optimizar y homogenizar la operación de los beneficios que deben otorgar la entidades prestadoras del servicio de salud.

La orden de transferir un porcentaje neto del 2% de la UPC-C y UPC-S, la cual como ya se indicó está destinada a financiar el POS, podría colocar a las EPS de ambos regímenes en posición de un eventual incumplimiento de las obligaciones frente a sus afiliados, comoquiera que deben garantizar el POS con una UPC inferior en un 2% a la prevista para financiar el riesgo y las coberturas incluidas en los planes de beneficios.

De este modo, la mencionada transferencia altera el equilibrio UPC-POS que la jurisprudencia de esta Corte ha defendido como un eje estructural de la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, y puede conducir a estimular la ineficiencia de las EPS, toda vez que se obliga a estas entidades a trasladar un porcentaje fijo de la UPC que el sistema les reconoce para atender las coberturas previstas en el POS para sus afiliados, a la financiación del TAM.

La destinación del 2% de la UPC a la financiación de los servicios del TAM, genera una correlativa desfinanciación de los servicios de seguridad social en salud que se cubren con la UPC tanto en el POS del Régimen Contributivo, como en el POS del Régimen Subsidiado, toda vez que a través de ella se contempla una destinación específica de recursos sin que paralelamente se prevean fuentes alternativas de financiamiento que restablezcan, con recursos parafiscales adicionales, el equilibrio perdido.

No desconoce la Corte la potestad legislativa para modificar las destinaciones de la UPC para fines propios de la seguridad social. Sin embargo, es necesario que los cambios que introduzca no afecten el equilibrio financiero del sistema, el cual, se reitera, se encuentra estructurado bajo el esquema de aseguramiento de servicios POS frente al reconocimiento de la UPC.

Una medida de las características de la aquí analizada genera distorsiones al interior del sistema de financiamiento de los servicios de salud adscritos al POS, comoquiera

que crea una disparidad entre el valor de la UPC que se reconoce a las EPS y los costos que estas enfrentan para atender los beneficios incluidos en el POS. La distorsión se profundiza si se tiene en cuenta que, tal como se demostró en los fundamentos jurídicos de esta sentencia, los servicios de transporte médico ya están incluidos en el POS. Así se deduce de los artículos 33, 34, 50, 61 y 64 del Acuerdo CRES No. 008 de 2009. De modo que sustraer un 2% del valor de la UPC que se reconoce a las EPS para financiar el servicio de ambulancias aéreas, comporta una duplicidad del aseguramiento referido a un mismo servicio, y una desfinanciación de la UPC que actualmente se les reconoce, lo cual va en desmedro de los demás beneficios cobijados por el POS.

Advierte la Corte que la desfinanciación que la norma analizada produce en la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, profundiza la situación deficitaria y el agravamiento de la crisis en la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya existencia se constató en la sentencia C-252 de 2010, no obstante haberse establecido en aquella oportunidad, que dicha situación de desequilibrio obedecía a problemas estructurales en el sistema de salud que se venían presentando de tiempo atrás y a la falta de adopción oportuna y eficiente, por parte del Gobierno, de las medidas que el orden jurídico pone a su disposición para solucionar la problemática advertida, y que por ende no podían ser enfrentados con los poderes excepcionales que ofrece la declaratoria de emergencia económica.

El fortalecimiento de un servicio que, como el del transporte aéreo medicalizado, está orientado a mejorar las condiciones de accesibilidad y eficacia de la seguridad social en salud, no puede configurarse financieramente a costa de poner en riesgo las coberturas de los Planes Obligatorios de Salud, que como se ha señalado, se financian con la UPC-C y UPC-S. Esta opción resulta inadmisibles frente al equilibrio que debe existir entre UPC – POS, con mayor razón si, como quedó establecido, todas las prestaciones previstas en el numeral 3.3.1 del artículo 6º de la Ley 1151/07, encuentran cobertura dentro de diferentes cuentas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al respecto cabe recordar que los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo contemplan dentro de sus beneficios el servicio de transporte medicalizado, incluido el transporte aéreo con las limitaciones allí consignadas (anexo 2 del Acuerdo 08 de 2009, Arts. 33 y 50), en tanto que a través del ECAT se establecen fuentes de financiamiento para otras de las prestaciones previstas en la norma acusada como son el soporte hélico-transportado para la respuesta a emergencias por accidentes de tránsito en las cinco regiones a que alude la norma parcialmente acusada, así como el apoyo en la fase de impacto por desastres naturales en el país.

El Sistema General de Salud contempla así mismo previsiones acerca de la entidad que responde por la prestación de ese servicio de transporte, dependiendo del origen de la patología del paciente a trasladar o de la naturaleza de la contingencia que genera la prestación. Así por ejemplo, por enfermedades de origen común que deben ser atendidas con los servicios, actividades y procedimientos contemplados en el POS, el servicio de transporte es asumido por la EPS a la cual se halle afiliado el paciente; en el caso de enfermedades de origen común, no contempladas en el POS, por el traslado

responde la EPS a la que se halle afiliado el paciente; cuando se trate de accidente laboral, por el traslado del paciente responde la respectiva Administradora de Riesgos Profesionales –ARP-; por el traslado de un paciente con ocasión de accidentes de tránsito, responde la respectiva aseguradora SOAT hasta el tope vigente que estén obligadas a reconocer, complementado con los recursos de la subcuenta ECAT, por extensión de cobertura.

De tal manera que el servicio de transporte aéreo medicalizado debe ser garantizado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los actores de este sistema, en cuanto el transporte medicalizado forma parte del paquete de beneficios de ambos regímenes, y en esa medida debe estar técnicamente costeadado dentro del valor de la prima de aseguramiento del sistema denominada Unidad de Pago por Capitación – UPC.

Por las razones expuestas, la Corte encuentra que la expresión *“con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de las Fuerzas Militares”*, contenida en el numeral 3.3.1 del Art. 6º Ley 1151/07, quebranta el principio de equilibrio financiero que debe regir la relación UPC-POS, en los regímenes contributivo y subsidiado, el cual ha sido reconocido por la jurisprudencia de esta corporación como eje fundamental del principio de *eficiencia* que de conformidad con el artículo 48 de la Carta debe orientar el manejo de los recursos asignados para satisfacer las demandas de salud, en el marco del sistema general de seguridad social. Este quebrantamiento genera a su vez un menoscabo a la efectividad del derecho fundamental a la salud. (Art.2º C.P.).

El equilibrio UPC-POS se rompe en la medida que se desplaza un monto fijo (2%) de los recursos destinados para la atención de los beneficios contemplados en los POS-C y POS-S, a un servicio (transporte) que se encuentra cubierto en esos planes obligatorios, o en otras cuentas adscritas al sistema, sin que de otra parte, se prevean fuentes sustitutivas de financiación de los beneficios que quedarían sin cobertura, en virtud del desplazamiento de recursos.

➤ La Corte procederá en consecuencia, a declarar la inexecutable de la expresión acusada. En este evento, es preciso efectuar integración normativa comoquiera que el cargo que resultó apto para emitir un pronunciamiento de constitucionalidad se dirige contra la expresión *“con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de la Fuerzas Militares”*, la cual no tiene autónomamente un sentido claro. La Sala extenderá su pronunciamiento al enunciado *“Este servicio se financiará mensualmente con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de la Fuerzas Militares”*.

El efecto retroactivo de las sentencias de la Corte

El juez constitucional cuenta con varias alternativas al momento de adoptar una determinación, dado que su deber es pronunciarse de la forma que mejor permita

asegurar la integridad del texto constitucional, para lo cual puede modular sus sentencias ya sea desde el punto de vista del contenido de la decisión, o de sus efectos temporales. Por lo tanto, *“Los efectos concretos de la sentencia de inexecutable dependerán entonces de una ponderación, frente al caso concreto, del alcance de dos principios encontrados: la supremacía de la Constitución -que aconseja atribuir a la decisión efectos ex tunc, esto es retroactivos- y el respeto a la seguridad jurídica -que, por el contrario, sugiere conferirle efectos ex nunc, esto es únicamente hacia el futuro.”*

De conformidad con el artículo 45 de la Ley Estatutaria de la Administración de Justicia, las sentencias que profiere esta Corporación sobre actos sujetos a su control, tienen efectos hacia el futuro a menos que la Corte resuelva lo contrario. Esta potestad, implícita en su misión de guardiana de la supremacía constitucional, ha permitido a este Tribunal expedir sentencias con efecto *ex tunc* o hacia el pasado. Se trata de conferir efectos retroactivos a las sentencias de inconstitucionalidad de manera tal que la ley deje de producir efectos, no solo hacia el futuro, sino que todas las situaciones, actos o normas derivadas de ella, que se hubieren producido durante el tiempo en que estuvo en vigor, dejen de producir efectos jurídicos. En tales eventos, ninguna situación, acto o norma proveniente de (o proferida con fundamento en) la ley declarada inconstitucional puede seguir vigente en el ordenamiento jurídico.

La Corte ha considerado que, en casos especiales, reconocer solamente efectos hacia futuro a las sentencias de inconstitucionalidad, sería admitir como justos, aquellos detrimentos inferidos a las personas víctimas de la aplicación de un precepto inconstitucional. De este modo, se ha justificado el otorgamiento de efectos retroactivos a las sentencias de constitucionalidad por dos vías: por un lado, respecto de las normas que desde la entrada en vigor de la Constitución de 1991 era evidente su contradicción con la norma superior y tan solo faltaba que algún ciudadano las demandara. De otra parte, la jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que los alcances retroactivos de sus fallos se justifican cuando ello es indispensable para sancionar una violación flagrante y deliberada de la Carta o para asegurar la protección de los derechos constitucionales fundamentales abiertamente desconocidos.

En el presente caso, advierte la Sala que el inminente traslado del 2% de los recursos con los que se financia el POS a la entidad que agremia nacionalmente a los municipios colombianos, en desmedro del equilibrio financiero (UPC-POS) que debe preservarse en la operación del Sistema de Seguridad Social en Salud, representa una seria amenaza a la cobertura y efectividad de los servicios amparados por el POS-C y POS-S. De modo que, con el fin de asegurar la supremacía efectiva de la Constitución y los principios y valores en ellos señalados, en particular los postulados que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la efectividad y cobertura en la prestación del servicio de salud, la Corte declarará que el pronunciamiento de inexecutable surtirá efectos desde el momento mismo en que entraron en vigor las normas declaradas inconstitucionales. En consecuencia, quedan sin efectos las normas, o actos que se hubieren proferido o constituido con fundamento en los preceptos que mediante esta decisión han sido sustraídos del orden jurídico.

5. Decisión

La Corte Constitucional resolvió el presente caso en los siguientes términos:

- Declarar INEXEQUIBLES los siguientes segmentos normativos del numeral 3.3.1 del artículo 6° de la Ley 1151 de 2007: *“La entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos desarrollará, organizará y pondrá en funcionamiento este servicio dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la presente Ley.”(...)* y *“Este servicio se financiará mensualmente con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de Fuerzas Militares”.*
- Declarar INEXEQUIBLE la expresión *“el sistema integral de transporte aéreo medicalizado”* contenida en el artículo 33 de la Ley 1176 de 2007.
- Declarar que la presente providencia tendrá efectos retroactivos, a partir de la fecha de promulgación de las Leyes 1151 de 2007 y 1176 de 2007.

6. Análisis y conclusiones

La cosa juzgada constitucional, además de proteger la supremacía normativa de la Carta, está llamada a garantizar la efectiva aplicación de los principios de igualdad, seguridad jurídica y confianza legítima de los administrados, ya que por medio de esta figura se garantiza que el órgano encargado del control constitucional sea consistente con las decisiones que ha adoptado previamente.

la cosa juzgada constitucional “se predica tanto de los fallos de inexecutableidad como de los de executableidad, vincula a todas las autoridades -incluida la misma Corte Constitucional- y se extiende, por igual, al continente de la norma como a su contenido material - precepto o proposición jurídica en sí misma considerada”. No obstante, es la misma Corte quien determina los efectos de sus fallos, en razón a su labor de intérprete directa y autorizada de la Carta. El alcance de la cosa juzgada constitucional ha sido desarrollado de manera amplia en la jurisprudencia, a través de la definición de categorías independientes con diferencias claras. De esta forma, se han establecido diferencias conceptuales y prácticas entre lo que se entiende por cosa juzgada absoluta y por cosa juzgada relativa, y entre cosa juzgada formal y cosa juzgada material

Existe cosa juzgada absoluta “cuando el pronunciamiento de constitucionalidad de una disposición, a través del control abstracto, no se encuentra limitado por la propia sentencia, es decir, se entiende que la norma es executable o inexecutable en su totalidad y frente a todo el texto Constitucional.

Así mismo, existe cosa juzgada relativa cuando el juez constitucional limita en forma expresa los efectos de la decisión, dejando abierta la posibilidad para que en un futuro

“se formulen nuevos cargos de inconstitucionalidad contra la norma que ha sido objeto de examen, distintos a los que la Corte ya ha analizado

Por otro lado, la Corte ha establecido que puede declararse la existencia de cosa juzgada formal, en aquellos casos donde existe un pronunciamiento previo del juez constitucional en relación con el precepto que es sometido a un nuevo y posterior escrutinio constitucional, en tanto que se presenta el fenómeno de la cosa juzgada material cuando a pesar de haberse atacado por medio de una demanda la constitucionalidad de una norma formalmente distinta, su materia o contenido normativo resulta ser idéntico al de otra(s) disposición(es) que ya fue(ron) objeto del análisis de constitucionalidad

La Corporación ha manifestado que la cosa juzgada material se predica de la similitud en los contenidos normativos de distintas disposiciones jurídicas, aunque ello no significa que exista semejanza o coincidencia entre el problema jurídico propuesto y el que fue objeto de pronunciamiento en la decisión precedente

En reiterada jurisprudencia, esta Corporación ha subrayado la importancia de requerir del ciudadano actor el cumplimiento de unas mínimas cargas de comunicación y argumentación, que provea de razones conducentes para hacer posible el debate, con las que se informe adecuadamente al tribunal constitucional para que este profiera una decisión de fondo sobre los preceptos legales acusados

Lo anterior, significa que el demandante debe plantear acusaciones comprensibles o claras, que recaigan verdaderamente sobre el contenido de la disposición acusada y en ese orden ser ciertas; mostrar de manera específica cómo la o las disposiciones objeto de demanda vulneran la Carta, utilizando para tales efectos argumentos pertinentes, esto es, de naturaleza constitucional y no legal o doctrinaria ni referidos a situaciones puramente individuales o de conveniencia. Finalmente, la argumentación del demandante debe ser suficiente, en el sentido de ser capaz de suscitar una mínima duda sobre la constitucionalidad de la norma impugnada.

En jurisprudencia reiterada esta Corporación se ha referido al contenido del principio de autonomía de las entidades territoriales, haciendo énfasis en la posibilidad de gestionar los propios intereses como elemento fundamental de dicha prerrogativa: “En ese esquema, para la distribución de competencias entre la Nación y las entidades territoriales, el legislador deberá tener en cuenta que el contenido esencial de la autonomía se centra en la posibilidad de gestionar los propios intereses (C.P. art 287), una de cuyas manifestaciones más importantes es el derecho a actuar a través de órganos propios en la administración y el gobierno de los asuntos de interés regional o local.

El principio de concurrencia: parte de la consideración de que, en determinadas materias, la actividad del Estado debe cumplirse con la participación de los distintos niveles de la Administración. Ello implica, en primer lugar, un criterio de distribución de competencias conforme al cual las mismas deben atribuirse a distintos órganos, de

manera que se garantice el objeto propio de la acción estatal, sin que sea posible la exclusión de entidades que, en razón de la materia estén llamadas a participar. De este principio, por otra parte, se deriva también un mandato conforme al cual las distintas instancias del Estado deben actuar allí donde su presencia sea necesaria para la adecuada satisfacción de sus fines, sin que puedan sustraerse de esa responsabilidad". (Sentencia C-149 de 2010). "El principio de coordinación; a su vez, tiene como presupuesto la existencia de competencias concurrentes entre distintas autoridades del Estado, lo cual impone que su ejercicio se haga de manera armónica, de modo que la acción de los distintos órganos resulte complementaria y conducente al logro de los fines de la acción estatal.

Uno de los ejes centrales de la Carta Política radica en el fortalecimiento de las entidades territoriales a partir del traslado de competencias funcionales en componentes esenciales del desarrollo político y social, asegurando que cuenten para su desarrollo con la capacidad financiera, administrativa y técnica necesaria para asumirlas de manera adecuada y eficiente

La jurisprudencia de esta Corporación ha precisado que la libertad económica comprende los conceptos de libertad de empresa o libre iniciativa privada y la libertad de competencia. Por libertad de empresa, ha entendido "aquella libertad que se reconoce a los ciudadanos para afectar o destinar bienes de cualquier tipo (principalmente de capital) para la realización de actividades económicas para la producción e intercambio de bienes y servicios conforme a las pautas o modelos de organización típicas del mundo económico contemporáneo con vistas a la obtención de un beneficio o ganancia".(C-524 de 1995). La libertad de competencia se presenta cuando un conjunto de empresarios (personas naturales o jurídicas), en un marco normativo, de igualdad de condiciones, ponen sus esfuerzos o recursos en la conquista de un determinado mercado de bienes y servicios. La libertad de competencia supone la ausencia de obstáculos entre una pluralidad de empresarios en el ejercicio de una actividad económica lícita.

La libertad económica que se encuentra reconocida y garantizada por la Constitución (Art. 333), dentro de los límites del bien común y del interés social, constituye uno de los fundamentos del Estado Social de Derecho.

La intervención del Estado en la prestación del servicio público de salud, ha dicho esta Corte, es intensa y se funda en el modelo del Estado Social de Derecho, que impone a las autoridades públicas el deber de asumir su prestación, ya sea directamente o por medio de los particulares.

La Constitución prohíbe los monopolios por considerar que restringen la libertad económica y distorsionan la libre competencia, de modo que sólo admite los que son de creación legal, con el carácter de arbitrio rentístico y para una finalidad de interés público o social.