



SENTENCIA N°2026-03-38 AP

Tribunal Administrativo
de Cundinamarca

Bogotá, 13 de marzo de 2026



CRISIS DE CAMAS PEDIÁTRICAS EN COLOMBIA

Acción Popular — Protección de Derechos
e Intereses Colectivos

Demandante: Germán Humberto Rincón Perfetti-
Coadyuvancia: CMCB- SCP R Bta- Fenalsalud y otros
Demandado: Ministerio de Salud y Protección Social y otros
Magistrado Ponente: Moisés Rodrigo Mazabel Pinzón

CONTENIDO



01 Identificación del caso

02 La crisis: déficit de camas pediátricas

03 Partes y posiciones

04 Marco jurídico aplicado

05 Análisis del Tribunal: hallazgos clave

06 DECISIÓN: órdenes principales

07 Órdenes al Ministerio de Salud

08 Órdenes a Superintendencia y entes territoriales

09 Comité de verificación y demás decisiones

10 Implicaciones para el sistema de salud

01 | IDENTIFICACIÓN DEL CASO

FICHA DEL PROCESO

Sentencia:	N°2026-03-38 AP
Expediente:	25-000-2341-000 2016-00521 00
Fecha:	13 de marzo de 2026
Tribunal:	Administrativo de Cundinamarca Sección Primera – Subsección B
Acción:	Popular (Ley 472 de 1998)
Medio de control:	Protección de derechos e intereses colectivos
Magistrado Ponente:	Moisés Rodrigo Mazabel Pinzón
Instancia:	Primera instancia

DEMANDANTE

Germán Humberto Rincón Perfetti
(en nombre propio — Acción Popular)

DEMANDADOS PRINCIPALES

- Ministerio de Salud y PS
- Superintendencia Nacional de Salud
- Ministerio de Educación Nacional
- Alcaldía Mayor de Bogotá
- Secretarías de Salud departamentales

COADYUVANTES DEMANDANTE

- Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá
- Defensoría del Pueblo
- Fundacáncer
- SCP Regional Boyacá y Bogotá
- Sindicatos médicos (CUT, ASMEDAS, Cirujanos Pediatras, Anestesiólogos)
- Fundación María José
- Federación Nal. de Prestadores de Salud

02 | LA CRISIS: DÉFICIT DE CAMAS PEDIÁTRICAS

14

camas / 10,000 hab.
en Colombia

*Estándar OMS:
24–26 camas*

750+

camas pediátricas
clausuradas

*A nivel nacional
desde 1999*

150–250%

sobreocupación
en urgencias pediátricas

*Zonas críticas
del país*

HECHOS DOCUMENTADOS EN EL PROCESO

Desde 2010

Las IPS han cerrado sistemáticamente camas pediátricas, agravado por deudas millonarias de las EPS y déficit de especialistas. El fenómeno se conoció como el "paseo de la muerte".

Bogotá 1999–2011

Pérdida neta de 321 camas pediátricas según censos y reportes presentados al Congreso en 2012.

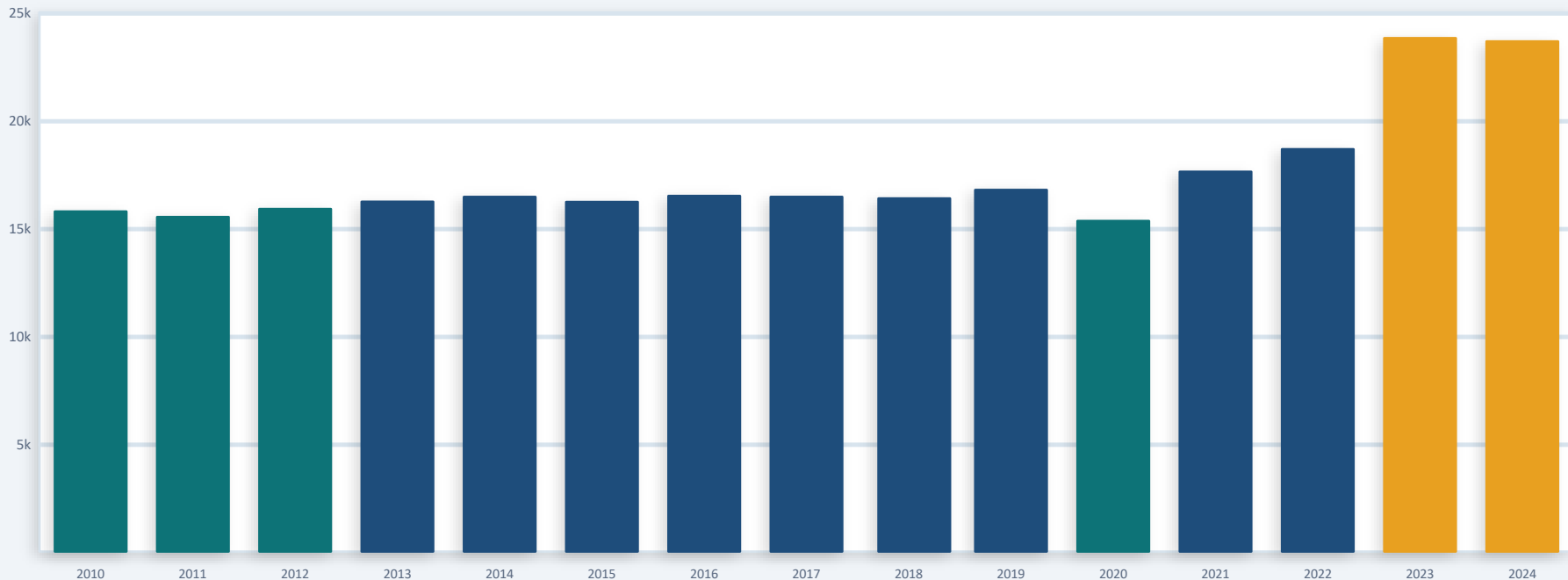
2016–2022

568 camas pediátricas clausuradas a nivel nacional (déficit del 23%), según respuestas de entes territoriales al proceso.

Causa estructural

Baja rentabilidad de los servicios pediátricos (80% de morbilidad = enfermedades respiratorias sin alta complejidad). Las IPS prefieren cerrar y destinar el espacio a servicios más rentables.

02 | EVOLUCIÓN DE CAMAS PEDIÁTRICAS EN COLOMBIA (REPS)



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consultado oct. 2024.

**INCREMENTO TOTAL
2010–2024**

+50.15% (15,770 → 23,659)

**ÍNDICE ACTUAL / 1,000
menores de 19 años**

1.59 camas (muy por debajo de OMS)

**DÉFICIT ESTIMADO
(estándar OMS 4/1,000)**

~16,743 camas pediátricas

03 | PARTES Y POSICIONES EN EL PROCESO

PARTE DEMANDANTE

Germán Humberto Rincón Perfetti – Coadyuvancia: CMCB-SCP R Bta, Fenalsalud y otros

- ▶ Cierre sistemático de camas pediátricas desde 2010 vulnera derechos colectivos a la salubridad pública.
- ▶ Entre 2016 y 2022 se clausuraron 568 camas (23% de déficit) generando sobreocupación de 150–250% en urgencias.
- ▶ El Estado tiene la obligación de garantizar la infraestructura necesaria para la atención pediátrica.
- ▶ Ministerio de Salud y Superintendencia tienen legitimación pasiva: deben regular y vigilar los cierres.
- ▶ Solicitan reapertura de camas clausuradas, regulación de cierres, aumento de UPC y fortalecimiento de la Superintendencia.

PARTE DEMANDADA

Min. Salud, Superintendencia, Min. Educación, Alcaldía, Gobernaciones

- ▶ Excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva: las competencias directas son de EPS e IPS.
- ▶ Min. Salud: las camas totales aumentaron 50% (15,770→23,659), no existe cierre masivo sostenido.
- ▶ La regulación vigente (Res. 3100/2019, Res. 544/2023) ya contempla procedimientos de reporte de cierres.
- ▶ Min. Educación: no tiene competencia sobre el sistema de salud; la autonomía universitaria impide imponer cátedras.
- ▶ Argumentan ausencia de prueba de daño concreto y que las pretensiones exceden el marco normativo aplicable.

04 | MARCO JURÍDICO APLICADO POR EL TRIBUNAL

Art. 88 Constitución

Acciones populares para protección de la seguridad y salubridad públicas.

Ley 472 de 1998, Art. 4

Derechos colectivos: literal g) seguridad y salubridad públicas; literal h) acceso a infraestructura que garantice la salubridad; literal j) acceso eficiente y oportuno a servicios públicos.

Art. 49 Constitución

El Estado garantiza el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley Estatutaria 1751/2015

La salud como derecho fundamental bajo parámetros de disponibilidad, aceptabilidad, calidad e idoneidad.

Art. 44 Constitución

Prevalencia de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes (0–18 años).

Res. 3100/2019 (mod. Res. 544/2023)

Regula habilitación y novedades de capacidad instalada. Establece obligación de reporte de cierres de hospitalización pediátrica.

Principio aplicado: PRECAUCIÓN — No se requiere daño consumado; basta la AMENAZA cierta y verificable de los derechos colectivos.

05 | HALLAZGOS CLAVE DEL TRIBUNAL

HALLAZGO PRINCIPAL

Existe una AMENAZA CIERTA Y VERIFICABLE al acceso a los servicios públicos de salud pediátrica en Colombia, acreditada por la reducción de capacidad instalada en varias regiones (especialmente en San Andrés, donde los servicios neonatales desaparecieron, y Chocó donde se redujeron a la mitad) y la ausencia de marcos regulatorios suficientes para prevenir cierres en momentos críticos.

Vacío normativo

El marco regulatorio vigente no contempla la prohibición de cierre de capacidad instalada cuando los niveles de ocupación son críticos, ni cuando se avecinan picos epidemiológicos (ERA, Dengue).

Asimetría informativa

Las IPS pueden reducir progresivamente las camas sin notificar a las autoridades territoriales, pues la obligación solo aplica al cierre total del servicio. Esto mina la reacción institucional.

Brechas territoriales

Departamentos como Vaupés, Vichada, Guaviare y Amazonas tienen menos de 30 camas pediátricas y carecen de servicios de cuidado neonatal, intermedio o intensivo pediátrico.

Ausencia de estudio de suficiencia

No existe un modelo técnico validado que permita saber si la oferta actual responde a las necesidades reales de la población pediátrica por territorio.

Legitimación de las entidades

Las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva del Min. Salud, Superintendencia, Min. Educación, Alcaldía de Bogotá y Secretaría de Caldas se declaran NO PROBADAS.

06 | IV. DECISIÓN — FALLA

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección B, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley:

PRIMERO

DECLARA la amenaza del derecho al acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna. Lo AMPARA bajo el principio de precaución.

SEGUNDO

DECLARA NO PROBADAS las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva del Min. Salud, Superintendencia, Min. Educación, Alcaldía de Bogotá y Secretaría de Salud de Caldas.

TERCERO

ORDENA al Ministerio de Salud y Protección Social: expedir resolución técnica + construir Modelo de Suficiencia de Camas + protocolo de alertas climáticas/epidemiológicas. Plazo: 6 meses.

CUARTO

ORDENA al Min. Salud diseñar en coordinación con IDEAM e INS un protocolo de alertas climáticas y epidemiológicas vinculadas al aumento de hospitalización pediátrica. Plazo: 60 días hábiles.

QUINTO

ORDENA a la Superintendencia Nacional de Salud: crear categoría de quejas por demora en asignación de cama pediátrica y reportar semestralmente a entes territoriales. Plazo: 30 días.

SEXTO—OCTAVO

ORDENA a las 32 Secretarías Departamentales de Salud + Bogotá: aplicar procedimiento excepcional para cierres, elaborar Estudios Territoriales de Suficiencia e implementar estándar técnico de datos abiertos.

NOVENO

CONFORMA comité de verificación del cumplimiento de la sentencia, integrado por Procuraduría (Defensa Infancia), actor popular y entidades demandadas/vinculadas.

DÉCIMO

NIEGA las demás pretensiones (reapertura directa de camas, aumento de UPC, obligaciones al Min. Educación, entre otras).



07 | ÓRDENES AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORDEN 1: Resolución técnica de parámetros de ocupación (Plazo: 6 meses)

- ◆ Clasificar la ocupación de camas pediátricas (neonatal, básico, intermedio, UCI) en niveles: LEVE, MODERADO y CRÍTICO, con base en criterios epidemiológicos y de capacidad instalada.
- ◆ Fijar lineamientos obligatorios para que entes territoriales apliquen un procedimiento excepcional ante cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas en niveles moderado o crítico.

ORDEN 2: Modelo de Estudio de Suficiencia de Camas Pediátricas (Plazo: 6 meses)

- ◆ Metodología de oferta: usar el REPS como fuente base para identificar camas pediátricas, intermedias y UCI pediátrica, con fecha de corte definida.
- ◆ Metodología de demanda: población < 18 años por grupos etarios (neonatos, < 1 año, 1–4 años, 5–17 años) + tasas de hospitalización y días de estancia.
- ◆ Indicadores de suficiencia territorial: densidad de camas/1,000 menores; estimación de camas requeridas; cálculo de brechas oferta existente vs. requerida; diferencias urbano-rurales.
- ◆ Identificación de brechas y riesgos críticos: incorporar evidencia de cierres de servicios pediátricos y neonatales registrados en los últimos años dado su impacto en el acceso efectivo.

ORDEN 3: Protocolo interinstitucional de alertas climáticas y epidemiológicas (Plazo: 60 días hábiles — con IDEAM e INS)

- ◆ Sistema interinstitucional de alertas vinculadas a riesgos de aumento en hospitalización pediátrica (ERA, Dengue, picos de lluvias, etc.), para anticipar la necesidad de capacidad instalada.
- ◆ Permitir a autoridades sanitarias y prestadores de servicios de salud adoptar las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad de la capacidad instalada pediátrica.

08 | ÓRDENES A SUPERINTENDENCIA Y SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES

QUINTO — Superintendencia Nal. de Salud

Plazo: 30 días desde la ejecutoria de la sentencia

- ▶ Incorporar categoría específica en su sistema de quejas para demoras en asignación de cama pediátrica y/o neonatal.
- ▶ Adelantar actuaciones administrativas preliminares o investigaciones formales cuando el análisis de la queja evidencie posibles fallas.
- ▶ Remitir semestralmente a las entidades territoriales reportes consolidados sobre quejas clasificadas en esta categoría.

SEXTO — Secretarías Departamentales (32 departamentos + Bogotá D.C.)

Una vez Min. Salud expida la normativa

- ▶ Aplicar el procedimiento excepcional para cualquier cierre, suspensión, reducción o reconversión de camas pediátricas cuando la ocupación esté en nivel moderado o crítico.
- ▶ Evaluar y decidir solicitudes de las IPS bajo dicho procedimiento excepcional; autorizar o negar mediante acto motivado.
- ▶ Reportar semestralmente al despacho judicial las decisiones adoptadas, con soportes técnicos.

SÉPTIMO — Estudios Territoriales de Suficiencia (Plazo: 6 meses tras publicación del Modelo)

- ◆ Elaborar y adoptar el Estudio Territorial de Suficiencia de Capacidad Instalada Pediátrica con la metodología del Ministerio.
- ◆ Adoptar medidas de planeación para adecuar la oferta: expansión, redistribución o reconversión de servicios pediátricos.
- ◆ Para ESE: gestionar inversiones y adecuaciones según el estudio territorial.
- ◆ Para prestadores privados: promover y concertar ajustes mediante mecanismos de planeación sectorial.

OCTAVO — Estándar técnico de datos abiertos sobre ocupación de camas pediátricas:

Construir e implementar un estándar técnico para la generación, consolidación y publicación de datos sobre ocupación de camas con criterios de consistencia, verificabilidad, interoperabilidad y transparencia. Actualización mínima diaria. Datos protegidos (solo agregados). Publicación en portales oficiales.

09 | COMITÉ DE VERIFICACIÓN Y DEMÁS DECISIONES

NOVENO — COMITÉ DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO

Se conforma un comité de verificación para el seguimiento al cumplimiento de esta sentencia, integrado por:

Procurador(a) para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres (designado por la Procuraduría General de la Nación)

El actor popular (Germán Humberto Rincón Perfetti)

Las entidades demandadas y vinculadas al proceso

DÉCIMO — PRETENSIONES NEGADAS

- ✗ Reapertura directa de camas clausuradas desde 2010.
- ✗ Aumento aislado de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para población pediátrica.
- ✗ Obligaciones específicas al Ministerio de Educación Nacional (autonomía universitaria).
- ✗ Cuotas obligatorias de servicios pediátricos en todos los niveles de atención.
- ✗ Tiempo mínimo de 30 minutos por consulta pediátrica.
- ✗ Las demás pretensiones formuladas en el libelo.

DECISIONES PROCEDIMENTALES

DÉCIMO PRIMERO

No se condena en costas (no se probó temeridad o mala fe).

DÉCIMO SEGUNDO

Se notifica a las partes conforme al art. 203 del CPACA.

DÉCIMO TERCERO

Si no hay apelación, se remite copia a la Defensoría del Pueblo. La apelación opera en efecto devolutivo (la sentencia debe cumplirse de inmediato).

DÉCIMO CUARTO— VIGÉSIMO TERCERO

Reconocimiento de personería adjetiva a los apoderados de las entidades vinculadas.

10 | IMPLICACIONES PARA EL SISTEMA DE SALUD

Regulación de cierres

Por primera vez se ordenará un marco técnico que clasifique la ocupación pediátrica y establezca procedimientos de excepción para cierres en escenarios críticos. Esto llena un vacío normativo estructural.

Datos e información pública

Se ordenan datos abiertos, actualizados diariamente, sobre ocupación de camas pediátricas a nivel departamental, lo que permitirá monitoreo ciudadano, académico e institucional en tiempo real.

Planificación territorial

Los 32 departamentos + Bogotá deberán hacer estudios de suficiencia pediátrica, lo que orientará la inversión pública y la concertación con prestadores privados según las necesidades reales del territorio.

Alertas tempranas

El protocolo interinstitucional con IDEAM e INS vinculará los riesgos climáticos y epidemiológicos a la capacidad instalada pediátrica, habilitando respuestas anticipatorias ante picos de demanda.

Precedente judicial

La sentencia reconoce la aplicación del principio de precaución en derechos colectivos de la infancia: no se necesita daño consumado, basta la amenaza verificable para activar las acciones populares.

Alcance limitado

El Tribunal niega la reapertura directa de camas y el aumento de UPC, reconociendo los límites del juez popular frente a decisiones técnicas de política pública y la autonomía de los prestadores.



"La disponibilidad de camas pediátricas es una dimensión esencial del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. El Estado tiene el deber de garantizar su suficiencia, no solo declarar que el sistema ha crecido en términos absolutos."

*Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección B
Sentencia N°2026-03-38 AP — 13 de marzo de 2026*

SENTENCIA N°2026-03-38 AP

*Crisis de Camas Pediátricas en Colombia | Acción Popular
Exp. 25-000-2341-000 2016-00521 00*

Magistrado Ponente: Moisés Rodrigo Mazabel Pinzón