

## EL NUDO GORDIANO DEL DERECHO A LA SALUD

Medellín, foro dirigido a la Rama Judicial

Es un honor dirigirme a este auditorio;

En la actualidad presido la Sala de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, que originó la intervención de la Corte Constitucional en la administración del sistema de seguridad social en salud. Aprovecharé las experiencias recaudadas en este proceso de supervisión para relacionar alguna jurisprudencia sobre dos desafíos en particular: la **portabilidad** y la movilidad.

Para emprender la tarea de analizar esas figuras desde el constitucionalismo, se debe destacar que su cualidad principal es que son meras estrategias o instrumentos que facilitan el acceso a los servicios de salud, bien por razones de territorialidad o por cambios en las condiciones socio-económicas de la población. Su esencia es, por tanto, ser herramientas accesorias al servicio de los afiliados o sus beneficiarios.

Atendiendo a que dichos conceptos están vinculados con los obstáculos que ha presentado el aseguramiento para que los usuarios disfruten de los servicios en todo lugar y momento, compartiré con ustedes algunas nociones y datos sobre la materia desde una perspectiva constitucional.

Esta ponencia relacionará algunas de las actuaciones de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760, además resaltaré los progresos conceptuales generados por otras providencias de la Corte Constitucional. También denotará que la labor cumplida por ese Tribunal ha facilitado la puesta en marcha de reformas tendientes a mejorar la entrada a los servicios de salud. De hecho, gracias a esa supervisión, la **portabilidad** pasó a ser parte de la agenda política y legislativa.

Luego la exposición presentará algunas ideas sobre las bases que soportan la fundamentalidad del derecho a la salud. Para esto, se acudirá a la sentencia que declaró la inconstitucionalidad de la emergencia social en salud durante el año 2009 y se destacarán los desarrollos que contiene el fallo que estudió la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El objetivo es precisar que el carácter fundamental de ese

derecho está íntimamente atado al acceso real a los servicios y que cualquier restricción sobre este y, precisamente, sobre la materialización de las mejoras en los obstáculos adscritos a la territorialidad del aseguramiento y la movilidad, debe cumplir con estrictos parámetros hermenéuticos.

Por último, se pasarán a señalar las subreglas jurídicas y jurisprudenciales presentes en la sentencia que estudió la Ley Estatutaria y a partir de ellas se propondrán algunas pautas generales sobre la puesta en marcha de dichas herramientas de accesibilidad consagradas en los decretos 1683 y 3047 de 2013.

### **1. La sentencia T-760 de 2008 y otros avances jurisprudenciales en el acceso a los servicios de salud.**

Desde el inicio de las funciones del Tribunal Constitucional, se han evidenciado unas dificultades persistentes y profundas del sistema de salud, que han motivado la presentación de acciones de inconstitucionalidad, populares y de tutela.

Son innumerables los casos en los que la Corte ha detectado las dificultades que genera la falta de implementación real de soluciones dentro del esquema de aseguramiento de los servicios de salud. Aunque algunos son anteriores a la aplicación de los decretos 1683<sup>1</sup> y 3047<sup>2</sup> de 2013, sirven para evidenciar el tratamiento que le ha dado la jurisprudencia constitucional a los obstáculos que surgen de la territorialidad y los cambios de la situación económica de los afiliados.

La sentencia T-627 de 2011 estudió la prestación del servicio médico a una paciente que sufría de cáncer de seno porque su afiliación al régimen subsidiado se había efectuado en una ciudad de otro departamento.

La Corte encontró vulnerado el derecho fundamental a la salud toda vez que las EPS y los prestadores tienen la obligación de suministrar

---

<sup>1</sup> Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>2</sup> Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y 11 del Sisbén.

la asistencia médica que hubiere sido ordenada, sin que el lugar de afiliación pueda constituirse en una excusa para dejar de prestar la atención requerida.

De otro lado, la sentencia T-320 de 2013 señaló que el concepto de **portabilidad** se inscribe dentro de con los principios de universalidad y progresividad, y estableció que es obligación de cualquier EPS, no importa si es del régimen contributivo, subsidiado o exceptuado, garantizar los servicios de salud en todo el territorio nacional.

Acerca de la movilidad podemos traer a colación la sentencia T-382 de 2013, en la que ante la suspensión de los servicios de salud a una madre cabeza de familia que por falta de capacidad de pago no pudo seguir cotizando y a la que le negaron el traslado a una EPS del régimen subsidiado por adeudar una suma de dinero a su promotora anterior.

Aunque en ese pronunciamiento se recordó que la Corte declaró la constitucionalidad del artículo 209 de la ley 100 que permite la suspensión de la afiliación<sup>3</sup>, se advirtió que (i) en virtud del principio de continuidad la EPS no puede dar por terminado un tratamiento que comprometa la vida del usuario y (ii) se concluyó que la exigencia del paz y salvo para ingresar al régimen subsidiado es desproporcionada si el ciudadano demuestra que su situación le impide seguir cotizando al sistema.

Adicionalmente, vale la pena tener en cuenta que a partir de la supervisión al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 se han logrado avances importantes dentro de la garantía del acceso a los servicios de salud.

La Sala Especial de Seguimiento ha tenido como objetivo que se profieran las medidas normativas más adecuadas para la satisfacción de ese derecho y actualmente evalúa que esas actuaciones obtengan resultados satisfactorios que sean percibidos por cualquier colombiano.

---

<sup>3</sup> Sentencia C-177 de 1998.

Esto implica, por supuesto, acreditar que la estructura del sistema permita el acceso a un servicio médico digno y de calidad, lo que conlleva a que, entre otras cosas, se materialicen los canales para hacer efectiva la portabilidad y la movilidad.

En ese contexto es necesario resaltar que como consecuencia del cumplimiento de la orden 22 de la sentencia, referida a la unificación de los planes de beneficios, el Gobierno de la época (enero de 2009) planteó la implementación de soluciones a la territorialidad de los beneficios del POS, la cual sería reconocida legislativamente dos años después a través del artículo 22 de la Ley 1438 de 2011.

A continuación, me permito señalar algunas otras de las conquistas más importantes que ha alcanzado el sistema de salud como consecuencia del proceso de supervisión y que han avanzado en una mejora, en principio, del acceso a los servicios:

A partir de las órdenes 16 a 18 de la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de Salud, en la Resolución 5521 de 2013, aclaró y actualizó integralmente el Plan de Beneficios que define el conjunto de beneficios mínimos a los que tiene derecho cualquier persona en virtud de su afiliación.

Sumado a un catálogo más compatible con las necesidades de los colombianos, la supervisión logró extender esos beneficios a todos sin importar su condición socio económica.

Recordemos que hasta hace seis años, los asalariados tenían derecho a un POS de más extensión o capacidad del que podía disfrutar una persona pobre. En virtud de la orden número 21, referida a que los niños y niñas de ambos regímenes, es decir, del contributivo y del subsidiado, tengan derecho a recibir los mismos servicios de salud, el Gobierno expidió el Acuerdo 04 de 2009, a través del cual dispuso la igualación de los planes para los usuarios entre los 0 y 12 años.

Lo anterior generó un proceso paulatino de mejoramiento de las garantías del derecho. Bajo sus competencias, la Corte facilitó que el POS fuera el mismo para toda la población a través de la expedición de varios actos administrativos. El último, expedido con ocasión del

Auto 255 de 2011, amplió la igualación del aseguramiento en salud a la población entre 18 y 59 años, con lo cual se logró alcanzar la unificación de planes para todos, sin importar la capacidad económica.

En cumplimiento de la observación número 14 de 2000, del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la igualación de los regímenes terminó de una vez por todas con la disparidad que existía entre pobres y asalariados, garantizando que el poder adquisitivo no sea un factor determinante en el acceso a los servicios.

En cuanto a la cobertura universal, el Tribunal ha señalado que no se limita exclusivamente a la carnetización, afiliación o aseguramiento, sino que conlleva contar con la infraestructura hospitalaria y el personal capacitado que garantice la atención médica oportuna y de calidad para cualquier persona, principalmente las que se encuentran en las regiones más apartadas y con más necesidades.

Examinadas, en principio, las órdenes mencionadas, puede existir un avance en la garantía del goce efectivo del derecho. Queda por comprobar que todas esas normas y los esfuerzos presupuestales se traduzcan en más y mejores servicios para todos.

Precisamente, eso ha llevado a que la Sala Especial se enfoque en la recolección de evidencia social que permita comprender la realidad del sistema de salud.

Ello llevó a que se formulara un cuestionario al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud para que relacionaran las actuaciones adelantadas sobre los inconvenientes que presenta la atención en el Departamento del Chocó, respecto del acceso en el Hospital San Francisco de Asís, único del nivel 2 de atención, que, por cierto, lleva más de 7 años intervenido.

En inspección judicial adelantada en la mencionada institución el 25 de enero de 2015, la Sala constató el lamentable estado general de la infraestructura, los equipos, la dotación y los componentes del centro médico, la ausencia de personal suficiente para la prestación del servicio y dejó constancia sobre la vulneración masiva de los

derechos de los usuarios. Asimismo, verificó que pese a la intervención de la Superintendencia y de haber tenido 17 interventores, no se ha avanzado en la consecución de soluciones que afronten su grave crisis.

Como resultado la Corte realizó una Sesión Técnica Pública el 19 de marzo de 2015, en la que los diferentes representantes de la rama ejecutiva y legislativa, así como los órganos de control debían exponer las soluciones dirigidas a garantizar el acceso digno, efectivo y de calidad a los servicios.

Ante la ausencia de compromisos y el bajo cumplimiento de las metas propuestas, la Sala conminó a dichas autoridades para que realizaran un trabajo conjunto, bajo la coordinación de la Presidencia de la República, de manera que se logre disponer de un plan de trabajo concreto con plazos fijos en los cuales se adopten acciones de política pública para contrarrestar las dificultades del centro médico y de los demás aspectos del sistema de salud chocoano.

La Sala Especial comprobó que la población de ese Departamento se encuentra en una situación lamentable que puede tener consecuencias mortales. Sumado a que las instituciones prestadoras no cuentan con la infraestructura para operar como es debido y a que las vías de transporte están en mal estado, fueron recurrentes las quejas sobre la lentitud de los trámites para que un afiliado pueda ser atendido en otra región del país.

Ese escenario muestra a las claras que la implementación de una normatividad que establezca soluciones para mejorar el acceso, de manera que se facilite plenamente la atención de los servicios en cualquier lugar, es un asunto de vida o muerte.

La evidente conexión entre la implementación de la **portabilidad** y la movilidad y el derecho a la salud, obligan a que se haga una referencia sobre las implicaciones adscritas a la fundamentalidad de esa atribución constitucional.

## **2. El Estado Social de Derecho y las obligaciones internacionales como bases de la fundamentalidad del derecho a la salud.**

El vínculo inescindible entre el derecho a la salud y la protección real de la dignidad humana le han dado a aquel una doble connotación constitucional: su carácter fundamental autónomo e irrenunciable, así como la definición de su prestación a través de un servicio público obligatorio<sup>4</sup>. Además, la Carta Política le entregó al Congreso de la República el diseño del sistema y al Gobierno, sumado a la iniciativa legislativa, le dio la reglamentación de su prestación, el control, la vigilancia y la concurrencia en su financiación.

1.1. En la sentencia C-252 del 16 de abril de 2010, en la que el Tribunal Constitucional declaró la inexecutable de la emergencia social en el sistema de salud, la Corte acometió la forma social de nuestro Estado para derivar el carácter fundamental de ese derecho, pero también para abordar los límites y las responsabilidades del poder Ejecutivo dentro de ese esquema.

Como concepto primario en dicho fallo la Corporación estableció que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, que está íntimamente ligado con el derecho a la vida y con el principio de dignidad humana. Concluyó que no basta sólo con que la persona exista, sino que es indispensable disponer de un marco de condiciones cualitativas que le permita desenvolverse en la sociedad.

Bajo esas condiciones, la sentencia C-252 de 2010 explicó que el derecho no tiene un número ilimitado de prestaciones, ya que el plan de beneficios no es infinito y puede circunscribirse a las necesidades y prioridades que determinen los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos disponibles.

En esa oportunidad la jurisprudencia advirtió que las limitaciones que se establezcan deben observar los principios de razonabilidad y proporcionalidad. Aclaró que ello obliga a que sea necesario justificar cuidadosamente la supresión de un servicio como una medida que permita, por ejemplo, atender de una mejor manera un marco epidemiológico actualizado.

---

<sup>4</sup> Arts. 48, 49 y 53 superiores.

Recordemos que un criterio hermenéutico clave para determinar si una restricción al derecho a la salud es compatible con la Carta Política es *la prohibición prima facie de retrocesos*, consistente en que toda pretensión de regresividad respecto del nivel de protección alcanzado debe presumirse inconstitucional al contradecir el mandato de progresividad.

De acuerdo a este principio, si se expide una ley o un acto que obstaculice el acceso a los servicios que se ha conseguido con normas anteriores, deberá considerarse como contrario a los preceptos superiores e, inclusive, a los tratados internacionales de derechos humanos.

Al declarar la inconstitucionalidad del decreto, se afirmó que se estaba ante dificultades estructurales y recurrentes que conciernen al diseño, organización y sostenibilidad del sistema. En otras palabras, se comprobó que las causas de la emergencia tenían un origen anterior que debían ser atendidas por los canales ordinarios. Por ello, desde aquel momento, exhortó al Gobierno y al Congreso para que expidieran regulaciones estatutarias, orgánicas, ordinarias y reglamentarias. También llamó la atención de los entes de control y de la Fiscalía General de la Nación, por cuanto detectó que su inactividad también era la causa de los problemas del sistema.

En lo que se refiere a los problemas adscritos a la territorialidad del aseguramiento para la población del régimen subsidiado (municipalización de los servicios), la Corte señaló que constituye uno de los ejemplos de una falla estructural arraigada que afecta el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sobre la cual no se han implementado soluciones efectivas a partir del proceso de discusión democrática.

En aquella oportunidad también se advirtió que los obstáculos generados por la territorialidad podían ser atendidos con una nueva regulación administrativa o legal que afrontara las dificultades en la base de datos única de afiliados -BDUA-, el retardo de los reportes y la carencia de software adecuado.



1.2. Recientemente los alcances de este derecho fueron abordados en la sentencia C-313 de 2014, que estudió la constitucionalidad de la Ley Estatutaria, *“por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*.

En esa providencia se enlistaron algunos antecedentes jurídicos y los instrumentos internacionales que establecen el contenido del derecho a la salud. Como soporte del examen de fondo de esa norma, la Corte invocó cuatro conceptos básicos establecidos en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En otras palabras, como herramienta para determinar su constitucionalidad, dicho Tribunal se valió de la *disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad* como extensiones elementales de la salud.

Por su importancia para este foro, es imperativo resaltar que hizo parte explícita del examen de control abstracto, que el acceso a los servicios de salud implica:

1. Adoptar medidas que garanticen que no habrá discriminación entre quienes necesitan el servicio;
2. Que las prestaciones tengan una distancia geográfica razonable para toda persona;
3. Que es obligatorio que existan acciones para evitar que la incapacidad económica sea un obstáculo para la consulta médica y,
4. Que la información que hace parte de toda la red, salvo casos excepcionales, debe ser pública.

Adicional a esos componentes, en esa providencia la Corte recordó que desde la sentencia de constitucionalidad C-463 de 2008 se infirió la fundamentalidad de la salud a partir de la universalidad o, en otras palabras, del hecho de que pueda ser exigida por todas las personas *“en calidad de seres humanos con dignidad”*. Negar el acceso de cualquier ser humano a los servicios, no solo atenta contra las obligaciones de los actores del sistema, sino que desconoce la base de nuestra Carta de Derechos.

A continuación se hará referencia puntual a las subreglas de esta sentencia que desarrollaron los parámetros de accesibilidad al sistema de salud.

### **3. Referencias de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014 para garantizar el acceso a los servicios de salud.**

La ley estatutaria en salud, que fue objeto de control previo de constitucionalidad en la sentencia C-313 de 29 de mayo de 2014, consta de 26 artículos, inmersos en cuatro capítulos, que conciernen a (I) el objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes; (II) la garantía y los mecanismos de protección del derecho; (III) los profesionales y trabajadores de la salud; y, finalmente, establece (IV) otras disposiciones.

La sentencia condicionó cuatro de esos artículos con las siguientes subreglas jurisprudenciales obligatorias:

- i) La primera se opone a que cualquier disposición o interpretación de la ley comporte el menoscabo de la acción de tutela;
- ii) En segundo lugar, la Corte advirtió que la sostenibilidad fiscal no justifica la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios;
- iii) Por último se aclaró que el mecanismo de control de precios comprende todas las fases de producción y comercialización de los medicamentos hasta el consumo final.

Igualmente, se declararon inexecutable las expresiones contenidas en seis artículos con las siguientes subreglas:

- i) Constituye un imperativo garantizar la continuidad de la atención sin importar si la interrupción no reviste carácter intempestivo y arbitrario<sup>5</sup>. De esta manera, podemos deducir que aunque no se cumplan los requisitos para, por ejemplo, aplicar la movilidad, y no obstante existir justificación en una

---

<sup>5</sup> Inconstitucionalidad del art. 6º, inciso 2º, literal d). En palabras de la propia sentencia: “Es inaceptable constitucionalmente la suspensión del servicio, así esta no sea intempestiva o arbitraria”

norma de rango inferior para desafiliar, la persona debe seguir recibiendo el tratamiento médico necesario hasta que finalice óptimamente.

- ii) El principio de oportunidad en la prestación de los servicios y tecnologías no se limita a las prestaciones que se requieran con necesidad, sino que se extiende a toda actuación del sistema de salud<sup>6</sup>;
- iii) La integralidad del servicio no puede ser limitada por conceptos indeterminados que pretendan restringir el alcance de la tecnología o el servicio de salud<sup>7</sup>. Al respecto es importante traer a colación el siguiente argumento de la sentencia: “Para la Corporación **el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios o tecnologías** y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo”.
- iv) Es contrario a la Carta Política imponer límites indeterminados al derecho que tienen las personas a que en la atención de salud se agoten todas las posibilidades de tratamiento para la superación, paliación, rehabilitación o prevención de su enfermedad.<sup>8</sup>

Recuérdese de manera especial que en lo que se refiere a la atención de urgencias la Corte advirtió lo siguiente: “Para la Corporación este apartado resulta indispensable y se encamina a erradicar lo que se ha denominado “*paseos de la muerte*”, en los cuales, quien es convocado a prestar el servicio, elude su deber de solidaridad y, so pretexto de alguna razón de orden administrativo, niega el acceso al servicio oportuno generando las condiciones que en no pocas ocasiones conducen al fallecimiento del paciente”.

---

<sup>6</sup> Inconstitucionalidad del art. 6º, inciso 2º, literal e). La Corte también declaró la inexecutable de la expresión “*que puedan agravar la condición de salud de las personas*”.

<sup>7</sup> Inconstitucionalidad del párrafo del art. 8º.

<sup>8</sup> Inconstitucionalidad de las expresiones “razonables” y “efectivo” del artículo 10º, literal q)

Se cita el anterior párrafo porque ayuda a responder varias de las cuestiones que se abordan en este foro. Sumado a los principios de continuidad, integralidad y la protección de los sujetos de especial protección establecida en el artículo 11, es evidente que la sentencia C-313 de 2014 rechazó tajantemente las maniobras administrativas que impiden la atención de un enfermo.

Así las cosas, aunque una persona no cumpla con los requisitos establecidos para que opere la **portabilidad** o la movilidad, es evidente que obligatoriamente tiene que ser atendido por el personal calificado que diagnostique y establezca la urgencia.

En el caso de los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres embarazadas, las víctimas de la violencia, los adultos mayores, los discapacitados y quienes sufran de una enfermedad huérfana, existe el derecho explícito a ser atendidos, sin que se puedan anteponer dichas restricciones y sin importar si su padecimiento constituye una urgencia.

Dentro de un sistema jurídico no todas las normas tienen la misma jerarquía. Después de la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos,<sup>9</sup> se encuentran distintas clases de leyes, presentándose cierto grado de sujeción que atiende a la materia regulada y al procedimiento de aprobación. Así las leyes estatutarias y orgánicas<sup>10</sup> constituyen parámetros de la ley ordinaria.<sup>11</sup>

Dada la entidad de la Ley Estatutaria y su estrecha conexión con la Constitución Política, la jurisprudencia ha reiterado que es deber de todas las autoridades administrativas y judiciales aplicar prioritariamente esos mandatos por encima de cualquier limitante reglamentaria.

#### **4. Algunas consideraciones finales.**

---

<sup>9</sup> Art. 93 superior.

<sup>10</sup> Art. 151 superior.

<sup>11</sup> Arts. 49 y 150.1.2. superiores.

El documento de bases del Plan Nacional de Desarrollo que se está discutiendo en el Congreso de la República, consagra que uno de los retos del Gobierno es “aumentar el acceso y mejorar la calidad de los servicios”, lo cual incluye la consolidación de los mecanismos para el cumplimiento de los beneficios adscritos a la movilidad y la portabilidad.

Con un sentido similar, el Banco de la República publicó un documento titulado *“La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”<sup>12</sup>*.

En ese escrito se reconoce que a pesar de los avances en cobertura, existen limitaciones recurrentes para acceder a los servicios médicos por parte de los usuarios. Al respecto explica lo siguiente: *“Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo.*

*Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas.”*

A modo de conclusión dicho informe sostiene que para poder implementar mecanismos que ayuden a aumentar el acceso a los servicios médicos en el país, se requiere valorar cuáles son los obstáculos determinantes y en qué medida existirían afectaciones por parte de las características socioeconómicas y de aquellas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así como lo corroboró la Sala Especial de Seguimiento en la inspección realizada en el Hospital San Francisco de Asís de Quibdó, dicho documento reconoce que la desigualdad y la territorialidad siguen siendo unas de las principales limitantes del sistema, debido a las diferencias que en materia de acceso persisten entre la población que habita la zona urbana y la zona rural. Advierte que son estos últimos los más afectados, debido a que por restricciones geográficas

---

<sup>12</sup> AYALA GARCIA Jhorland, julio de 2014.  
[http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_204.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf)

y la falta de recursos, no pueden desplazarse hasta las prestadoras para ser atendidos.

Claramente la inversión económica focalizada en aumentar el número de prestadores en aquellas zonas en las que no hay una IPS, permitiría garantizar y mejorar el acceso en materia de salud de aquella población que se ve afectada por no tener a su alcance lugares a donde acudir para ser atendidos.

En ese ámbito debemos reconocer que la jurisdicción constitucional también tiene muchos retos. Los jueces deben ser garantes del acceso efectivo y de calidad a los servicios y tienen la obligación de hacer valer el carácter normativo de la Constitución para evitar que restricciones ilegítimas o desproporcionadas sigan afectando la atención de salud de los colombianos.

No hay que olvidar que las reglamentaciones contenidas en los decretos 1683 y 3047 de 2013 son meros instrumentos para la administración del acceso a los servicios. La regla general debe ser que todos tenemos el derecho a ingresar a la consulta médica sin importar el lugar en el que nos encontremos o nuestra situación económica. Como consecuencia, cada obstáculo deberá ser cuidadosamente justificado y valorado a la luz de los principios de universalidad, continuidad y progresividad.

Sinceramente reitero mi agradecimiento y el honor de dirigirme a ustedes. Espero que estas palabras nutran las reflexiones sobre la puesta en marcha de las soluciones para mejorar la accesibilidad, y ayuden a que todos nos apropiemos de los avances de la ley estatutaria 1751 de 2015.

**Jorge Iván Palacio Palacio**  
Magistrado Corte Constitucional