

Sentencia T-003-09

DERECHO A LA SALUD-Reglas jurisprudenciales que lo definen como fundamental

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Régimen aplicable a los participantes vinculados

SISBEN-Falta de capacidad de pago de los afiliados para sufragar los copagos y cuotas moderadoras no pueden obstaculizar el acceso al servicio de salud

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL, DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA-Autorización a la ARS del tratamiento médico para el trastorno afectivo bipolar sin exigir copagos o cuotas moderadoras

Referencia: expediente T-1704766

Acción de tutela de César Yovanni Sossa Gómez, contra Convida ARS y Clínica La Inmaculada de Bogotá.

Procedencia: Juzgado de Menores de Soacha, Cundinamarca.

Magistrado Ponente:

Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

Bogotá, D. C., quince (15) de enero de dos mil nueve (2009).

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Nilson Pinilla Pinilla, Humberto Antonio Sierra Porto y Clara Inés Vargas Hernández, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales ha proferido la siguiente

SENTENCIA

El expediente llegó a la Corte Constitucional por remisión que hizo el mencionado despacho judicial, en virtud de lo ordenado por el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

I. ANTECEDENTES.

1. Hechos y relato contenido en la demanda.

El señor César Yovanni Sossa Gómez manifestó que es “una persona escasos recursos y tengo una familia integrada por mi esposa y tres hijos y me encuentro desempleado y no tengo medios para pagar lo que la clínica inmaculada me quiere cobrar en un porcentaje del 10 por ciento”.

Agregó que sus hijos y familia “se encuentran desamparados y no tengo medios ni siquiera tengo para comer, es por eso que suplico que el estado me brinde amparo de pobreza y toda la ayuda económica para que no se me cobre y para que mi familia sea provista de ayudas en alimentos y sostenimiento mientras me alivio” (f. 1 cd. inicial).

Según los anteriores hechos, el accionante solicitó la protección de sus derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, para lo cual pidió ordenar al ente demandado eximirlo del cobro de las cuotas de recuperación, en consideración a la difícil situación económica por la que atraviesa.

2. Pruebas relevantes que obran en el expediente.

2.1. Stella Gómez Riveros, madre del peticionario, rindió declaración en mayo 18 de 2007 sobre los hechos que motivaron la acción de tutela, manifestando que “hace aproximadamente seis años presenta una enfermedad... trastorno efectivo bipolar episodio maniaco con síntomas psicóticos..., aunque mi hijo no está en este momento hospitalizado, está pasando por unos estados altos de cambios anímicos y emocionales..., pasa de unos estados de pasividad a unos estados coléricos haciendo difícil hasta su traslado. Lo que solicito es que nos exoneren de los cobros de copagos” (fs. 9 y 10 cd. inicial).

2.2. Flor Myriam Chaparro Granados, esposa del demandante, el día 29 de los mismos declaró que su situación económica es difícil, “vivimos en la casa de mi suegra, no le pagamos arriendo, pero le pagamos los servicios, en promedio cincuenta mil pesos mensuales... a los niños no se les compra ropa casi, tampoco se les da onces para el colegio, tenemos una ayuda de familias en acción, me dan quince mil pesos, por cada

niño, cada dos meses... Mi esposo me da diez mil pesos diarios si le va regular y si le va bien me da doce mil pesos y yo distribuyo eso”.

Adicionó que presentaron esta acción de tutela porque “cuando él cae en las crisis es cuando necesitamos la ayuda económica, porque no tenemos ingresos para transporte, para el sustento diario, la comida, para lo que se necesite con los niños, como la cabeza principal es él, si se enferma nosotros no tenemos nada” (f. 24 ib.).

3. Respuesta de las entidades demandadas.

3.1. El Profesional Especializado de la Oficina Jurídica de Convida ARS en escrito de junio 7 de 2007, informó al Juzgado que la subgerencia técnica de la entidad emitió memorando señalando que “el trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas depresivos, no está en el POSS...”. Además que “la Ley 715 de 2001, en sus arts. 42 y 43 determina que es competencia de las Secretarías de Salud, como entes territoriales gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna y eficiente con calidad a la población en lo no cubierto con el subsidio a la demanda (NO POSS) que residan en su jurisdicción mediante instituciones públicas o privadas” (fs. 55 y 56 cd. inicial).

3.2. La Directora de la Clínica La Inmaculada de Bogotá, en escrito de junio 12 de 2007, expresó que el paciente estuvo hospitalizado “con un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas sicóticos”; de acuerdo al nivel II de clasificación “se le procedió al cobro del 10% del valor total de la hospitalización tal y como se autoriza en el artículo 18 del Acuerdo 23 del CNSSS lo cual corresponde a \$118.902... el paciente lleva bastante tiempo padeciendo la enfermedad por la que acudió a nuestra institución, por tanto pudo haber solicitado una reclasificación de su nivel contando con una posterior necesidad de acudir a un centro médico sin los recursos para sufragar el tratamiento” (f. 64 ib.).

4. Sentencia única de instancia.

En junio 20 de 2007, el Juzgado de Menores del Circuito Judicial de Soacha, Cundinamarca, denegó la tutela solicitada, argumentando que los entes demandados “han prestado toda la atención médica requerida por el paciente, como lo son, el transporte e

internamiento por varios días en la clínica referida, tal como lo confirma el médico psiquiatra de la Clínica 'La Inmaculada'... y que la droga prescrita le ha sido suministrada por el Hospital de Soacha, en donde debe pagar el 10% de dicho medicamento”.

En cuanto al “amparo de pobreza” solicitado por el actor, indicó que “se desempeña como taxista, de donde devenga el dinero necesario para su subsistencia y de su núcleo familiar, tal como lo afirma la misma compañera sentimental, cuando manifiesta que su marido le aporta entre diez mil y doce mil pesos diarios, que viven donde la suegra, a quien le aportan, únicamente la suma de cincuenta mil pesos para ayuda de los servicios públicos y reciben ayuda económica de sus familiares y del Estado, a través de ‘Familias en Acción’, de donde se concluye, que cuenta con el suficiente soporte económico para subsistir tanto él como su núcleo familiar”.

Finalmente agregó que “en cuanto al cobro del 10% del copago, por los servicios médicos recibidos por el paciente... se encuentra establecido dentro de la Ley, para la clase de nivel 2, a que pertenece el accionante; siendo lo procedente, que éste, acuda a la Secretaría Municipal de Salud de este Municipio y solicite, se le efectúe nuevamente encuesta SISBEN, para que se incluya la información respectiva en el banco de datos de ese sistema, informándole, si de acuerdo con el resultado obtenido, tiene derecho a beneficiarse del régimen subsidiado de salud, en un nivel más bajo del que actualmente tiene, teniendo en cuenta la enfermedad que padece”.

5. Pruebas solicitadas por la Sala de Revisión.

Mediante auto de enero 24 de 2008, la Sala de Revisión dispuso ordenar de manera oficiosa la vinculación de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, para que dentro del término de 3 días, se informara de la acción en curso y ejerciera su derecho de defensa.

La Jefe de la Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, en escrito de enero 29 de 2008 informó que “con relación a la exoneración de la cuota de recuperación, es de anotar que la clasificación socioeconómica a través de la encuesta del SISBEN, es competencia de planeación municipal. Motivo por el cual no es posible exonerarlo del pago de la cuota de recuperación correspondiente por no ser competencia departamental”.

Adicionó que “el accionante está calificado en el Nivel 2, lo que hace que la Secretaría de Salud de Cundinamarca asuma el 90% del costo que implique el tratamiento de la enfermedad que padece el accionante debiendo asumir éste último el 10%”. Además, “con respecto a la cuota moderadora y copago, considera esta oficina que obligar al accionante a asumir el 10% que le corresponde resulta del principio de la solidaridad y del estudio que en su momento realizó el Juez de Menores del Circuito Judicial de Soacha, sin convertirse una barrera infranqueable para el acceso al sistema de salud, debido a que sus ingresos económicos dan para el pago del copago”.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

Primera. Competencia.

La Corte Constitucional es competente para resolver este asunto, en Sala de Revisión, en virtud de lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9°, de la Constitución Política y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

Segunda. El asunto objeto de análisis.

Se determinará si en el presente caso Convida ARS ha vulnerado los derechos a la vida, a la salud y a la seguridad social de César Yovanni Sossa Gómez, al no eximirlo del 10% del copago que debe asumir por los gastos que resulten con ocasión del tratamiento de su enfermedad.

Tercera. El derecho a la salud como derecho fundamental. Reiteración de jurisprudencia.

La seguridad social está consagrada en el artículo 48 de la Constitución, en el acápite de los derechos sociales, económicos y culturales, concebida en lo atinente a la salud como un mandato propio del Estado Social de Derecho, para ensamblar un sistema conformado por entidades y procedimientos encaminados a ofrecer una cobertura general ante las contingencias que puedan afectar la salud de las personas. Se erige y garantiza con sujeción a los principios de eficiencia, continuidad, universalidad, buena fe y solidaridad, para la prevención, promoción y protección de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los asociados.

Esta corporación señaló en sentencia T-016 de enero 22 de 2007, M. P. Humberto Antonio

Sierra Porto:

“De acuerdo con la línea de pensamiento expuesta y que acoge la Sala en la presente sentencia, la fundamentalidad de los derechos no depende -ni puede depender- de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución. Estos valores consignados en normas jurídicas con efectos vinculantes marcan las fronteras materiales más allá de las cuales no puede ir la acción estatal sin incurrir en una actuación arbitraria (obligaciones estatales de orden negativo o de abstención). Significan de modo simultáneo, admitir que en el Estado social y democrático de derecho no todas las personas gozan de las mismas oportunidades ni disponen de los medios -económicos y educativos- indispensables que les permitan elegir con libertad aquello que tienen razones para valorar... Por ello, también la necesidad de compensar los profundos desequilibrios en relación con las condiciones de partida mediante una acción estatal eficaz (obligaciones estatales de carácter positivo o de acción).”

En el mismo sentido, cabe observar lo anotado en la sentencia T-580 de julio 30 de 2007, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto:

“... la seguridad social se erige en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional a cuyo cumplimiento se compromete el Estado, según se sigue de la lectura del artículo 48 superior, el cual prescribe lo siguiente: Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.”

Posteriormente, en sentencia T-144 de 2008 (febrero 15), M. P. Clara Inés Vargas Hernández, se precisó:

“Se trata entonces de una línea jurisprudencial reiterada por esta Corte¹, la cual ha establecido que el derecho a la salud es un derecho fundamental, que envuelve como sucede también con los demás derechos fundamentales, prestaciones de orden económico orientadas a garantizar de modo efectivo la eficacia de estos derechos en la realidad. Bajo esta premisa, el Estado a través del Sistema de Seguridad Social en Salud, proporciona las condiciones por medio de las cuales sus asociados pueden

acceder a un estado de salud íntegro y armónico.

Es por ello que esta Corporación ha precisado que la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando peligra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas... 2

En conclusión, la Corte ha señalado que todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales.”

Lo así indicado conlleva que si se presentare renuencia en instancias políticas y administrativas competentes para implementar en la práctica medidas orientadas a realizar el derecho a la salud y éste resultare amenazado o vulnerado, los jueces puedan hacer efectiva su protección por vía de tutela³.

Cuarta. El régimen aplicable a los “participantes vinculados” al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los regímenes contributivo y subsidiado⁴ para la prestación de los servicios que requiere la población, que permiten tanto a las personas con alta y baja capacidad económica, acceder a prestaciones para el mantenimiento y la rehabilitación de sus condiciones tanto físicas como mentales, en desarrollo de los principios de universalidad⁵, eficiencia y solidaridad.⁶

En el artículo 157 de dicha Ley 100 se establece como destinatarios: (i) los afiliados, en el régimen contributivo para las personas con capacidad de pago, o a través del régimen subsidiado si carecen de recursos, y (ii) los participantes vinculados, aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras

logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado. Al respecto, en sentencia T-294 de 2008 (abril 3), M. P. Clara Inés Vargas Hernández se precisó:

“Los ‘participantes vinculados’ tienen en común con los afiliados al régimen subsidiado, que carecen de capacidad de pago; sin embargo, los últimos han sido afiliados a una entidad específica, que gestiona los servicios por ellos requeridos, con cargo a los recursos del régimen subsidiado. Por su parte, los ‘participantes vinculados’ que aún deben surtir el trámite de afiliación a una ARS (entiéndase Entidad Promotora del régimen subsidiado, por disposición del artículo 12 de la ley 1122 de 2007), tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para tal efecto.⁷

Ello debido a que, para ser afiliado al régimen subsidiado se requiere no sólo estar identificado como beneficiario del subsidio, sino además haber sido seleccionado e inscrito en una entidad promotora de dicho régimen. Así, se entenderá que el usuario tiene la calidad de afiliado en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con determinada EPS del régimen subsidiado para atender al beneficiario.”

Quinta. Falta de capacidad de pago de los afiliados al SISBEN para sufragar el costo de cuotas moderadoras o los copagos.

La prestación de servicios de salud no puede restringirse cuando está de por medio la vida digna de las personas, porque las entidades que actúan en el régimen subsidiado deben considerar la condición de vulnerabilidad en la cual se encuentran sus beneficiarios, de manera tal que el cobro de las cuotas moderadoras y los copagos no puede constituir una barrera de acceso a los servicios de salud de la población más pobre.

El legislador estableció las “cuotas moderadoras” y los “copagos” con el fin de racionalizar el uso de los servicios de salud, consagrados en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 y desarrollados en los Decretos 2357 de 1995, 050 de 2003 y en el Acuerdo 260 de

2004 del CNSSS.

En las tarifas aplicables a las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establece la obligación de contribuir mediante el pago de cuotas de recuperación, dependiendo del nivel en el que hayan quedado clasificados en la encuesta del SISBEN, según el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 así:

“... 2) La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el niveles 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;

3) Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.”

De otro lado, en el literal g del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, se consagra una excepción en relación a la exigencia de copagos y cuotas moderadoras, en cuanto dispone que no puede existir el cobro de dichos conceptos para los afiliados al régimen subsidiado que se encuentren clasificados “en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo reemplace”.

La Corte ha entendido la necesidad y justificación de las cuotas moderadoras y los copagos, y en general, las ha encontrado ajustadas a la Constitución⁸; sin embargo, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 se contempla: “En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre... definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica.”

La citada norma fue declarada exequible en sentencia C-542 de 1998 (octubre 1º), M P. Hernando Herrera Vergara, en el entendido de que si “el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales

y de medicamentos que requiera”.

Esta corporación ha reiterado que en situaciones extremas, la imposibilidad de cumplir con la cancelación de estos dineros no puede conducir a la negación de la prestación del servicio de salud. Además, la jurisprudencia ha señalado que cuando una persona requiera un tratamiento médico con urgencia y no pueda acceder a éste, por no tener capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá aplicar directamente la Constitución Política y la entidad territorial, la EPS del régimen contributivo o subsidiado o la IPS según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger sus derechos fundamentales.⁹

En sentencia T- 940 de 2005 (septiembre 8), M. P. Clara Inés Vargas Hernández, se estimó que:

“la incapacidad financiera de una persona para cancelar las cuotas de recuperación no es razón suficiente para que no reciba un tratamiento o procedimiento médico, de presentarse esta extralimitación de la exigencia se vulnerarían los más altos postulados del Estado Social de Derecho. Por lo tanto, cuando una persona se encuentra en condiciones de pobreza, y requiera de un tratamiento o procedimiento médico que le proteja su derecho a la vida en condiciones de dignidad, no se podrá interponer obstáculos de carácter económico, debido a su imposibilidad económica para la no realización de dichos procedimientos.”

De igual manera, la sentencia T-036 de 2006 (enero 27), M. P. Jaime Córdoba Triviño, puntualizó que las cuotas moderadoras y pagos compartidos son necesarios para la sustentación del sistema, pero “no pueden convertirse en una barrera para que las personas que no cuentan con los recursos económicos para cubrirlas puedan recibir un tratamiento médico, de tal manera que de existir una controversia alrededor de este asunto, ésta debe dirimirse a favor de la protección de los Derechos fundamentales.”

Así las cosas, las cuotas moderadoras y las de recuperación o copagos, como instrumentos del SGSSS para garantizar su viabilidad y equilibrio financiero, son legítimas en la medida en la que no se utilicen para obstaculizar el acceso a los servicios de salud de

la población más pobre y vulnerable.

Sexta. Caso concreto.

En el asunto analizado, es posible observar que el actor es afiliado al régimen subsidiado, clasificado en el Nivel II del SISBEN; padece de “trastorno afectivo bipolar maniaco con síntomas sicóticos”, razón por la cual solicita protección a sus derechos a la vida, a la salud y a la seguridad social, por presunta vulneración por parte de las entidades demandadas, al no eximirlo de las cuotas de recuperación exigidas para el suministro de su tratamiento.

De acuerdo con lo afirmado en la demanda, no se encuentra en la capacidad económica para continuar asumiendo el 10% del costo del tratamiento por concepto de cuotas de recuperación. Al respecto, según la declaración juramentada de Flor Myriam Chaparro Granados, esposa del demandante, él trabaja con un taxi, cuando no está enfermo; tienen 3 hijos menores y viven en casa de la suegra, “no le pagamos arriendo, pero le pagamos los servicios, en promedio cincuenta mil pesos mensuales”. Además “tenemos una ayuda de familias en acción, me dan quince mil pesos, por cada niño, cada dos meses” (fs. 22 cd. inicial).

Esta afirmación no fue desvirtuada por las entidades accionadas, de manera que por tratarse de una persona vinculada al régimen subsidiado y clasificada en el Nivel II de SISBEN; además con los testimonios allegados sobre la situación económica por la que atraviesa el actor y su familia, infiere esta Sala que opera la presunción de falta de capacidad de pago que debe tenerse por cierta y en tales circunstancias, no se le debe exigir el pago de cuotas de recuperación y costos que se requieran en la prestación del servicio médico.

En conclusión, en nada se ha desvirtuado la falta de capacidad económica del actor para cubrir las cuotas de recuperación que se le exigen por la atención médica brindada, pobreza que no puede constituirse en barrera para acceder al servicio médico que requiere, máxime si se tienen en cuenta las especiales condiciones del afectado, quien, se repite, es una persona enferma y en situación económica difícil.

Por lo anteriormente expuesto, la Sala de Revisión considera que hay violación de los

derechos fundamentales invocados, razón por la cual se revocará la decisión objeto de revisión y se concederá al señor César Yovanni Sossa Gómez la protección a los derechos a la seguridad social, a la salud y a la vida. En consecuencia, se ordenará a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, por intermedio del respectivo Secretario o quien haga sus veces, que en el término de 48 horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice a Convida ARS el tratamiento y lo demás que sea dispuesto por el médico tratante para restablecer su salud, sin que se le exijan cuotas de recuperación por dicha atención médica.

De otra parte, será levantada la suspensión de los términos que se había ordenado en este proceso mediante auto de enero 24 de 2008.

III. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, la Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero: LEVANTAR la suspensión de los términos en la presente acción, que se había dispuesto mediante auto de enero 24 de 2008.

Segundo: REVOCAR la sentencia proferida en junio 20 de 2007 por el Juzgado de Menores de Soacha, Cundinamarca, que denegó la acción de tutela interpuesta por César Yovanni Sossa Gómez contra Convida ARS y otra, la cual, en su lugar, SE CONCEDE.

Tercero: ORDENAR a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, por intermedio del respectivo Secretario o quien haga sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, autorice a Convida ARS el tratamiento y lo demás que a César Yovanni Sossa Gómez le sea dispuesto por el médico tratante, sin que se le exijan cuotas de recuperación por dicha atención médica.

Cuarto: Por Secretaría General, LÍBRESE la comunicación a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

Cúmplase.

NILSON PINILLA PINILLA

Magistrado

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada

Ausente con excusa

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 “Ver T-227/03, T-859/03, T- 694/05, T-307/06, T-1041/06, T-1042/06, T-016/07, T-085/07, T-200/07, T-253/07, T-523/07, T-524-07, T-525/07, T-648/07, T-670/07, T-763/07, entre otras.”

2 “Sobre el tema particular, consultar las sentencias: T-1384 de 2000, T-365A de 2006, entre muchas otras.”

3 T-763 de septiembre 25 de 2007, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

4 Decreto 2357 de 1995.

5 Artículo 157 de la Ley 100 de 1993.

6 T-459 de 2007 (junio 7), M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

7 “Artículos 32 y 33 del Decreto 806 de 1998.”

8 Ver sentencia C-542 de 1998 (octubre 1º), M. P. Hernando Herrera Vergara.

9 Cfr. T-062 de 2003 (enero 30), M. P. Eduardo Montealegre Lynett; T-819 de 2003 (septiembre 18), M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-1153 de 2003 (diciembre 1°), M. P. Alfredo Beltrán Sierra; T- 868 de 2004 (septiembre 6), M. P. Jaime Córdoba Triviño, entre otras.