

Sentencia T-161/13

DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTONOMO-Reiteración de jurisprudencia

Al definirse los contenidos precisos del derecho a la salud, se genera un derecho subjetivo a favor de los beneficiarios del sistema de salud. Por lo tanto, cuando las entidades prestadoras de los servicios de salud, se niegan a suministrar tratamientos, medicamentos o procedimientos incluidos en el POS o POS-S, vulneran el derecho a la salud, el cual como se ha reiterado adquiere la condición de derecho fundamental autónomo y éste puede ser protegido por la acción de tutela.

REGLAS JURISPRUDENCIALES SOBRE PROCEDENCIA DE ACCION DE TUTELA PARA OBTENER PRESTACIONES EXCLUIDAS DEL POS-Reiteración de jurisprudencia

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS EXCLUIDOS DEL POS-Requisitos

CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE POR EPS-Reglas jurisprudenciales

DERECHO A LA SALUD-Transporte ambulatorio para acceder a tratamiento en un lugar distinto al de residencia del peticionario

La inclusión del transporte en el Plan Obligatorio de Salud que garantiza el cubrimiento del servicio para el paciente ambulatorio que requiere cualquier evento o tratamiento, previsto por el acuerdo en todos los niveles de complejidad no es absoluta, dado que se requiere que: (i) la remisión haya sido ordenada por el médico tratante; (ii) en el municipio donde reside el paciente no existan instituciones que brinden el servicio que se ha solicitado; y (iii) la EPS-S donde se encuentra afiliado el paciente reciba una UPC diferencial o prima adicional.

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA-Vulneración por EPS al negar transporte a otra ciudad para tratamiento de paciente que sufre artritis reumatoide

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA-Orden a EPS cubra gastos de transporte de la accionante y un acompañante para tratamiento de artritis reumatoide en otra ciudad

Referencia: expediente T-3.714.929

Acción de tutela presentada por Flor Lidia Pillimue, contra la Nueva EPS.

Derechos fundamentales invocados: Derecho a la Salud - Seguridad social - Igualdad - Dignidad humana.

Magistrado Ponente:

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Bogotá D.C., veintidós (22) de marzo de dos mil trece (2013)

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, conformada por los magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub - quien la preside -, Alexei Egor Julio Estrada y Luis Ernesto Vargas Silva, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, y específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión del fallo de tutela adoptado en única instancia por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Miranda, Cauca, el 11 de septiembre de 2012, dentro de la acción de tutela promovida por la señora Flor Lidia Pillimue, contra la Nueva EPS.

1. ANTECEDENTES

La señora Flor Lidia Pillimue, a nombre propio, presentó solicitud de tutela contra la Nueva EPS, invocando la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la igualdad, y a la dignidad humana, los cuales considera vulnerados por la entidad demandada, al no autorizar el servicio de transporte para ella y de un acompañante a la ciudad de Cali, donde debe recibir el tratamiento y los controles con el reumatólogo para tratar la enfermedad que padece.

1.1 Hechos y razones de la acción de tutela.

1.1.1 La señora Flor Lidia Pillimue, a la fecha cuenta con 56 años de edad, y cotiza en salud a la Nueva EPS, del municipio de Miranda, Cauca.

1.1.2 Asegura que se le diagnosticó artritis reumatoide progresiva, razón por la cual, su médico tratante especialista en reumatología de la IPS Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre, le ordenó tratamiento con Tocilizumab 200 mg., 2 ampollas cada cuatro semanas por tres meses y Tocilizumab 80 mg., 1 ampolla cada cuatro semanas por tres meses.

1.1.3 Argumenta, que la Nueva EPS autorizó el tratamiento descrito para que sea realizado en la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali, donde además, debe recibir controles cada tres meses con el reumatólogo para seguimiento de la evolución de la enfermedad.

1.1.4 Manifiesta que el tratamiento y los controles los requiere con urgencia, toda vez que de no hacerlo corre peligro su vida ya que la enfermedad es progresiva, y para ello debe desplazarse de su lugar de residencia en el municipio de Miranda, Cauca, hasta la ciudad de Cali.

1.1.5 Agrega, que al no poder sufragar el traslado para que le realicen el procedimiento indicado, solicitó a la Nueva EPS la autorización del subsidio de transporte desde su lugar de residencia en Miranda, Cauca, hasta la ciudad de Cali, donde le fueron ordenados los controles y tratamientos para su enfermedad. La Nueva EPS negó el servicio, aduciendo que no se encontraba incluido en el POS.

1.1.6 Dice la accionante, que no puede sufragar los gastos que el transporte le genera por cuanto no trabaja ni tiene ingresos económicos, y su situación económica es precaria. Razón por la cual, ha tenido la necesidad de suspender desde el mes de mayo de 2012, el tratamiento y la visita de control con el reumatólogo, lo que ha conllevado a que su salud se deteriore notablemente.

1.2 Fundamentos y pretensiones.

La accionante solicita que se le amparen los derechos fundamentales a la salud, a la

seguridad social, a la igualdad, y a la dignidad humana, y se ordene a la Nueva EPS, que autorice el gasto de transporte a la ciudad de Cali, a donde debe trasladarse para recibir el tratamiento y los controles ordenados por el médico tratante.

1.3 Actuación procesal.

El Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Miranda, Cauca, admitió la tutela el 29 de agosto de 2012, y solicitó a la señora Flor Lidia Pillimue que ampliara su demanda de tutela. De igual forma, corrió traslado a la Nueva EPS, y también solicitó al doctor Carlos Enrique Toro Gutiérrez, especialista en medicina interna y reumatología para que se pronunciara sobre el estado de salud de la accionante e informara, si el tratamiento ordenado por su médico tratante puede ser aplicado en una IPS en el lugar de su residencia.

1.3.1.1 Dentro de la ampliación que realizara la señora Flor Lidia Pillimue, el día 28 de agosto de 2012, manifestó que era analfabeta, y percibía una pensión sustitutiva de su esposo equivalente a un salario mínimo. Aseguró que no podía trabajar a causa de su enfermedad, por lo que no generaba otros ingresos económicos. Dijo que tenía a su cargo una hija y su nieta que vivían con ella, pero que su hija no trabajaba por cuanto tenía que cuidarla por su estado de salud, y las otras tres hijas tenían sus propios hogares y obligaciones, y por eso, no la podían ayudar. También aseguró, que como no tenía los recursos para los transportes y no podía viajar sola, solicitó a la Nueva EPS el suministro de los medicamentos ordenados por el especialista para que le sean aplicados en la IPS de Miranda, lugar donde reside. Indicó, que la respuesta fue negativa ante la necesidad de que sean suministrados directamente en la IPS de Cali por personal especializado. Por esa razón, solicitó el subsidio del transporte para ella y su acompañante, ya que su salud se ha complicado por no recibir el tratamiento y los controles ordenados por su médico tratante.

1.3.1.2 Por otra parte, el Subdirector Científico de la IPS Corporación Comfenalco Valle – Universidad Libre, mediante escrito del 6 de septiembre informó que el doctor Carlos Enrique Toro Gutiérrez, no se encontraba actualmente laborando en esa institución, por lo que puso a su disposición otro médico reumatólogo para que evaluara nuevamente a la señora Flor Lidia Pillimue, y de esa manera poder certificar si efectivamente era necesario y urgente el tratamiento con Tocilizumab 200 mg., 2 ampollas cada cuatro semanas por tres

meses y Tocilizumab 80 mg., 1 ampolla cada cuatro semanas por tres meses, así como indicar los riesgos para su salud si el tratamiento no se le suministra a la paciente.

1.4 Pruebas documentales.

En el trámite de la acción de tutela se aportaron, entre otras, las siguientes pruebas documentales:

1.4.1 Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la señora Flor Lidia Pillimue.

1.4.2 Copia de la Historia Clínica de la señora Flor Lidia Pillimue, expedida por la IPS Corporación Comfenalco – Valle – Universidad Libre.

1.4.3 Copia de la respuesta de la Nueva EPS de fecha 6 de julio de 2012.

1.4.4 Copia de la formula médica suscrita por el médico especialista en reumatología de fecha de febrero 10 de 2012, donde se le prescribe a la señora Flor Lidia Pillimue en “forma urgente”, el tratamiento con Tocilizumab 200 mg., 2 ampollas cada cuatro semanas por tres meses y Tocilizumab 80 mg., 1 ampolla cada cuatro semanas por tres meses.

1.5 Decisiones judiciales.

El fallo de tutela adoptado en única instancia por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Miranda, Cauca, el 11 de septiembre de 2012, negó el amparo solicitado por improcedente, toda vez que no se evidenció que la entidad accionada haya vulnerado los derechos fundamentales de la señora Flor Lidia Pillimue al negarle el servicio de transporte para ella y un acompañante. Lo anterior, por cuanto no se probó la incapacidad económica de la accionante ni de su familia que le impidiera costear ese gasto.

Igualmente, el juez de tutela señaló que no se evidenció que la actora se encontrara frente a un perjuicio irremediable, con la negativa de la EPS en la prestación del servicio de transporte.

No se evidencia impugnación al fallo de tutela por las partes intervinientes.

2. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

2.1 COMPETENCIA

Esta Corte es competente para revisar el fallo de tutela de la referencia, de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Política, y con el Decreto 2591 de 1991.

Una vez relacionados los antecedentes, corresponde a la Sala de Revisión determinar si la Nueva EPS está vulnerando el derecho fundamental a la salud de la señora Flor Lidia Pillimue, al no autorizar el servicio de transporte para ella y de un acompañante a la ciudad de Cali, a donde debe desplazarse para recibir el tratamiento y los controles ordenados por su médico tratante, para tratar la enfermedad que padece.

Para determinar lo anterior, la Sala reiterará el precedente constitucional, sobre: primero, el carácter fundamental del derecho a la salud; segundo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional para ordenar el suministro de tratamientos, servicios o medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud – POS; tercero, la autorización de los gastos de transporte para pacientes y sus acompañantes por las EPS, para acceder a los servicios de salud; por último, se analizará el caso concreto.

2.2.1 El carácter fundamental autónomo del derecho a la salud.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización Mundial de la Salud, establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad.”[1]

Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos, dispone que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”[2]

Igualmente, nuestro ordenamiento jurídico consagra en el artículo 13 Superior que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para promover las condiciones de igualdad de grupos discriminados y marginados y proteger de manera especial a las personas que, por su

condición de vulnerabilidad, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta[3].

Por otra parte el derecho a la salud y a la seguridad social se encuentra consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política, cuando define la seguridad social como "... 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. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social (...)".

En desarrollo del mandato constitucional, se expidió la Ley 100 de 1993, donde se reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus fundamentos, organización y funcionamiento desde la perspectiva de una cobertura universal[4].

Ahora bien, la Corte ha señalado en muchas ocasiones que, de conformidad con el artículo 49 Superior, la salud tiene una doble connotación: como derecho y como servicio público[5], precisando que todas las personas deben acceder a él, y que al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación atendiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.[6]

Sobre la naturaleza del derecho, inicialmente, la jurisprudencia consideró que el mismo era un derecho prestacional. La fundamentalidad dependía entonces, de su vínculo con otro derecho distinguido como fundamental – tesis de la conexidad –, y por tanto sólo podía ser protegida por vía de tutela cuando su vulneración implicara la afectación de otros derechos de carácter fundamental, como el derecho a la vida, la dignidad humana o la integridad personal.

En esta línea tenemos por ejemplo, las sentencias T- 494 de 1993[7] y T-395 de 1998[8]. En la primera, la Corte estudió el caso de una persona que encontrándose recluida en un establecimiento carcelario, presentó un problema renal severo. En esa ocasión se estudió el derecho a la salud relacionado con el derecho a la integridad personal, para lo cual sostuvo:

"Es cierto que la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa. Por ello cuando se habla del derecho a la vida se comprenden necesariamente los derechos a la salud e integridad

física, porque lo que se predica del género cubija a cada una de las especies que lo integran. Es un contrasentido manifestar que el derecho a la vida es un bien fundamental, y dar a entender que sus partes -derecho a la salud y derecho a la integridad física- no lo son.

El derecho a la integridad física comprende el respeto a la corporeidad del hombre de forma plena y total, de suerte que conserve su estructura natural como ser humano. Muy vinculado con este derecho -porque también es una extensión directa del derecho a la vida- está el derecho a la salud, entendiendo por tal la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica o funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento, lo que conlleva a la necesaria labor preventiva contra los probables atentados o fallas de la salud. Y esto porque la salud es una condición existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad: al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable. La persona humana requiere niveles adecuados de existencia, en todo tiempo y en todo lugar, y no hay excusa alguna para que a un hombre no se le reconozca su derecho inalienable a la salud.”

En la sentencia T-395 de 1998, la Corte sostenía que el derecho a la salud no era fundamental sino prestacional, cuando al tratar una solicitud que se hiciera al ISS, acerca de un tratamiento en el exterior, se pronunció de la siguiente forma:

“Si bien, la jurisprudencia constitucional ha señalado en múltiples ocasiones que el derecho a la salud no es en si mismo un derecho fundamental, también le ha reconocido amparo de tutela en virtud de su conexidad con el derecho a la vida y con la integridad de la persona, en eventos en que deslindar salud y vida es imposible y se hace necesario asegurar y proteger al hombre y su dignidad. Por esta razón, el derecho a la salud no puede ser considerado en si mismo como un derecho autónomo y fundamental, sino que deriva su protección inmediata del vínculo inescindible con el derecho a la vida. Sin embargo, el concepto de vida, no es un concepto limitado a la idea restrictiva de peligro de muerte, sino que se consolida como un concepto más amplio a la simple y limitada posibilidad de

existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Lo que se pretende es respetar la situación “existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad”, ya que “al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable”, en la medida en que sea posible. Esta Corporación ha manifestado que la tutela puede prosperar no solo ante circunstancias graves que tengan la idoneidad de hacer desaparecer en su totalidad del derecho, sino ante eventos que puedan ser de menor gravedad pero que perturben el núcleo esencial del mismo y tengan la posibilidad de desvirtuar claramente la vida y la calidad de la misma en las personas, en cada caso específico. Sin embargo, la protección del derecho a la salud, está supeditada a consideraciones especiales, relacionadas con la reconocida naturaleza prestacional que este derecho tiene.”

En el año 2001, la Corte admitió que cuando se tratara de sujetos de especial protección, el derecho a la salud es fundamental y autónomo. Así lo establece la sentencia T- 1081 de 2001[9], cuando dispuso:

“El derecho a la salud de los adultos mayores es un derecho fundamental autónomo, dadas las características de especial vulnerabilidad de este grupo poblacional y su particular conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana.”

Posteriormente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional en sentencia T-016 de 2007[10], amplía la tesis y dice que los derechos fundamentales están revestidos con valores y principios propios de la forma de Estado Social de Derecho que nos identifica, más no por su positivización o la designación expresa del legislador de manera tal que:

“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”. [11]

Por último, en la Sentencia T-760 de 2008, la jurisprudencia de esta Corporación determinó “la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una

vida digna.”[12]

En este contexto, estos derechos son fundamentales y susceptibles de tutela, “declaración que debe ser entendida con recurso al artículo 86 de la Constitución Política que prevé a esta acción como un mecanismo preferente y sumario.”[13]

En suma, al definirse los contenidos precisos del derecho a la salud, se genera un derecho subjetivo a favor de los beneficiarios del sistema de salud. Por lo tanto, cuando las entidades prestadoras de los servicios de salud, se niegan a suministrar tratamientos, medicamentos o procedimientos incluidos en el POS o POS-S, vulneran el derecho a la salud, el cual como se ha reiterado adquiere la condición de derecho fundamental autónomo y éste puede ser protegido por la acción de tutela[14].

2.2.1.1 Reglas de procedencia de la acción de tutela para ordenar el suministro de tratamientos, servicios o medicamentos POS y NO POS.

Como se señaló en el acápite anterior, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en desarrollo de los derechos económicos, sociales y culturales que contempla la Constitución Política de 1991, el cual se encuentra dividido en dos regímenes: el contributivo, en el cual están los trabajadores y familias con los recursos suficientes para pagar una cotización al sistema; y el subsidiado, en el cual están quienes no cuentan con capacidad de pago.

En ambos sistemas se establecieron unos beneficios denominados el Plan Obligatorio de Salud (POS), que se constituye como un conjunto de prestaciones expresamente delimitadas que deben satisfacer y garantizar las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

El Plan Obligatorio vigente está conformado por lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994, expedida por el Ministerio de Salud, en el Acuerdo 029 de 2011 de la C.R.E.S.[15], por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y en el Acuerdo 032 de 2012 de la C.R.E.S., por el cual se unifica a partir del 1 de julio de 2012, el régimen subsidiado al contributivo para los mayores de 18 años de edad, incluidos manejo por medicina general y especializada, insumos, procedimientos, cirugías, hospitalizaciones, ayudas diagnósticas, medicamentos, atención domiciliaria y traslado en ambulancia en caso de requerirlo.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que “las Entidades Promotoras de Salud -EPS- en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.” Esto comprende, entre otros, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Es decir, que a partir de esta ley, garantizar la prestación de los servicios de salud que la persona requiera es responsabilidad de las EPS, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

En ese orden de ideas, todo ciudadano puede acceder a cualquier tratamiento o medicamento, siempre y cuando (i) se encuentre contemplado en el POS, (ii) sea ordenado por el médico tratante, generalmente adscrito a la entidad promotora del servicio[16], (iii) sea indispensable para garantizar el derecho a la salud del paciente, y (iv) sea solicitado previamente a la entidad encargada de la prestación del servicio de salud.[17]

De igual forma el Plan Obligatorio también establece limitaciones y exclusiones por razón de los servicios requeridos y el número de semanas cotizadas, situación que para la Corte es constitucionalmente admisible toda vez que tiene como propósito salvaguardar el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud, habida cuenta que éste parte de recursos escasos para la provisión de los servicios que contempla.[18]

En relación con la procedencia de los medicamentos y procedimientos no POS, la Corte determinó como primer criterio para la exigibilidad del servicio, el que se encuentre expresamente dentro de las normas y reglamentos antes citados[19].

De esa forma, en algunos eventos la Corte Constitucional ha ordenado procedimientos por fuera del POS, como el caso estudiado en la Sentencia SU-480 de 1997[20], que acumuló 7 acciones de tutela instauradas por enfermos de VIH que demandaron al Instituto de Seguros Sociales y a la EPS Salud Colmena por la negativa de suministrarles inhibidores de proteasa en la calidad y cantidad requeridos, con el fin de mejorar su calidad de vida. En ella, la Corte afirmó que el derecho a la salud y a la seguridad social eran de carácter prestacional, y sólo fundamentales en conexidad con el derecho a la vida. Señaló la providencia:

“En el caso en el que dicho medicamento no esté contemplado en el listado oficial, pero

esté de por medio la vida del paciente, la EPS tiene la obligación de entregar la medicina que se señale, aunque no esté en el listado (...) poner la paciente a realizar trámites administrativos y procedimientos judiciales para acceder al medicamento implica agravarle su estado de salud y por ende, poner en riesgo su vida”.

Igualmente esta Corporación en la Sentencia T-099 de 1999[21], tuteló los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de una persona perteneciente a la tercera edad que sufría de incontinencia urinaria ocasionada por una disfunción cerebral y a quien la entidad demandada le había negado el suministro de pañales desechables bajo el argumento de que se encontraban excluidos del POS. En esa oportunidad consideró que tal determinación, tornaba indigna la existencia del paciente por cuanto no le permitía el goce de una óptima calidad de vida.

Cabe resaltar que varios de los anteriores casos compartían situaciones comunes; primero, el médico tratante formuló un medicamento o tratamiento que se requería para garantizar la vida digna e integridad física de los accionantes, segundo, las entidades prestadoras de salud se negaron a suministrarlo debido a que no se encontraba contemplado en la lista del plan obligatorio de salud, y tercero, los actores alegaron no tener la capacidad económica suficiente para acceder por ellos mismos a lo prescrito por el médico. Sobre la base de aquellas situaciones la Corte construyó, con el paso del tiempo, criterios que garantizan el acceso a los servicios de salud (medicamentos o tratamientos) excluidos del POS.

Así las cosas, la Corte estableció los siguientes criterios sobre la regla de acceso a los servicios de salud que se requerían y no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud:

a) la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, debe amenazar los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado; b) debe tratarse de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; c) que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes

complementarios prepagados, etc.); y finalmente, d) que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante[22].

La anterior subregla surgió principalmente del principio “requerir con necesidad”, que antes de la Sentencia T-760 de 2008[23], no había sido nombrado con tanta claridad, pero en cada caso habían sido aplicados los mismos criterios.

En la citada sentencia, la Corte aclaró que:

“requerir un servicio y no contar con los recursos económicos para poder proveerse por sí mismo el servicio, se le denominará, “requerir con necesidad”, y aclaró el concepto de “requerir”[24] y el de “necesidad”. Frente al primero dijo que se concretaba cuando: “a) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; b) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio y c) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo”. Sobre el segundo afirmó que “(...) alude a que el interesado no puede costear directamente el servicio, ni está en condiciones de pagar las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del mismo se encuentra autorizada a cobrar (copagos y cuotas moderadoras), y adicionalmente, no puede acceder a lo ordenado por su médico tratante a través de otro plan distinto que lo beneficie.[25]”

Igualmente se precisó que:

“toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad. El orden constitucional vigente garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona.”[26]

Por último, en la sentencia T-1024 de 2010, la Corte estudió la solicitud presentada por una señora de 82 años de edad, para que se le suministrara una silla de ruedas, pañales y otros implementos que requería con necesidad. En ella, esta Corporación señaló que una entidad

de salud violaba el derecho si se negaba a autorizar un servicio que no estuviera incluido en el Plan Obligatorio de Salud, cuando el servicio se requería con necesidad, como ocurría en el caso concreto, en el que se logró acreditar la falta de capacidad económica para acceder a todos los implementos médicos necesarios que garantizaran una vida digna a la accionante.[27]

De la misma forma, la Corte Constitucional ha ordenado el cumplimiento de ciertas prestaciones que no han sido prescritas por los médicos tratantes adscritos a las EPS, al considerar que los padecimientos son hechos notorios que vuelven indigna la existencia de una persona, puesto que no le permite gozar de la óptima calidad de vida que merece, y por consiguiente, le impide desarrollarse plenamente.[28]

Sin embargo, la jurisprudencia ha aceptado que en ciertas circunstancias el derecho a la salud admite un mayor ámbito de protección, aun cuando exceda lo autorizado en los listados del POS y POS-S, como en los eventos en que aparezca algún factor que haga estimar la necesidad y/o el requerimiento del servicio médico para la prevención, conservación o superación de circunstancias que impliquen una amenaza o afectación del derecho a la salud.[29]

En ese orden de ideas se concluye, que toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que requiera, y que no es posible que se aplique de manera restrictiva la reglamentación, y se excluya la práctica de procedimientos o intervenciones, toda vez que no es constitucionalmente admisible que dicha reglamentación restrictiva tenga prelación sobre la debida protección y garantía de los derechos fundamentales.

2.2.1.2 Jurisprudencia constitucional sobre el cubrimiento de los gastos de transporte para pacientes y sus acompañantes por las EPS, para acceder a los servicios de salud.

Esta Corporación ha indicado en varias oportunidades[30] los casos en que el Sistema de Seguridad Social en Salud debe cubrir el servicio de transporte. No obstante, cuando el servicio no esté catalogado como una prestación asistencial de salud, algunas veces suele estar íntimamente relacionado con la recuperación de la salud, la vida y la dignidad humana, sobre todo cuando se trata de sujetos de especial protección, como los niños en estado de discapacidad.

La regulación de este servicio se encuentra establecida en el Acuerdo 029 de 2011, expedido por la Comisión de Regulación en Salud, que actualizó los Planes Obligatorios de Salud (POS), en los siguientes casos:

“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 concepto 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.”

Como se observa, la inclusión del transporte en el Plan Obligatorio de Salud que garantiza el cubrimiento del transporte para el paciente ambulatorio que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo, en todos los niveles de complejidad, no es absoluta, dado que se requiere que: (i) la remisión haya sido ordenada por el médico tratante; (ii) en el municipio donde reside el paciente no existan instituciones que brinden el servicio ordenado; y (iii) la EPS-S donde se encuentra afiliado el paciente reciba una UPC diferencial o prima adicional[31].

En los demás casos, la jurisprudencia Constitucional ha establecido que cuando el paciente no cuenta con los recursos para sufragar los gastos que le genera el desplazamiento y, éste, sea la causa que le impide recibir el servicio médico, esta carencia se constituye en una barrera para acceder al goce efectivo de su derecho a la salud. En éste evento, le corresponde al juez constitucional aplicar la regla jurisprudencial para la procedencia del amparo para financiar el traslado, en los casos donde se acredite que “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.[32]”

De lo visto, tenemos que la jurisprudencia constitucional determina la viabilidad del servicio de transporte por fuera del lugar de residencia del solicitante, cuando se ha probado que ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y, de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

En ocasiones, la jurisprudencia constitucional ha sostenido:

“... que la dimensión de los gastos de traslado llega a desbordar la capacidad económica del paciente y de su familia, en cuyo caso se advierte la existencia de una barrera informal al acceso del servicio de salud que debe ser eliminada, según lo ordena el criterio de accesibilidad, pues en estos casos el disfrute material del derecho a la salud del individuo resulta entorpecido por un elemento -capacidad económica- que en ningún caso puede restringir su plena satisfacción.

(...)

Ahora bien, como fue señalado en sentencia T-295 de 2003, en aquellos eventos en los cuales el procedimiento médico sea practicado a un menor de edad, a un discapacitado o a una persona de la tercera edad, se hace indispensable, adicionalmente, cubrir los gastos de desplazamiento de un acompañante, dado el estado de indefensión y el grado de dependencia en que pueden encontrarse.”[33]

En efecto, en sentencia T-760 de 2008 la Corte ha reiterado que el transporte es un medio para acceder al servicio de salud[34], y aunque no es una prestación médica como tal, en

ocasiones se constituye en una limitante para lograr su materialización, especialmente cuando las personas carecen de los recursos económicos para sufragarlo. Por ello, ha considerado que:

“toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que [le] impidan... acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado”.

Igualmente, esta Corporación en sentencia T-550 de 2009[35] ha reconocido que:

En esas circunstancias, la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud conlleva, además de brindarse los tratamientos médicos para proteger la salud de la persona la de conseguir los medios para la materialización efectiva del servicio.

En sentencia T-346 de 2009[37], se recordó que la jurisprudencia constitucional ha señalado, que todas las personas tienen el derecho a recibir la asistencia médica necesaria para la recuperación de su salud, situación que en algunos casos excepcionales puede conllevar incluso el servicio de transporte, siempre y cuando (i) ni el paciente ni la familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el mencionado servicio y (ii) que en caso de no otorgarse el medicamento, procedimiento o tratamiento, se amenace “la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”. De igual forma, citó que en algunas oportunidades se ha ordenado la prestación del transporte, junto con un acompañante, cuando el paciente (i) dependa totalmente del tercero para su movilización, (ii) necesite de cuidado permanente “para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas” y finalmente, (iii) ni el paciente ni su familia cuenten con los recursos económicos para cubrir el transporte del tercero.

En cuanto al cubrimiento de gastos de traslado para el acompañante, esta Corporación señala que la protección procede cuando, atendiendo el concepto médico, el paciente requiere de un tercero para hacer posible su desplazamiento o para garantizar su integridad física y la atención de sus necesidades más apremiantes[38]. Al respecto señaló: “la autorización del pago del transporte del acompañante resulta procedente cuando (i) el paciente es totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiere

atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”

En esos términos, se encuentra establecido que por vía de tutela se puede impartir la orden para que la empresa prestadora del servicio de salud cubra el transporte, ya sea urbano o de una ciudad a otra, del afiliado y de un acompañante, cuando el paciente lo requiera, de forma que pueda recibir oportunamente los servicios médicos asistenciales.

Esta Corporación[39] ha precisado que si bien en principio la obligación de acudir a un tratamiento corresponde de forma prevalente al paciente y a su familia, existen ciertos presupuestos en los cuales la responsabilidad gravita a cargo de la institución prestadora del servicio, cuando se acredite que ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y de no efectuarse el mismo se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.[40]

A ese respecto en la Sentencia T-197 de 2003,[41] la Corte señaló:

“... las normas que establecen la obligatoriedad de las entidades promotoras de salud en el pago del traslado de sus usuarios restringen la cobertura a los casos de urgencia debidamente certificada, la movilización de los pacientes internados que requieran atención complementaria y, en todo caso, en las zonas donde se paga una unidad de pago por capitación diferencial mayor.

Sobre el tema, la Corte Constitucional ha señalado las reglas jurisprudenciales aplicables para la asunción de los costos del transporte de pacientes, criterios que comparten la misma justificación de los utilizados para la inaplicación de las disposiciones del Plan Obligatorio de Salud. Así, se parte de considerar que, de manera general, la normatividad se aplica íntegramente y que el transporte debe ser asumido por el afectado o, en razón del principio de solidaridad consagrado en el artículo 95-2 de la Carta, por su familia. Igualmente, la responsabilidad es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.”

(Subrayado fuera del texto)

Efectivamente, cuando se comprueba que ni el paciente ni su familia tienen los recursos económicos para cubrir el costo del tratamiento, del medicamento, de la cirugía o del transporte en ambulancia, corresponde al Estado la obligación de brindar el servicio que requiera la persona por medio de las entidades de salud vinculadas a éste.

Adicionalmente, la Corte ha señalado que la asunción de dichos costos de traslados deberán igualmente incluir el de un acompañante, cuando los mismos médicos tratantes así lo consideren estrictamente necesario, o en el evento de que se trate de un paciente que presente una discapacidad mental y no pueda valerse por sí mismo, o que corresponda a un menor de edad o a una persona de la tercera edad.[42]

Para concluir, es obligación del juez de tutela analizar las circunstancias de cada caso en particular y determinar si se cumple con los requisitos definidos por la jurisprudencia, caso en el cual, deberá ordenar los pagos de transporte que se requiera cuando se demuestre que el accionante carece de recursos económicos.

3. EL CASO CONCRETO.

El caso expuesto, hace referencia a la acción de tutela presentada por la señora Flor Lidia Pillimue, quien busca la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la igualdad, y a la dignidad humana, para que se ordene a la accionada le autorice el servicio de transporte para ella y un acompañante desde el municipio de Miranda, Cauca, hasta la ciudad de Cali, donde debe recibir el tratamiento y los controles que requiere con urgencia con el médico reumatólogo, para tratar la enfermedad que padece, y de esa forma llevar una vida en condiciones dignas.

De lo visto en el expediente se encuentra probado:

1.- Que la señora Flor Lidia Pillimue tiene 56 años de edad y padece de artritis reumatoide, razón por la cual, su médico especialista en Reumatología, le ordenó el 10 de febrero de 2012, un tratamiento urgente y controles mensuales (folio 9).

2.- Que en la Historia Clínica de la accionante, con fecha de ingreso del 10 de octubre de 2011, expedida por la IPS Corporación Comfenalco - Valle - Universidad Libre, registra que

la paciente padece de artritis reumatoide desde hace aproximadamente 10 años, la cual se ha acentuado con el tiempo, especialmente por el dolor en los pies y en el cuello, por lo que se le ha ordenado un tratamiento urgente con Tocilizumab 200 mg., 2 ampollas cada cuatro semanas por tres meses, y Tocilizumab 80 mg., 1 ampolla cada cuatro semanas por tres meses, y controles cada mes (folios 5 y 6).

3.- Que el tratamiento y controles fueron autorizados por la Nueva EPS para que se realizaran en la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali.

4.- Que la accionante ha manifestado que no cuenta con los recursos económicos para sufragar los gastos que demanda el traslado a esa ciudad, toda vez que de la pensión sustitutiva que recibe de su esposo, le descuentan para salud y solo le queda para su sostenimiento, pues no percibe otros ingresos económicos.

5.- Que al no contar con los recursos económicos para los transportes y un acompañante por cuanto no podía viajar sola, solicitó a la Nueva EPS el suministro de los medicamentos ordenados por el especialista para que le sean aplicados en la IPS Corporación Comfenalco – Valle – Universidad Libre en Miranda, Valle, lugar donde reside.

6.- Que la Nueva EPS no accedió a la solicitud ante la necesidad de que el tratamiento sea suministrado directamente en la IPS de Cali por personal especializado.

7.- Que el juez de instancia negó el amparo solicitado al considerar que la Nueva EPS no vulneró los derechos fundamentales de la accionante, toda vez que la accionante no probó su incapacidad económica ni la de su familia que le impidiera sufragar ese gasto. Además, sostuvo que no se evidenció que la accionante estuviera frente a un perjuicio irremediable con la negativa de la EPS.

Así las cosas, y una vez establecidas las condiciones fácticas, procederá la Sala a determinar (i) si la acción de tutela procede en este caso; (ii) y si la falta del servicio solicitado amenaza los derechos fundamentales de la señora Flor Lidia Pillimue.

3.1 En primer lugar, respecto a la procedencia de la acción de tutela es preciso señalar que la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008[43], reiteró lo dicho en la sentencia C-811 de 2007[44], respecto a que la salud “es un derecho fundamental que

debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. No hacerlo conduce a que se presente un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles.” De igual manera, sostuvo lo referido en la sentencia T-1030 de 2010[45], que “no hay duda que en este momento el derecho a la salud es autónomo y por lo tanto fundamental, lo que lo hace exigible de manera directa a través de la acción de tutela.”

En el caso concreto, se evidencia que se trata de la afectación de la salud de una persona que sufre de artritis reumatoide, para lo cual se le autorizó un tratamiento especializado y sus correspondientes controles, a los que la accionante no puede acceder, debido a que deben ser realizados en una IPS ubicada en una ciudad distinta a la de su residencia.

La negativa de la Nueva EPS en autorizar el servicio de transporte solicitado por la accionante con el argumento de no encontrarse dentro del POS, obstaculiza el acceso al tratamiento que requiere vulnerando el derecho a la salud, y como se ha reiterado, éste adquiere la condición de derecho fundamental el cual, puede ser protegido por la acción de tutela.

3.2 En segundo lugar, si la negativa del servicio solicitado amenaza los derechos fundamentales de la señora Flor Lidia Pillimue, la Sala de Revisión considera que la Nueva EPS si se encuentra vulnerando los derechos fundamentales de la actora en el presente caso.

En efecto, la señora Flor Lidia Pillimue padece de artritis reumatoide desde hace aproximadamente 10 años, la cual se ha acentuado con el tiempo, especialmente por el dolor en los pies y en el cuello, razón por la cual, su médico tratante adscrito a la Nueva EPS, le ordenó un tratamiento urgente con el médico reumatólogo, para tratar la enfermedad que padece.

De esa forma, el médico reumatólogo de la Clínica Corporación Comfenalco del Valle, le ordenó mediante fórmula del 10 de febrero de 2012, un tratamiento urgente con Tocilizumab 200 mg., 2 ampollas cada cuatro semanas por tres meses, y Tocilizumab 80 mg., 1 ampolla cada cuatro semanas por tres meses, y controles cada mes, el cual fue autorizado por la Nueva EPS para que se realizara en la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali, donde la paciente no puede asistir ante la imposibilidad de sufragar el gasto del transporte, tanto para ella como de un acompañante, dado su dependencia tanto física

como económicamente de otras personas.

Para la Sala es evidente, que la Nueva EPS al negar el servicio de transporte, está obstaculizando el acceso al tratamiento y los controles de la accionante, lo cual afecta su salud y su vida en condiciones dignas, toda vez que se trata de una enfermedad progresiva, que si no se trata a tiempo y por los médicos especialistas, afecta considerablemente la calidad de vida de las personas que la padecen.

Por lo anterior, y ante la imposibilidad de la IPS de suministrarle el tratamiento y controles en el municipio de Miranda, Cauca, lugar de su residencia, solicita que la Nueva EPS, cubra el servicio de transporte para ella y un acompañante para asistir a la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali. La entidad accionada argumentó su negativa en que tales gastos se encuentran por fuera de la cobertura del POS ya que los pacientes y sus familias, son los obligados a cubrirlos en razón de sus necesidades médicas.

Como se desarrolló en precedencia, la inclusión del transporte en el Plan Obligatorio de Salud que garantiza el cubrimiento del servicio para el paciente ambulatorio que requiere cualquier evento o tratamiento, previsto por el acuerdo en todos los niveles de complejidad no es absoluta, dado que se requiere que: (i) la remisión haya sido ordenada por el médico tratante; (ii) en el municipio donde reside el paciente no existan instituciones que brinden el servicio que se ha solicitado; y (iii) la EPS-S donde se encuentra afiliado el paciente reciba una UPC diferencial o prima adicional[46].

En los demás casos, cuando el paciente no cuenta con los recursos para sufragar los gastos que le genera el desplazamiento, debe el juez constitucional analizar si se acredita que “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.[47]

En el caso que se analiza, la Sala considera procedente el amparo en las circunstancias en que la accionante solicita el servicio de transporte, toda vez que cumple con las reglas fijadas por esta Corporación para el efecto.

En este orden, se tiene que (i) la orden fue impartida por el médico especialista en reumatología por remisión de su médico tratante de la EPS, (ii) en el lugar de su residencia

no existe una institución especializada para brindar el tratamiento ordenado, como así lo aseguró la Nueva EPS, al manifestar la necesidad de que el procedimiento sea realizado directamente en la IPS de Cali por personal especializado.

Así mismo, observa la Sala que los gastos de traslado al lugar donde debe realizar los tratamientos y controles desborda la capacidad económica de la accionante y de sus familiares, lo cual puede generar una barrera para el acceso del servicio de salud.

Igualmente, es clara la imposibilidad de la señora Flor Lidia Pillimue para trasladarse sola a otra ciudad, por lo que resulta lógico que se autorice el acompañamiento de una persona a fin de salvaguardar su integridad.

En conclusión, la Sala encuentra que existe una violación de los derechos fundamentales de la señora Flor Lidia Pillimue, por lo que se ordenará a la Nueva EPS que autorice y cubra, dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión, los gastos de transporte para la accionante, y de un acompañante, para asistir a la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali, donde se debe realizar los tratamientos y controles ordenados por el médico tratante.

4. DECISIÓN

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

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Miranda, Cauca, el 11 de septiembre de 2012, dentro de la acción de tutela promovida por la señora Flor Lidia Pillimue, contra la Nueva EPS y, en su lugar, se concederá el amparo de los derechos invocados.

SEGUNDO.- En consecuencia, ORDENAR a la Nueva EPS que autorice y cubra, dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta decisión, los gastos de transporte para la señora Flor Lidia Pillimue, y de un acompañante, para asistir a la IPS Especializada Audifarma en la ciudad de Cali, donde se debe realizar los tratamientos y controles ordenados por el médico tratante.

TERCERO.- Líbrese por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ALEXEI EGOR JULIO ESTRADA

Magistrado

Ausente con permiso

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

[1] Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

[2] Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

[3] Constitución Política, art. 13.

[4] Artículo 152 de la Ley 100 de 1993.

[5] Sentencias T-134 de 2002 MP. Álvaro Tafur Galvis y T-544 de 2002 MP. Eduardo Montealegre Lynett.

[6] Sentencias T-207 de 1995 MP. Alejandro Martínez Caballero; T- 409 de 1995 MP. Antonio Barrera Carbonell y C-577 de 1995 MP. Eduardo Cifuentes Muñoz.

[7] M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[8] M.P. Alejandro Martínez Caballero.

[9] M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[10] M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[11] Esta propuesta fue inicialmente expuesta en sentencia T-573 de 2005 y posteriormente desarrollada en sentencia T-016 de 2007 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[12] Sentencia T-760 de 2008, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

[13] Sentencia 1024 de 2010 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[14] Sentencia T-1185 de 2005 M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

[15] “por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza íntegramente el Plan Obligatorio de Salud”.

[16] Sentencia T-760 de 2008 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

[17] Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

[18] Sentencia T-775 de 2002 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[19] Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

[20] MP. Alejandro Martínez Caballero.

[21] MP. Alfredo Beltrán Sierra.

[22] Sentencias SU-480 y T-640 de 1997, T-236 de 1998, SU-819 de 1999, T-1204 de 2000, T-683 de 2003, T-1331 de 2005, T-1083 de 2006 y T-760 de 2008, entre otras.

[23] MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

[24] Sentencia T-1204 de 2000 MP. Alejandro Martínez Caballero.

[25] Sentencias T-760 de 2008, T-875 de 2008 y T-1024 de 2010.

[27] Sentencias T-899 de 2002, T-202 de 2008, T-975 de 2008, T-053 de 2009, T-352, T-437, T-574 de 2010 y T-1024 de 2010, entre otras.

[28] Sentencia T-1024 de 2010 MP. Humberto Sierra Porto, reiterada en las sentencias T-1022 de 2005, T-557 y T-829 de 2006, T-148 de 2007, T-565 de 2007, T-788 de 2007 y T-1079 de 2007.

[29] Sentencia 1024 de 2010 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[30] Sentencias T-350 de 2003, M. P. Jaime Córdoba Triviño; T-745 de 2004, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-962 de 2005, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-200 de 2007 M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-201 de 2007, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-1019 de 2007, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-212 de 2008, M. P. Jaime Araujo Rentarías; T-642 de 2008, M. P. Nilson Pinilla Pinilla; T-391 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-716 de 2009, M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y T-834 de 2009, M. P. María Victoria Calle Correa.

[31] El Acuerdo 09 de 2009 de la CRES.

[32] Sentencias T-900 de 2000; T-1079 de 2001; T-1158 de 2001; T-962 de 2005; T-493 de 2006; T-057 de 2009; T-346 de 2009 y T-550 de 2009.

[33] Sentencia T-200 de 2007 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[34] MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

[35] MP. Mauricio González Cuervo.

[36] MP. Mauricio González Cuervo.

[37] M. P. María Victoria Calle Correa

[38] Sentencia T-197 de 2003, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

[39] Sentencia T-900 de 2002 M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

[40] Sentencia T-467/02 M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

[41] M.P. Jaime Córdoba Triviño.

[42] Ver sentencia T-1079 de 2001, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

[43] MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

[44] MP. Marco Gerardo Monroy cabra.

[45] MP. Mauricio González Cuervo.

[46] El Acuerdo 09 de 2009 de la CRES.

[47] Sentencias T-900 de 2000; T-1079 de 2001; T-1158 de 2001; T- 962 de 2005; T-493 de 2006; T-057 de 2009; T-346 de 2009 y T-550 de 2009.