

T-231-99

Sentencia T-231/99

DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS-Fundamental

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO-Periodo mínimo de cotización

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO-Cobro de porcentaje en dinero cuando no se ha cumplido periodo mínimo de cotización

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO-En caso de atención inmediata no se exige periodos mínimos de cotización

la Corte Constitucional, reconociendo la prevalencia de los derechos a la vida y a la salud y buscando que los enunciados normativos consagrados en la Carta tengan aplicación en situaciones límite, ha puesto de presente varias tesis que permiten ponderar el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida de los pacientes que no ha cumplido con la cotización mínima, respetando las necesidades del Sistema de Salud y las específicas responsabilidades económicas de las E.P.S. Ha concluido que se debe continuar con la prestación del servicio a pesar de los límites a veces fijados por el P.O.S a los afiliados, en los siguientes casos: En casos de urgencia o gravedad comprobadas, ya que no existe norma legal que ampare la negativa de prestar el servicio a los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y que no cuenten con los recursos necesarios para aportar el porcentaje que por ley les corresponde cuando requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinosa. Cuando la falta del medicamento o tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, amenace o vulnere los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos. Cuando se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituidos por otro no sometido a semanas mínimas de cotización, 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. Cuando 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. En lo concerniente al mínimo de cotizaciones, la Corte ha señalado que se debe continuar igualmente con el tratamiento en los casos en que se requiere proteger el mínimo vital de un paciente, cuando éste no pueda realmente sufragar el porcentaje que le hace falta para acceder al medicamento o tratamiento requerido, y no puede lograr la atención o acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud distinto.

SUBCUENTA DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Repeticón de EPS por sobrecostos

DERECHO A LA VIDA DE LOS NIÑOS-Tratamiento de leucemia

Referencia: Expediente T-191885

Acción de tutela instaurada Adriana María Alvarado García contra el Instituto de Seguros Sociales de Cali.

Temas:

Derecho a la vida y a la salud.

Reiteración de Jurisprudencia sobre número de semanas cotizadas y enfermedades catastróficas.

Magistrado Ponente:

Dr. ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO

Santa Fe de Bogotá, catorce (14) de abril de mil novecientos noventa y nueve (1999)

La Sala Séptima de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados doctores, Fabio Morón Díaz, Vladimiro Naranjo Mesa, y Alejandro Martínez Caballero, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales

EN EL NOMBRE DEL PUEBLO

Y

## POR MANDATO DE LA CONSTITUCIÓN

Han pronunciado la siguiente

### SENTENCIA

Dentro de la acción de tutela instaurada por Adriana María Alvarado García contra el Instituto de Seguros Sociales de Cali.

#### I. HECHOS

1. La señora Adriana María Alvarado García presentó acción de tutela en contra del Instituto de Seguros Sociales de la ciudad de Cali, por considerar que la mencionada entidad ha puesto en peligro los derechos a la salud y a la vida de su menor hijo Geimer Vladimir Salazar Alvarado, al suspenderle el tratamiento contra la leucemia que le venía prestando dicha institución, al menor.

2. Al respecto, cuenta la accionante que su hijo padece de leucemia linfoide aguda, en alto riesgo y de segundo grado, enfermedad que le estaba siendo tratada por parte del Instituto de Seguros Sociales en el Hospital Departamental de la ciudad de Cali, hasta finales de 1998. Sin embargo, ésta institución le suspendió el tratamiento a Geimer Vladimir, bajo el argumento de que el menor, en su calidad de beneficiario por afiliación de su padre, no contaba con las cien (100) semanas de cotización con el Seguro que son necesarias para que tal institución asuma la totalidad del tratamiento y que, en consecuencia, los padres del menor deberían pagar el porcentaje que hace falta para que se reanude la atención. Para la demandante, esta situación es contraria a los derechos fundamentales de su hijo, no solo porque su esposo ha venido cotizando por un periodo de un año y seis meses al I.S.S., sino porque la situación económica que atraviesan es crítica, ya que su esposo es el único que trabaja y devenga un salario mínimo mensual, lo que impide que ellos puedan cubrir el porcentaje del tratamiento que les exige el Seguro Social para continuar con la atención del niño. Además, la accionante sostiene que el menor lleva casi 15 días sin tomar la droga que necesita y que el Seguro le ha manifestado no tener tales medicamentos.

1. En posterior ampliación de su testimonio, la señora Adriana María Alvarado García

manifestó que desde el día tres (3) de febrero de 1997, su hijo es beneficiario de los servicios de salud del Seguro Social. Así mismo, señaló que el menor tenía siete años de edad desde que fue afiliado, y que para “esa fecha, el niño ya presentaba la enfermedad, porque se descubrió cuando tenía cinco años y medio.” Por consiguiente, relató que “antes de estar afiliado al Seguro” Geiner “era atendido por el Sisbén, pero eso se acabó porque estaban renovando los carnets y no me volvió a llegar uno en estrato tres. Entonces tuve que retirar al niño del tratamiento.”

Sin embargo, con posterioridad, el menor fue atendido por la doctora Margarita Quintero de Charria en el Hospital Departamental de Cali, en virtud de su afiliación al Instituto de Seguros Sociales. Es por ello que el personal del Hospital señalado, informó a la madre, que tenía que pagar un porcentaje de dinero en proporción con las semanas cotizadas y que si no pagaba ese valor al niño no lo atenderían. En todo caso, la accionante reiteró que debido a su situación económica no puede cancelar los copagos ; que su esposo trabaja como jardinero y aseo en el Colegio El Triunfo del Hombre y que si le exigen el pago del mencionado porcentaje, se vería en la necesidad de suspender el tratamiento para su hijo, dada su insolvencia económica. Por consiguiente, solicita que le sean tutelados a su menor hijo los derechos constitucionales fundamentales presuntamente vulnerados por el Instituto de Seguros Sociales.

## II. DECISION DE INSTANCIA.

El Juzgado Segundo Municipal de Santiago de Cali, Valle, conoció en primera instancia de la tutela de la referencia. En este caso, el a-quo, solicitó algunas pruebas al Instituto de Seguros Sociales, entidad que mediante oficio DJS-2552 informó lo siguiente:

“El señor Salazar ha cotizado al I.S.S en forma interumpida y a junio de 1998 tiene cotizadas sólo 77 semanas.

Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 28 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

PARAGRAFO: Cuando el afiliado sujeto a periodos mínimos de cotización, desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor

total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados en el presente artículo.”

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de los servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación, de acuerdo con las normas vigentes.

De acuerdo a lo cotizado, el Seguro Social les daría un cubrimiento del 76%, el otro 24% lo cubriría el afiliado, como lo cita la norma.

Como es de público conocimiento, el ISS tiene dificultades para que sus afiliados sean atendidos en el Hospital Universitario Evaristo García, así que éstos serán atendidos en la Clínica Imbanaco, Clínica Farallones. La Doctora Margarita Quintero de Charry, oncóloga, le indicará a los pacientes el procedimiento a seguir en el caso particular a la señora Alvarado, de la cual es conocida por ser la médica tratante del menor.

Teniendo en cuenta que el ISS costearía el porcentaje antes citado de acuerdo a lo establecido por la Ley.”

El juez de instancia por su parte, luego de tener presentes las anteriores consideraciones del I.S.S. negó la tutela por estimar que:

“Encontramos que la E.P.S. del Seguro Social no niega la atención médica al menor afectado y superando sus propias dificultades ha buscado y obtenido que la Doctora Margarita Quintero de Charry siga atendiendo en su especialidad, al paciente en las Clínicas Ibanaco ó Farallones. (...)” en consecuencia los derechos del menor no han sido “vulnerados ni puestos en peligro por parte de la Entidad Prestadora de Salud, en este caso la E.P.S. del Seguro Social, porque como se pudo demostrar si bien es cierto que el niño aunque no cumple con las exigencias legales referentes a las semanas de cotización y tampoco sus padres (...) fue la misma institución que obtuvo a través de sus gestiones que la Doctora Quintero siga atendiendo al menor.”

## I. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Competencia.

1. Esta Corte es competente para revisar el presente fallo de tutela, de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Nacional, y el decreto 2591 de 1991.

Del problema jurídico que se presenta.

2. En el caso objeto de éste estudio, la Corte deberá establecer si las disposiciones de las que trata el decreto 806 de 1998 y que exigen la cotización de un número de semanas mínimas para acceder a un tratamiento de enfermedades de alto costo, puede hacerse exigible en circunstancias en las que se encuentra en peligro la vida de un menor que padece de leucemia, ante la ausencia de recursos de sus padres para cancelar el porcentaje necesario para que se reanude el tratamiento correspondiente.

Del Derecho a la Salud y a la vida.

3. De manera reiterada, ésta Corporación ha sostenido que el derecho a la salud es un derecho que se hace acreedor de la protección constitucional<sup>1</sup> en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas, circunstancia que amerita necesariamente una resolución oportuna por vía de la acción de tutela y en consecuencia, la protección efectiva de los derechos invocados. Por consiguiente, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección constitucional, en situaciones en que la salud adquiera el carácter, por conexidad, de derecho fundamental. En el caso de los niños, esta protección es inminente, teniendo en cuenta que por expresa disposición superior, frente a ellos, el derecho a la salud adquiere el carácter de fundamental.

En todo caso, cuando no exista conexidad entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales y en consecuencia su vulneración no pueda colegirse de una circunstancia específica, la Corte Constitucional ha concluido que el derecho a la salud debe ser entendido como un derecho de carácter prestacional, lo que significa que deberá encontrarse supeditado a los presupuestos programáticos de índole administrativa a cargo del Estado y

por lo tanto su protección deberá ser atribuida a otros medios de defensa judiciales, diferentes de la acción tutela.

Del Sistema General de Salud y las enfermedades de alto costo.

1. La Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social, determinó en su artículo 164 que los servicios de salud que generan altos costos, requieren para acceder a ellos, de un periodo mínimo de cotización, el cuál en ningún caso podrá “exceder de 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año”. En los casos en que las personas no logren ese tope mínimo de cotización y requieran de los servicios de salud, la norma estableció que el usuario podría acceder a ellos, pero en estos casos se le exigiría el pago de un porcentaje, “de acuerdo a su capacidad socioeconómica”.

Esta norma, demandada el año anterior ante la Corte Constitucional, fue declarada exequible mediante la sentencia C-112 de 19982 de esta Corporación, en la que se concluyó que el cobro de un porcentaje de dinero por la atención de enfermedades de alto costo, cuando no se han cumplido los períodos mínimos de cotización, no viola la Constitución, “pues ésta no prescribe que los servicios de salud deban ser gratuitos, salvo lo que atañe a la atención básica”. Claro está que conforme a lo dicho por la misma sentencia, quienes requieren atención médica urgente, así no tengan el periodo mínimo de cotización, deberán ser atendidos por la entidad de salud a la que estén afiliados, pero deberán pagar por el servicio prestado el valor correspondiente al “porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados” según la norma.

Tomando como fundamento algunas consideraciones de la sentencia de constitucionalidad arriba mencionada, ésta Corporación en la sentencia T-060 de 19993, señaló que :

“...los períodos mínimos de cotización no se traducen en falta de atención médica, hospitalaria y quirúrgica por parte de la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador, sino en un aplazamiento de la atención hasta el momento “en que el afiliado cumpla con un número determinado de semanas de cotización que no puede exceder de 100, o pague ciertos emolumentos de acuerdo con su capacidad económica, en los casos en que el número

de semanas de cotización sea inferior al fijado”. Por lo tanto, en los casos en los que el usuario exija ser atendido antes de cumplirse los plazos mínimos exigidos, deberá pagar un valor por esos servicios de acuerdo con su capacidad económica.

Respecto a los casos en los que la atención de las enfermedades de alto costo requiera ser prestada de manera inmediata, esta Corporación sostuvo que el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las personas independientemente de su capacidad de pago, sin exigir en estos casos períodos mínimos de cotización. A este respecto, se anotó: “violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de ‘alto costo’, necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios”.

5. Así las cosas, mediante el Decreto 806 de 1998, - que introdujo algunas modificaciones en el decreto 1938 de 1994 relativo a la afiliación al régimen de seguridad social en salud -, se definieron algunos de los períodos mínimos de cotización exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de los servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Los artículos relacionados con el punto, fueron el 61 y 62 del mencionado decreto, que consagran entre otras cosas lo siguiente:

ART 61: “(...)Parágrafo.- Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

“Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.”

En el artículo 62 del mismo decreto, por otra parte, se consagran las excepciones a la exigencia de los períodos mínimos de cotización entre las cuales se encuentra, la atención inicial de urgencia.

6. Ahora bien, que pasa si la razón por la cual se desconoce o se evita la atención de una persona en circunstancias que ponen en peligro su vida, es precisamente porque no ha cumplido los periodos mínimos de cotización ?

En estos casos la Corte Constitucional, reconociendo la prevalencia de los derechos a la vida y a la salud y buscando que los enunciados normativos consagrados en la Carta tengan aplicación en situaciones límite, ha puesto de presente varias tesis que permiten ponderar el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida de los pacientes que no ha cumplido con la cotización mínima, respetando las necesidades del Sistema de Salud y las específicas responsabilidades económicas de las E.P.S. En efecto, se ha concluido en varias oportunidades que se debe continuar con la prestación del servicio a pesar de los límites a veces fijados por el P.O.S a los afiliados, en los siguientes casos<sup>5</sup>:

- En casos de urgencia o gravedad comprobadas, ya que no existe norma legal que ampare la negativa de prestar el servicio a los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y que no cuenten con los recursos necesarios para aportar el porcentaje que por ley les corresponde cuando requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinosas.<sup>6</sup>

- Cuando la falta del medicamento o tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, amenace o vulnere los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado<sup>7</sup>, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos. <sup>8</sup>

\* Cuando se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituidos por otro no sometido a semanas mínimas de cotización, 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.

\* Cuando 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<sup>9</sup>".<sup>10</sup>

- Es más, en el caso de una persona que requería un tratamiento de diálisis y no se comprobó la existencia de alguna entidad que pudiese prestarle el tratamiento requerido, se ordenó<sup>11</sup> al Instituto de Seguros Sociales, "suministrar, en una primera instancia, las sesiones de diálisis prescritas a la actora, en proporción al número de semanas cotizadas por la afiliada. Es decir, las primeras ocho (8) de las trece (13) prescritas, que representan aproximadamente el 66 % al que se ha hecho mención, de forma tal que se garantice la estabilización de su situación, teniendo en cuenta que la negación total del tratamiento se convierte en un atentado directo contra la supervivencia de ésta. El suministro de un número de sesiones inferior al prescrito, en determinado lapso, no representa una gravedad tal, como sí lo es, la suspensión total del tratamiento".<sup>12</sup>

En lo concerniente al mínimo de cotizaciones, la Corte ha señalado que se debe continuar igualmente con el tratamiento en los casos en que se requiere proteger el mínimo vital de un paciente, cuando éste no pueda realmente sufragar el porcentaje que le hace falta para acceder al medicamento o tratamiento requerido, y no puede lograr la atención o acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud distinto, (por ejemplo, planes complementarios prepagados, etc.).

Para lograr el equilibrio, entonces, entre la protección de los derechos a la salud y vida de los pacientes antes enunciados y las responsabilidades económicas de las E.P.S., ha concluido ésta Corporación que los costos deben ser asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, pero dicha entidad tendrá a su favor, la acción de repetición contra el Estado, específicamente contra el Fondo de Solidaridad y Garantías, entidad que deberá asumir el valor que le correspondía cancelar al afiliado, tal como quedó consagrado en la SU-480 de 1997.

7. En el caso que no ocupa, un menor de edad que padece leucemia desde los cinco años y que venía siendo atendido por el I.S.S., en calidad de beneficiario, se encuentra en la actualidad sin atención médica para su dolencia, teniendo en cuenta que la entidad que el I.S.S. decidió suspender la atención que se le estaba prestando al menor, hasta tanto sus padres paguen el porcentaje necesario para costear al tratamiento, teniendo en cuenta que

no han cotizado las 100 semanas que exige el decreto 806 de 1998.

En este sentido, tal y como se expresó en su oportunidad, un menor que padece de leucemia requiere de manera evidente un tratamiento médico que por ninguna razón puede ser interrumpido<sup>13</sup>, no solo por la especial protección que la Constitución le atribuye a los menores, sino porque la ausencia del tratamiento en una persona que padece tal enfermedad puede conducir a la muerte.

Es por ello que ésta Sala no comparte la posición del A-quo, quien estima que la prestación del servicio de salud no se ha suspendido por parte de la E.P.S. del Seguro, porque así lo infiere de la respuesta que la entidad remitió a su despacho en su oportunidad, por considerar que el señalamiento de un cambio de Clínica para atender a los pacientes del I.S.S. es una referencia suficiente sobre la continuidad o no del servicio. En opinión de ésta Sala, por el contrario, la comunicación enviada por el I.S.S. sólo refleja que la entidad insiste en la necesidad de que se cancele el porcentaje que corresponde a los padres para que se continúe con el tratamiento del menor, haciendo hincapié en ello por lo menos en dos oportunidades, incluso en la parte final del texto que se remite al juzgado.

Por consiguiente, deberán tutelarse los derechos fundamentales del menor. En todo caso, y con fundamento en el tiempo de cotización, es factible que en la fecha en que se examina éste proceso por parte de ésta Corporación, los padres de Geimer Vladimir hayan cotizado las 100 semanas requeridas en el decreto 806 de 1998, caso en el cual la E.P.S. deberá asumir en su totalidad el valor del tratamiento del niño. De no ser así, y en caso de continuar los padres de Geimer Vladimir vinculados al Sistema de Salud, la E.P.S. deberá asumir el valor total del tratamiento para garantizar la protección de los derechos a la salud y a la vida del menor. Sin embargo, el Seguro Social contará en todo caso con la acción de repetición en contra del Fondo de Solidaridad y Garantías por el porcentaje que debían cubrir los padres del menor, los cuales no pudieron hacerlo, por razones de tipo económico.

Así las cosas, el Instituto de Seguros Sociales, podrá repetir lo gastado en cumplimiento de la orden emitida por esta Sala de Revisión, en contra del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>14</sup>

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional,

## RESUELVE

Primero: REVOCAR la sentencia del Juzgado Segundo Penal Municipal de Cali, Valle, y en consecuencia CONCEDER la tutela a favor del menor Geimer Vladimir Salazar Alvarado.

Segundo: De conformidad con lo anterior, se ORDENA al I.S.S. continuar con el tratamiento a favor del menor Geimer Vladimir Salazar Alvarado y disponer de todas las acciones necesarias para proteger sus derechos a la vida y a la salud.

Tercero: En virtud de la presente sentencia, el I.S.S., en caso de que los padres del menor Geimer Vladimir Salazar Alvarado no hayan cotizado las 100 semanas requeridas por el decreto 806 de 1998, podrá repetir en contra del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por los costos asumidos en razón del presente tratamiento que correspondan al porcentaje dejado de cancelar por los padres del menor.

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

ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO

Magistrado

FABIO MORON DIAZ

Magistrado

VLADIMIRO NARANJO MESA

Magistrado

PABLO ENRIQUE LEAL RUIZ

Secretario General (E)

1 Al respecto se deben consultar las sentencias SU- 111 de 1997 ; Su-039 de 1998 ; T-236 de 1998 ; T-395 de 1998 ; T-489 de 1998 : T-560 de 1998, T-171 de 1999, entre otras.

2 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

3 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

4 Al respecto ver la sentencia T-016 de 1999.

5 Corte Constitucional, Sala Plena, sentencias SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero, y C-112 de 1998, M.P. Carlos Gaviria Díaz. Sala Primera de Revisión, sentencias T-370, T-385 y T-419 de 1998, M.P. Alfredo Beltrán Sierra. Sala Octava de Revisión, sentencias T-236 y T-328 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz.

6 Ibídem.

7 SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

8 Sentencia T-060 de 1999. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

9 SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

10 T- 328/98 M.P Fabio Morón Díaz.

11 Ver Sentencia T-060 de 1999. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

12 Ibídem.

13 T-505 de 1998 M.P Alfredo Beltrán Sierra.

14Corte Constitucional. Sentencia T691 de 1998. Antonio Barrera Carbonell.