

{p}

Expediente T-2866195

Sentencia T-323/11

PROTECCION CONSTITUCIONAL DE LOS HABITANTES DE LA CALLE PORTADORES DE VIH/PERSONA PORTADORA DE VIH-Deber de protección del Estado

PROTECCION CONSTITUCIONAL ESPECIAL DE PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA-Desarrollo jurisprudencial

Jurisprudencialmente esta Corporación ha resaltado las condiciones de debilidad manifiesta en que se encuentran las personas que padecen el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, reconociendo el especial tratamiento que se les debe procurar en razón de la gravedad de la enfermedad, su carácter progresivo y el hecho de no existir una cura en la actualidad. En consecuencia, lo que la Corte ha buscado es proporcionar protección en diferentes ámbitos: (i) en materia de salud, concediendo medicamentos, tratamientos, traslados entre IPS, EPS o EPSS, cuando el afectado no cuenta con la posibilidad o los recursos económicos para asumirlo y se evidencia un grave detrimento de sus derechos fundamentales; (ii) en materia laboral, prohibiendo el despido injustificado o la discriminación, en razón de la enfermedad y exigiendo un trato especial en el lugar de trabajo; (iii) en materia de seguridad social, cuando ha sido necesario reconocer la pensión de invalidez por vía del amparo constitucional dada la situación de urgencia y (iv) en materia de protección a personas habitantes de la calle, cuando son portadoras de VIH y dicha situación puede ocasionar la vulneración de derechos fundamentales no solamente propios, sino también de las personas que los rodean.

CONDICION DE VIDA DEL INDIGENTE O HABITANTE DE LA CALLE

Frente a estas circunstancias, en la que la condición de vida del indigente o habitante de la calle es de manifiesta debilidad, y que la misma se puede ver agravada, cuando la delicada condición humana se ve aún más comprometida en razón a la afectación de su salud física y/o mental, es en estos momentos en los que el Estado debe responder, interviniendo de manera directa e inmediata a fin de brindar protección a quienes hacen parte de esos sectores marginados, con lo cual se obliga a que los indigentes sean objeto de un trato

preferente, principalmente en lo relacionado con la atención en salud. En consideración a los anteriores planteamientos, es claro, que el respeto y protección a los desposeídos y en especial a los indigentes, abarca todos los ámbitos de protección constitucional de sus derechos fundamentales, en especial, aquellos que tengan que ver directamente con su vida, su salud y las condiciones mínimas de existencia digna. La Sala recuerda a las entidades accionadas dentro del presente caso que, como se aprecia en el acervo probatorio correspondiente, el señor XX es un sujeto de especial protección constitucional en razón a las enfermedades ruinosas o catastróficas que padece y a su situación de indigencia. Por tanto, deben ser amparados sus derechos fundamentales bajo la premisa de hacer parte del Estado Social de Derecho en donde el fin último consiste en hacer prevalecer los principios de solidaridad, dignidad humana, prosperidad y bienestar a la sociedad. Dicha protección se materializa con sujeción no solo de acuerdo al ordenamiento interno sino también a una proyección internacional, que lucha por abatir la pobreza extrema y la propagación de enfermedades contagiosas como la del VIH.

#### DERECHO A LA SALUD DE INDIGENTE PORTADOR DE VIH-Protección

Ahora bien, respecto a la contestación dada por la Alcaldía sobre la solicitud que hace el señor XX de estar aislado en un hogar de paso con ocasión al riesgo que puede representar para la comunidad, es necesario advertir que las razones dadas en el oficio allegado a esta Corporación no son suficientes. En consecuencia, es su deber valorar en el menor tiempo posible, la situación del petente para determinar las medidas a seguir en razón a la protección de los derechos fundamentales tanto del accionante como de la comunidad que le rodea, debido al riesgo que pudiera representar para la población. La atención en las distintas necesidades básicas solicitadas por el accionante deberán ser cubiertas apropiadamente como afiliado de la EPS-S, como es el caso de aquellos asuntos referentes a la nutrición, odontología, tratamientos, entre otros, a fin de alcanzar la adecuada prestación de los servicios en salud requeridos por el accionante de manera permanente y continua, y los que a futuro se vayan presentando, teniendo en cuenta su especial condición social y de salud. En esa medida, es responsabilidad de las autoridades territoriales adelantar una actuación coordinada con las distintas instituciones donde pudiera ser atendido el señor XX para de esta manera brindarle una protección integral al actor

UBICACION EFECTIVA DE ENFERMO DE SIDA-Medidas especiales por ser habitante de la calle

A efectos de que la decisión adoptada en este fallo no quede sin efectividad material, dada la condición de habitante de la calle del accionante, toda vez que no siempre cuenta con un domicilio o lugar al cual se pueda acudir con el fin de localizarlo y de esta manera poder informarle sobre la continuidad y efectividad del tratamiento médico a que tiene derecho, se seguirán las pautas asumidas en la sentencia T-436 de 2003 donde la Corte estudió un caso en el que el accionante era un indigente portador de VIH que requería atención médica. Por ello, y ante la posibilidad de que el accionante, dada su condición de indigencia se haya desplazado a cualquier otro municipio del departamento de Risaralda, se hace necesario que se desarrolle una actividad coordinada entre las distintas autoridades municipales y departamentales tendiente a lograr su ubicación. Conforme con lo expuesto, se tutelarán los derechos fundamentales del señor XX. Para ello se ordenará tanto a la Alcaldía Municipal de La Virginia como a la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, que de acuerdo a los lineamientos legales descritos, adopten las medidas necesarias para verificar la prestación del servicio de salud, cuando el actor requiera un tratamiento médico en cualquier institución. Simultáneamente, el municipio de La Virginia deberá valorar la situación del petente, junto con la institución que considere pertinente, con el fin de integrarlo a planes de atención o beneficio del municipio en materia de vivienda u hogar de paso en el que pueda estar aislado y puedan atender su situación sin generar riesgos a quien le rodea. Se ordenará a la personería municipal, la verificación del cumplimiento pleno de esta sentencia y de las órdenes impartidas en la misma. En cuanto a las diligencias que se deben adelantar para la ubicación efectiva del señor XX, se ordenará a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda y la Alcaldía de La Virginia que, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, comuniquen esta decisión a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones-CAPRECOM-, la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, a las Secretarías de Salud de los diferentes municipios del Departamento y a todas aquellas instituciones públicas y privadas que presten el servicio de salud, para que en el evento en que el petente se acerque a requerir la prestación de algún servicio, éste no le sea negado. Igualmente, y junto con la Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda y la Alcaldía de la Virginia, deberán realizar una búsqueda inicial del accionante en la zona en la que al parecer pueda encontrarse. De no poderse dar con su paradero, deberán realizar visitas periódicas a aquellas zonas de la ciudad de La Virginia donde de manera permanente se constate la presencia de personas indigentes a fin de localizarlo. Estas visitas se realizarán

hasta que el accionante sea localizado.

Referencia: expediente T-2866195

Acción de tutela interpuesta por XX contra la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y el Municipio de La Virginia (Risaralda).

Magistrado Ponente:

JORGE IVAN PALACIO PALACIO.

Bogotá, D.C., cuatro (4) de mayo de dos mil once (2011).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Jorge Iván Palacio Palacio, Nilson Pinilla Pinilla y Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente:

## SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo emitido por el Juzgado Promiscuo del Circuito de La Virginia (Risaralda), que a su vez confirmó el proferido por el Juzgado Promiscuo Municipal de La Virginia (Risaralda), el 4 de agosto de 2010, en la acción de tutela instaurada por XX contra la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y el Municipio de La Virginia (Risaralda).

### I. ANTECEDENTES

El señor XX interpone acción de tutela en contra de la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda y otros, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad humana. Para fundamentar su solicitud, presentada el día 21 de julio de 2010, el accionante relata los siguientes:

#### 1. Hechos

1.1. Afirma que está afiliado al régimen subsidiado de salud a través de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-.1

1.2. Asevera que padece VIH y tuberculosis desde el año 2009.

1.3. Manifiesta que actualmente no puede llevar a cabo los tratamientos para esas enfermedades, porque atraviesa una situación económica difícil, no tiene donde vivir y es un habitante de la calle.

1.4. Sostiene que la enfermedad que lo aqueja es contagiosa y por eso constituye un riesgo para la sociedad.

Por lo anterior, solicita que se protejan sus derechos fundamentales y se ordene a la entidad accionada su ubicación en una institución u hogar de paso donde pueda continuar adecuadamente sus tratamientos médicos y al mismo tiempo estar aislado para no causarle perjuicio a la comunidad.

## 2. Traslado y contestación de la demanda

El Juzgado Promiscuo Municipal de La Virginia (Risaralda), mediante auto del 23 de julio de 2010, asumió el conocimiento de la acción de tutela interpuesta por el señor XX contra la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda y ordenó vincular a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, al Hospital San Pedro y San Pablo y al Hospital San Jorge.

### 2.1. Respuesta de la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda

El representante legal de la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda solicitó la negación del amparo a los derechos invocados por el petente y la exoneración de su representada, ante toda responsabilidad frente a eventuales pagos que requiera la atención del accionante. Adicionalmente expuso las siguientes consideraciones:

- Expresó que según las pruebas allegadas por el actor, éste padece VIH y actualmente se encuentra afiliado al régimen de seguridad social en salud a través de la EPS-S Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-.

- Sostuvo que de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 5, 13 y 61 del Acuerdo 08 de 2009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, el tratamiento y atención subsidiado de seguridad social en salud está incluido en el POS-S, y dentro de éste no se contempla el internamiento en un hogar de paso o en un establecimiento similar.

- Manifestó que corresponde al médico tratante la emisión de la orden de hospitalización y adujo que los tratamientos y procedimientos en salud no obedecen al interés subjetivo del paciente, sino al criterio científico del personal médico.

Aclaró que no corresponde a esa entidad proporcionar hogares de paso a los indigentes y habitantes de la calle, porque dicha actividad hace parte de los programas sociales desarrollados por las alcaldías municipales.

Consideró que la atención integral del VIH que aflige al accionante corresponde a la EPS-S Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, a la cual está afiliado, y según lo expuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia T-256 de 2005, para que proceda el amparo de los derechos a la vida y a la salud es necesario acreditar que la entidad contra la cual se dirige la acción ha incurrido en acción u omisión que ponga en peligro tales derechos, cosa que no ocurre en el presente caso, en razón a que la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM- ha atendido al actor.

## 2.2. Respuesta de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM

La Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM- solicitó su desvinculación de la acción de tutela bajo los siguientes argumentos:

1. En razón a que el accionante no le ha formulado ninguna petición.

1. Porque la ubicación del actor en un hogar de paso no es un servicio incluido en el POS-S que deba prestar la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-.

1. Porque esa entidad no ha vulnerado ningún derecho fundamental del accionante; y porque la tutela no está dirigida contra la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, sino contra la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda, que es la entidad que debe prestar el servicio solicitado, como “subsidio a la Oferta”.

### 2.3. Respuesta de la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda)

El Gerente y representante legal de la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda) solicita denegar la acción de tutela en contra de esa entidad.

En el escrito se precisa, en primer lugar, que las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud -ARS- tienen la función de manejar los recursos por medio de las direcciones departamentales, distritales y locales, pudiendo contratar con las entidades prestadoras de salud públicas o privadas la afiliación de los beneficiarios del subsidio. Enseguida explica que su deber radica en prestar el servicio de salud contenido en el Plan Obligatorio de Salud -POS-, y que dichas prestaciones son limitadas.

Aclara que, en los eventos en que los procedimientos médicos requeridos por los afiliados estén por fuera del Plan Obligatorio de Salud -POS-, se debe surtir un trámite para su autorización ante la dirección departamental, distrital o seccional correspondiente.

Del mismo modo, sostiene que según lo establecido en el artículo 50 del Acuerdo 244 de 2003, las responsabilidades de la población afiliada y la administración del riesgo en salud corresponde indefectiblemente a las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud -ARS-, sin que dichas responsabilidades puedan ser cedidas a terceros.

Por ultimo, afirma que la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia es una entidad sin ánimo de lucro, cuya finalidad es proporcionar a la población una atención médica completa, preventiva y curativa, según la certificación de habilitación de servicios contenida en la Resolución número 1043 de 2006, expedida por la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda; y que dentro de esas funciones no está la de comportarse como hogar de paso.

### 2.4. Respuesta de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira

El Asesor Jurídico de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, solicita que se

nieguen las pretensiones invocadas por el accionante. Sin embargo, manifiesta que en caso de concederse la protección, del mismo modo se ordene el recobro de los gastos ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- a favor de la entidad que representa.

Expresó que, en razón a que el petente está afiliado al régimen subsidiado de salud, es a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM- y subsidiariamente a la Secretaría de Salud Departamental a quienes corresponde el trámite de las peticiones elevadas por el señor XXX.

## II. DECISION JUDICIAL OBJETO DE REVISIÓN

### 1. Sentencia de primera instancia

El Juzgado Promiscuo Municipal de La Virginia (Risaralda), en sentencia del 4 de agosto de 2010, niega el amparo de los derechos invocados. Sin embargo, advierte a las entidades accionadas sobre el deber de prestar los servicios de salud al accionante en caso de necesitarlos. Igualmente expresa que no pueden fundar la negativa de la prestación de los servicios de salud bajo el pretexto de que la obligada es la Secretaría de Salud Departamental.

El Juzgado fundamenta la negativa del amparo aduciendo: (i) que el petente ha recibido de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM- los tratamientos y servicios médicos hospitalarios adecuados para las enfermedades que padece, y (ii) que sus pretensiones no se fundamentan en una orden dada por el médico tratante.

### \* Impugnación

El señor XX impugnó la decisión manifestando que no está de acuerdo con la sentencia de instancia cuando se afirma que no existe violación alguna a sus derechos fundamentales.

Adicionalmente, informa que las entidades accionadas le niegan el servicio de salud y atención integral, ocasionando no solo la vulneración de sus derechos fundamentales a la vida y a la salud, sino también los de las personas que puedan resultar infectadas con sus enfermedades.

Agrega que la sentencia recurrida solamente advierte, pero no obliga, a las entidades accionadas a cumplir con su deber de prestar los servicios por él solicitados.

## 2. Sentencia de segunda instancia

El Juzgado Promiscuo del Circuito de La Virginia (Risaralda), en sentencia del 20 de septiembre de 2010, confirma el fallo de primera instancia argumentando que la ausencia de tratamiento para las enfermedades del actor no se debe a omisión de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud, sino a negligencia y rechazo del accionante, quien no lo ha querido aceptar.

Asevera también que la hospitalización o aislamiento del paciente no ha sido ordenado por el médico tratante, quien es el único autorizado para valorar la necesidad del mismo.

Afirma que el actor ha escogido libremente su estilo de vida como habitante de la calle y esto constituye una forma de ejercer su autonomía individual, razón por cual es necesario que asuma las consecuencias de dicha decisión sin esperar que el Estado responda por ellas.

Aclara igualmente que cuando una persona se halla en una situación difícil como la del actor, corresponde a la familia en primer lugar prestarle el auxilio que requiere.

Agrega que el estado de mendicidad del accionante no es excusa válida para evitar la contaminación de otras personas, porque él tiene la obligación de cuidar no solamente de su salud, sino también de la de terceras personas, siguiendo las indicaciones de su médico tratante.

Concluye, con base en los razonamientos precedentes, que las entidades accionadas no le han vulnerado ningún derecho fundamental al petente.

A continuación se relacionan las pruebas relevantes que reposan en el expediente:

\* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del señor XX.

\* Fotocopia del carné de afiliación a CAPRECOM EPS-S, con el que se constata que el señor XX está afiliado al sistema subsidiado nivel socioeconómico 1. (folio7)

\* Copia de historia clínica emitida por el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, en la que se verifica la existencia de VIH, y presencia de úlceras, herpes y enfermedades oportunistas<sup>2</sup> sin tratamiento. (folios 8 y 9).

\* Orden de medicamentos expedida por el médico tratante e indicaciones de manejo para reinicio de tratamiento con retrovirales para VIH.

## I. ACTUACIÓN DE LA SALA DE REVISIÓN

Mediante Auto del diecisiete (17) de marzo de dos mil once (2011) la Sala advirtió que durante el trámite de la presente acción de tutela se dejó de notificar de la misma al municipio de La Virginia (Risaralda). Por tal motivo, se ordenó que por Secretaría General de esta Corporación se pusiera en conocimiento del referido municipio, el contenido del presente expediente a efectos de que se pronunciara acerca de las pretensiones allí expuestas y ejerciera su derecho de defensa, para lo cual se le concedió el término de tres (3) días.

### 1. Respuesta de la Alcaldía Municipal de La Virginia (Risaralda)

A través de oficio recibido en este Despacho el 5 de abril del 2011, la secretaria de salud, la de gobierno y el asesor jurídico del municipio de LaVirginia (Risaralda), se opusieron a las pretensiones expuestas por la parte actora, argumentando que no corresponde a los entes territoriales la directa prestación de los servicios inherentes o derivados del tratamiento del actor, debido a que sus tratamientos se realizan a través de la red prestadora de los servicios asistenciales.

También expresa que los programas de alojamiento o vivienda para la población en situación de indigencia, hacen parte de la atención integral para la inclusión social de este sector de la ciudadanía pero no de manera individual como lo pretende el accionante sino para beneficios

grupales.

De otro lado, advierten que dicho municipio no tiene recursos, ni cuenta con infraestructura y personal idóneo para tratar ese tipo de enfermedades. Del mismo modo, hace especial énfasis en el hecho de que todos los habitantes de la calle del municipio de La Virginia, son censados y vinculados a una EPS-S, para garantizarles la atención integral en salud tal y como se ha hecho con el accionante.

Finalmente, señalan que el municipio de La Virginia (Risaralda) viene cumpliendo con sus obligaciones y por tanto no ha ocasionado la vulneración de los derechos fundamentales alegados por el señor XXX; en consecuencia, no corresponde al municipio la obligación de dar cobertura total al petente, sino que quien verdaderamente tiene dicha responsabilidad es la EPS CAPRECOM, en razón a los principios de “especialidad y afectación de las entidades públicas”.<sup>3</sup>

## I. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

### 1. Competencia

Esta Sala de la Corte Constitucional es competente para revisar la decisión proferida dentro de la presente acción de tutela, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

### 1. Planteamiento del problema jurídico

Corresponde a la Corte determinar si en el presente caso la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y/o el municipio de La Virginia (Risaralda), han desconocido los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la protección especial a los disminuidos físicos, síquicos o sensoriales y a la seguridad social del señor XX, al no ubicarlo en una

institución u hogar de paso donde pueda continuar adecuadamente su tratamiento médico, contra las enfermedades que padece (VIH y Tuberculosis), y estar aislado sin causarle riesgo a la comunidad que le rodea.

Para solucionar el presente problema jurídico, esta Sala analizará, en primer lugar, la especial protección constitucional de los habitantes de la calle portadores de VIH; en seguida se expondrán algunos casos en los que esta corporación ha protegido a estos sujetos vulnerables y la manera como se ha tratado de mitigar su situación de indignidad, realizándose un análisis con mayor énfasis en el derecho fundamental a la salud. Posteriormente se abordará el caso concreto.

### 3. Protección constitucional de los habitantes de la calle portadores de VIH

3.1. A partir de la Constitución Política de 1991 se define a Colombia como un Estado Social de Derecho, cuya estructura política proclama dentro de sus principios fundamentales la dignidad humana y la solidaridad. Estos dos principios, junto con otros expresamente consagrados en el Preámbulo y en el artículo 1° de la Carta, se erigen como normas básicas del ordenamiento jurídico que sirven de fundamento al orden social, económico y político sobre el cual debe edificarse el Estado.

Como desarrollo de los principios ya indicados, la Constitución Política dispone que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos que deben ser organizados, dirigidos y reglamentados en su prestación por el Estado, de tal manera que se permita el acceso de todas las personas sin ningún tipo de restricciones.

3.2. El artículo 13 superior se instituye como el deber del Estado de proteger especialmente a aquellas personas “que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta”. Dicha disposición guarda armonía con el artículo 474, al disponer que el Estado debe adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se les prestará la atención especializada que requieran.

En tal sentido, se ejerce particular énfasis en relación con las personas disminuidas que padecen de VIH y SIDA 5, ya que dichos sujetos requieren de una mayor atención por parte del Estado debido a las particulares condiciones en que se encuentran y las consecuencias

nefastas que acarrea dicha enfermedad.

Los portadores o portadoras del VIH son sujetos de especial protección constitucional por cuanto su padecimiento causa deterioro progresivo del estado de salud de quien lo soporta. En consecuencia, hace exigible un trato igualitario, solidario y digno ante las circunstancias de debilidad en que se encuentra. Por ende, es deber del Estado adoptar las medidas indispensables para garantizar su inclusión en la sociedad y protegerlos en los distintos niveles en que suelen ser discriminados.

3.3. Por otra parte, la condición de indigencia<sup>6</sup> constituye en forma directa la vulneración de derechos fundamentales de una persona en situación de debilidad manifiesta, que se agrava no sólo por su precaria situación económica, sino también por el estado de indignidad, que se acompaña de una crítica afectación de la salud física o mental. Frente a tales circunstancias, es el Estado el llamado a responder, interviniendo de manera directa e inmediata a fin de brindar protección a quienes hacen parte de esos sectores marginados<sup>7</sup>.

3.4. Las personas portadoras del VIH son sujetos de especial protección constitucional, por cuanto se trata de una enfermedad grave que causa el deterioro progresivo del estado de salud y que hace exigible un trato igualitario, solidario y digno. En consecuencia, es deber del Estado colombiano adoptar las medidas indispensables para garantizar su inclusión en la sociedad y protegerlos en los distintos niveles en que suelen ser discriminados.

3.5. Como manifestación del deber de protección que tiene el Estado colombiano para este sector de la población, se profirió la Ley 972 de 2005 “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH y SIDA”, se dispone que la atención integral estatal y la lucha contra el virus de inmunodeficiencia humana, son una prioridad para el Estado. De modo que se constituye en obligación ineludible del mismo el hecho de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantice todas las prestaciones sociales necesarias para proteger a los enfermos de VIH y SIDA, tal y como se establece en su artículo tercero:

“Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus

competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH y SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.(Subrayado fuera del texto.)

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT” 8

3.6. Del mismo modo, el ejecutivo expidió el Decreto 1543 de 1997, que reglamenta el manejo de la infección de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). El mencionado Decreto contempla para el tratamiento de las enfermedades referenciadas: (i) las definiciones de este tipo de enfermedades, (ii) la forma del diagnóstico y atención integral, (iii) la promoción, (iv) prevención, (v) vigilancia epidemiológica, (vi) medidas de

bioseguridad, (vii) los derechos y deberes de los afectados, al igual que (viii) los mecanismos de organización, coordinación y sanción<sup>9</sup>.

En la mencionada normatividad se destaca de igual modo la importancia de fortalecer la cooperación del Estado Colombiano con la Organización de Naciones Unidas y con la Organización Mundial de la Salud, institucionalizándose el día primero de diciembre de cada año como el día nacional de respuesta al VIH y el SIDA.

3.7. Debido a la necesidad de afrontar el problema de salud pública en que se ha convertido el manejo del VIH y SIDA en los distintos Estados, se ha comenzado a abrir camino en el orden internacional. Uno de los grandes ejemplos de dicha iniciativa la constituye ONUSIDA<sup>10</sup>, porque como programa de Naciones Unidas destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el SIDA, ha concentrado importantes esfuerzos en vincular a los distintos actores internacionales en pro de sus fines. Adicionalmente, un relator sobre el derecho a la salud presta especial atención a los asuntos relacionados con el VIH y SIDA<sup>11</sup>. La antigua Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas adoptó, a su turno, diversas resoluciones sobre VIH y SIDA. Gran proyección ha tenido la resolución relativa al acceso al tratamiento del VIH y SIDA mediante la cual se ha logrado catalizar el compromiso político de los distintos Estados frente a la necesidad de generar y desarrollar estrategias serias tanto para afrontar el aspecto de prevención de contagio de la enfermedad como para mitigar los efectos de la misma, cuando no se ha podido prevenir.

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que, los enfermos de VIH y SIDA son sujetos de especial protección, tanto en el campo del ordenamiento jurídico interno como en el terreno del derecho internacional. En ambos ámbitos se efectúan esfuerzos con el fin de lograr prevenir el contagio y mitigar sus efectos procurando que el tratamiento frente al VIH y SIDA no sólo sea integral sino también oportuno.

4. Casos en los que la Corte Constitucional ha desarrollado aspectos importantes, atinentes a la especial protección de que son objeto las personas que padecen del VIH

4.1. El artículo 47 de la Carta, en armonía con el artículo 13 superior, ampliamente citado a lo largo de esta providencia, dispone que el Estado debe adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a

quienes se les debe brindar la atención especializada. Dichos mandatos deben interpretarse en concordancia con las normas constitucionales que reconocen la seguridad social como servicio, derecho y principio del ordenamiento constitucional (arts. 48, 49 y 53 de la Constitución Política)<sup>12</sup>.

Jurisprudencialmente esta Corporación ha resaltado las condiciones de debilidad manifiesta en que se encuentran las personas que padecen el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, reconociendo el especial tratamiento que se les debe procurar en razón de la gravedad de la enfermedad, su carácter progresivo y el hecho de no existir una cura en la actualidad. En consecuencia, lo que la Corte ha buscado es proporcionar protección en diferentes ámbitos: (i) en materia de salud, concediendo medicamentos, tratamientos, traslados entre IPS, EPS o EPSS, cuando el afectado no cuenta con la posibilidad o los recursos económicos para asumirlo y se evidencia un grave detrimento de sus derechos fundamentales; (ii) en materia laboral, prohibiendo el despido injustificado o la discriminación, en razón de la enfermedad y exigiendo un trato especial en el lugar de trabajo; (iii) en materia de seguridad social, cuando ha sido necesario reconocer la pensión de invalidez por vía del amparo constitucional dada la situación de urgencia y (iv) en materia de protección a personas habitantes de la calle, cuando son portadoras de VIH y dicha situación puede ocasionar la vulneración de derechos fundamentales no solamente propios, sino también de las personas que los rodean.

4.2. Para ilustrar mejor las decisiones en materia de protección de personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, se resumirán a continuación algunos casos, concernientes a cada una de las materias a que se hizo mención, recalándose que existen situaciones en donde se abordan varios aspectos de manera concurrente.

4.3. En la Sentencia T-1064 de 2006 se analizó un caso en el que un enfermo de SIDA, en razón a la aplicación de una nueva ley perdió la oportunidad de acceder a la pensión de invalidez por no cumplir con el requisito de fidelidad<sup>13</sup>.

En este orden de ideas, en el fallo se consideró que el accionante había cotizado bajo los supuestos del Decreto 758 de 1990, los cuales resultaban más favorables para su situación. Por tanto, de aplicarse el artículo 39 de la Ley 100 de 1993, como se había hecho inicialmente por los jueces de instancia, no le hubiese sido posible acceder al beneficio de la pensión de invalidez.

4.4. En materia laboral está el análisis realizado por la Sentencia T-273 de 2009. En esa ocasión un trabajador portador de VIH era víctima de acoso laboral por parte de sus superiores y compañeros de trabajo, cuando estos tuvieron conocimiento de su situación de portador. Por tal razón, una vez terminado el último contrato de trabajo, éste no le fue renovado bajo el argumento de una reestructuración empresarial.

En ese caso la Corte concedió transitoriamente el amparo de los derechos fundamentales del trabajador y ordenó su reintegro, fundamentando su decisión en la aplicación de la presunción según la cual toda terminación del contrato de trabajo que se efectúa a una persona portadora del virus del VIH y SIDA se atribuye al padecimiento de su enfermedad cuando se estima que el empleador tiene conocimiento del hecho. En consecuencia, es a él a quien corresponde desvirtuar dicha presunción demostrando una causa objetiva que justifique su proceder. Del mismo modo, consideró que las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia constituyen una población vulnerable sujeta a una especial protección constitucional.

Adicionalmente, expresó que si bien la salud del portador de VIH no se ve afectada ni su capacidad laboral reducida mientras el virus no se manifieste en síntomas, estas personas son susceptibles de ser discriminadas en el ámbito laboral. Por tanto, es necesario permitir su desempeño en un empleo, en condiciones que sean favorables al estado físico del trabajador y mientras la enfermedad se lo permita. Lo anterior, por cuanto la discriminación laboral por dicho padecimiento, pone al enfermo en una difícil situación económica y social que vulnera su dignidad, llegando incluso a causar un grave detrimento de sus derechos a la vida, salud, seguridad social y trabajo.

En esta sentencia se realiza una interpretación analógica del artículo 26 de la Ley 361 de 1997, según la cual la materialización de la protección especial a los trabajadores portadores de VIH, se da con la exigencia al empleador de que en el momento en que se vea inmerso en la necesidad de terminar el contrato de trabajo de una persona afectada con dicho virus, tenga que acudir ante el Ministerio de Protección Social para solicitar su autorización de despido.

4.5. Recientemente, en un caso revisado por esta misma Sala, mediante sentencia T-057 de 2011 la accionante, en su condición de habitante de la calle y portadora de VIH, TBC y

Toxoplasmosis Cerebral, solicitó ser asignada a una EPS-S para recibir plena atención de todas sus enfermedades y de sus necesidades esenciales dentro de las que se encontraba un alojamiento adecuado<sup>15</sup>. La Corte concede el amparo y ordena la vinculación de la accionante a una EPS-S, aduciendo que es responsabilidad de las autoridades territoriales y administrativas adelantar, orientar y coordinar sus actuaciones con las distintas instituciones donde pueda hacer efectivo su derecho de acceso al sistema de seguridad social en salud, a efectos de que se brinde una protección integral. Adicionalmente, ordenó al municipio de Bucaramanga que remitiera a la petente a un Centro Vida a fin de que fuera valorada y en esa medida se determinara si podría brindársele algún plan de atención integral de ancianos indigentes.

Conviene hacer relación a la naturaleza fundamental que adquiere el derecho a la salud cuando se predica respecto de los sujetos de especial protección, específicamente en lo atinente a las personas que padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Al respecto, esta Corporación ha señalado que es obligación del Estado otorgar una protección especial a las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, al encontrarse en una situación de debilidad manifiesta. Así, en la sentencia T-797 de 2008 se indicó:

“De acuerdo con una interpretación armónica de los principios de la Carta Política, la jurisprudencia constitucional ha establecido el deber del Estado de brindar protección especial a las personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, conforme a la garantía del derecho a la salud y a la protección reforzada que, en el marco de nuestro Estado Social de Derecho, merecen las personas que, por disminución de sus capacidades físicas o mentales, se encuentran en estado de debilidad manifiesta<sup>16</sup>.

El artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 define las enfermedades catastróficas o ruinosas como aquéllas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, escasa ocurrencia y un mínimo costo-efectividad. Por su parte, el artículo 17 ejusdem define su tratamiento como aquél caracterizado por tener un bajo costo-efectividad en la modificación del diagnóstico y un alto costo; adicionalmente la Resolución en referencia enumera las actividades de alto costo incluidas en el POS para el régimen contributivo, mientras que el Acuerdo 72 de 1997 señala las correspondientes al régimen subsidiado.

El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece la obligatoriedad del reaseguro con lo que se

orientó la política de manejo de las enfermedades de alto costo. Conforme a esta norma se garantiza el cubrimiento integral de las prestaciones definidas en el POS y se evita la selección adversa de los riesgos costosos por parte de las EPS.”

En ese orden de ideas, el carácter incurable de algunas de las enfermedades calificadas como catastróficas, no implica que quienes las sufran carezcan de amparo constitucional y de garantía en la aplicación de tratamientos médicos. En este sentido, la Corte ha sostenido que la incurabilidad o cronicidad de la enfermedad no es óbice para la continuación en la prestación del servicio médico<sup>17</sup>, ya que si bien en el caso de algunas enfermedades ruinosas no se propende por el restablecimiento de la salud del paciente, sí se procura la minimización del padecimiento y la dignificación de la vida humana<sup>18</sup>.

Del mismo modo, esta Corporación hizo especial énfasis en la responsabilidad que le compete al Estado y a la sociedad para velar por el respeto a las garantías mínimas de vida digna a la que tienen todas las personas, y con mayor razón cuando, por su estado de indigencia, no pueden asumir tal responsabilidad. Sobre el particular indicó:

“(…) la Corte ha admitido que los derechos sociales de las personas en situación de indigencia pueden concretarse y generar un derecho público subjetivo de inmediata aplicación cuando el accionante se encuentra en una situación de extrema indigencia. Así, la Corte ha afirmado que en caso de que se evidencie una grave afectación del mínimo vital de quien solicita atención y la persona en estado de indigencia carece de un núcleo familiar cercano que cubra sus requerimientos, procede ordenar de manera excepcional la atención del Estado ante la situación de indigencia por tutela”.<sup>19</sup>

Frente a estas circunstancias, en la que la condición de vida del indigente o habitante de la calle es de manifiesta debilidad, y que la misma se puede ver agravada, cuando la delicada condición humana se ve aún más comprometida en razón a la afectación de su salud física y/o mental, es en estos momentos en los que el Estado debe responder, interviniendo de manera directa e inmediata a fin de brindar protección a quienes hacen parte de esos sectores marginados, con lo cual se obliga a que los indigentes sean objeto de un trato preferente, principalmente en lo relacionado con la atención en salud.

En consideración a los anteriores planteamientos, es claro, que el respeto y protección a los desposeídos y en especial a los indigentes, abarca todos los ámbitos de protección

constitucional de sus derechos fundamentales, en especial, aquellos que tengan que ver directamente con su vida, su salud y las condiciones mínimas de existencia digna.

## 5. Caso concreto

1. El señor XX habitante de la calle, portador de VIH, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas oportunistas,<sup>20</sup> reclama la protección de sus derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la especial protección por su condición de debilidad manifiesta. Alega que no se le ha brindado plena atención a todas sus enfermedades ni le han dado un lugar adecuado en el que pueda estar aislado sin causarle daño a las personas que lo rodean.

Luego de notificarse la presente acción de tutela a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones-CAPRECOM-, a la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda) y a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira; en sus escritos de contestación expresan en general que a ellos no corresponde la responsabilidad de proporcionarle al accionante un lugar de internamiento, máxime cuando no se ha ordenado por el médico tratante ni ha sido incluido dicho servicio dentro del POS-S.

En sede de revisión la Corte vinculó a la alcaldía de La Virginia (Risaralda) y los jueces de instancia finalmente decidieron negar la solicitud de amparo. Sin embargo, se hace una advertencia a las entidades accionadas sobre el deber de prestar los servicios de salud al accionante en caso de necesitarlos, pero como tal, no se evidencia una obligación real frente a la situación del señor XX.

La Sala recuerda a las entidades accionadas dentro del presente caso que, como se aprecia en el acervo probatorio correspondiente<sup>21</sup>, el señor XX es un sujeto de especial protección constitucional en razón a las enfermedades ruinosas o catastróficas que padece y a su situación de indigencia. Por tanto, deben ser amparados sus derechos fundamentales bajo la premisa de hacer parte del Estado Social de Derecho en donde el fin último consiste en hacer prevalecer los principios de solidaridad, dignidad humana, prosperidad y bienestar a la sociedad. Dicha protección se materializa con sujeción no solo de acuerdo al ordenamiento interno sino también a una proyección internacional, que lucha por abatir la pobreza extrema

y la propagación de enfermedades contagiosas como la del VIH.

Ahora bien, se debe recordar a todas las entidades vinculadas, que de acuerdo con (i) la Constitución política en su preámbulo y artículos 1322, 4723, 48, 49 5324;(ii) la Ley 972 de 2005 “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH y SIDA.”<sup>25</sup>;(iii) la Resolución 5261 de 1994, en el Capítulo VI del Libro I26; (iv) el Acuerdo 000306 de 2005, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>27</sup>; (v) el artículo 23 del Decreto 2323 de 2006<sup>28</sup>; (vi) la Resolución 003442 de 2006, en el artículo 1º<sup>29</sup>, (vii). el Decreto 3518 del 2006, en el literal b) del artículo 1130; (viii) el Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública<sup>31</sup> y (ix).la Ley 210 de 1995 aprobatoria del protocolo de reformas a la Carta de la Organización de la Organización de los Estado Americanos “Protocolo de Washington”<sup>32</sup>; y atendiendo a la universalización del sistema y los lineamientos trazados por las distintas disposiciones en la materia, les corresponde la obligación y el deber de brindar todos los servicios de salud, medicamentos y tratamientos que llegare a requerir el accionante, con un cubrimiento total en razón a la complejidad que implica el tratamiento de las enfermedades que lo aquejan y a su condición de vida, máxime cuando se trata de un habitante de la calle, para quien las mínimas exigencias de cuidado y atención a su salud se convierten en cargas no soportables por él.

5.2. Ahora bien, respecto a la contestación dada por la Alcaldía de Risaralda sobre la solicitud que hace el señor XX de estar aislado en un hogar de paso con ocasión al riesgo que puede representar para la comunidad, es necesario advertir que las razones dadas en el oficio allegado a esta Corporación no son suficientes<sup>33</sup>. En consecuencia, es su deber valorar en el menor tiempo posible, la situación del petente para determinar las medidas a seguir en razón a la protección de los derechos fundamentales tanto del accionante como de la comunidad que le rodea, debido al riesgo que pudiera representar para la población.

La atención en las distintas necesidades básicas solicitadas por el accionante deberán ser cubiertas apropiadamente como afiliado de la EPS-S, como es el caso de aquellos asuntos referentes a la nutrición, odontología, tratamientos, entre otros, a fin de alcanzar la adecuada prestación de los servicios en salud requeridos por el accionante de manera permanente y continua, y los que a futuro se vayan presentando, teniendo en cuenta su especial condición social y de salud.

En esa medida, es responsabilidad de las autoridades territoriales adelantar una actuación coordinada con las distintas instituciones donde pudiera ser atendido el señor XX para de esta manera brindarle una protección integral al actor<sup>34</sup>.

5.3. A efectos de que la decisión adoptada en este fallo no quede sin efectividad material, dada la condición de habitante de la calle del accionante, toda vez que no siempre cuenta con un domicilio o lugar al cual se pueda acudir con el fin de localizarlo y de esta manera poder informarle sobre la continuidad y efectividad del tratamiento médico a que tiene derecho<sup>35</sup>, se seguirán las pautas asumidas en la sentencia T-436 de 2003 donde la Corte estudió un caso en el que el accionante era un indigente portador de VIH que requería atención médica<sup>36</sup>. Por ello, y ante la posibilidad de que el accionante dada su condición de indigencia se haya desplazado a cualquier otro municipio del departamento de Risaralda, se hace necesario que se desarrolle una actividad coordinada entre las distintas autoridades municipales y departamentales tendiente a lograr su ubicación.

5.4. Conforme con lo expuesto, se tutelarán los derechos fundamentales del señor XX. Para ello se ordenará tanto a la Alcaldía Municipal de La Virginia como a la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, que de acuerdo a los lineamientos legales descritos, adopten las medidas necesarias para verificar la prestación del servicio de salud, cuando el actor requiera un tratamiento médico en cualquier institución.

Simultáneamente, el municipio de La Virginia deberá valorar la situación del petente, junto con la institución que considere pertinente, con el fin de integrarlo a planes de atención o beneficio del municipio en materia de vivienda u hogar de paso en el que pueda estar aislado y puedan atender su situación sin generar riesgos a quien le rodea.

Se ordenará a la personería municipal, la verificación del cumplimiento pleno de esta sentencia y de las órdenes impartidas en la misma.

Igualmente, y junto con la Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda y la Alcaldía de la Virginia, deberán realizar una búsqueda inicial del accionante en la zona en la que al parecer pueda encontrarse. De no poderse dar con su paradero, deberán realizar visitas periódicas a aquellas zonas de la ciudad de La Virginia donde de manera permanente se constate la presencia de personas indigentes a fin de localizarlo. Estas visitas se realizarán hasta que el accionante sea localizado.

## I. DECISIÓN

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

### RESUELVE:

Primero.- REVOCAR la sentencia proferida el 20 de septiembre de 2010 por el Juzgado Promiscuo del Circuito de La Virginia (Risaralda), que a su vez confirmó la proferida del 4 de agosto de 2010 por el Juzgado Promiscuo Municipal de la misma ciudad, negando el amparo constitucional solicitado por el señor XX. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, la salud y la seguridad social del accionante.

Segundo.- ORDENAR a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda y a la Alcaldía de La Virginia que, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, comuniquen esta decisión a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones -CAPRECOM-, la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, a las Secretarías de Salud de los diferentes municipios del Departamento y a todas aquellas instituciones públicas y privadas que presten el servicio de salud, para que en el evento en que el señor XX se acerque a requerir la prestación de algún servicio, éste no le sea negado.

Igualmente, y junto con la Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda y la Alcaldía de La Virginia, deberán realizar una búsqueda inicial del accionante en la zona en la que al parecer pueda encontrarse. De no poderse dar con su paradero, se efectuarán visitas periódicas a aquellas zonas de la ciudad de La Virginia donde de manera permanente se constate la presencia de personas indigentes a fin de localizarlo. Estas visitas se realizarán hasta que el accionante sea localizado.

Tercero.- ORDENAR a la Alcaldía de La Virginia, que una vez sea ubicado el señor XX, realice junto con la institución que considere pertinente, la respectiva valoración de sus condiciones y estado de salud, para que en esa medida, se ubique en un plan de atención integral o beneficio del municipio en materia de vivienda u hogar de paso en el que pueda estar aislado

previando igualmente su vinculación a los programas correspondientes de acuerdo con su situación física y mental.

Cuarto.- Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el numeral anterior, se comunicará y se enviará copia de esta sentencia a la Policía Nacional, quien prestará de manera adecuada la colaboración solicitada.

Quinto.- Ordenar a la personería municipal de La Virginia Risaralda, la verificación en el cumplimiento pleno de esta sentencia y de las órdenes impartidas en la misma.

Por Secretaría líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JORGE IVAN PALACIO PALACIO

NILSON PINILLA PINILLA

Magistrado

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 A folio 7 del cuaderno de primera instancia se observa la fotocopia del carné de afiliación al régimen subsidiado.

2 Las enfermedades oportunistas engloban un conjunto de patologías que, como su nombre indica, aprovechan “oportunamente” la situación de bajas defensas de los pacientes VIH positivos para introducirse en el organismo. En muchos casos, se trata de enfermedades que no aparecerían si el sistema inmunológico fuera normal. Esto no significa que sean enfermedades únicamente propias de las personas con VIH, hay muchas otras patologías además del sida, que pueden dañar al sistema inmune. Como siempre, sólo es el médico

quien determina el diagnóstico. Estas son algunas de las enfermedades oportunistas más frecuentes: Neumonía por *Pneumocystis carinii*: neumonía fatal causada por un microorganismo, el protozoo *Pneumocystis carinii* (PCP). Es una de las enfermedades oportunistas más comunes en VIH y sida. Sin tratamiento puede llegar a afectar al 85 por ciento de los seropositivos. Los pacientes con menos de 200 CD4 son los que presentan más riesgo de desarrollar esta neumonía. Los primeros síntomas suelen incluir dificultad para respirar, fiebre, tos seca, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas. A pesar de que la PCP se encuentre entre las primeras causas de muerte en los pacientes con sida, es una enfermedad que puede tratarse y resulta prevenible, manteniendo las cantidades de linfocitos CD4 por encima de 200.

Tuberculosis: (TB) enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite a través del aire y ataca a los pulmones, pero también puede causar meningitis; a menudo se manifiesta con toses secas, pérdida de peso y fatiga. A diferencia de la PCP, la TB puede aparecer en pacientes VIH+ con linfocitos T CD4 en cantidad superior a 200. Ya que las posibilidades de que un seropositivo presente TB pueden ser hasta 40 veces más que las de una persona no infectada por el virus, todos los VIH+ se someten a una prueba de detección de la tuberculosis, en cuanto se diagnostica la presencia del virus del sida. El tratamiento de la tuberculosis se basa en antibióticos; puede ser un proceso algo complejo y largo en los pacientes con VIH, pero se cura.

Candidiasis: infección causada por un microorganismo, el hongo *Candida albicans* que puede encontrarse en la mayoría de las personas, si el sistema inmunológico es sano el organismo no desarrolla la enfermedad. En los seropositivos, la infección puede producir pérdida de apetito, enrojecimiento o manchas en la boca, lengua, o en la vagina. El tratamiento de la (antifúngicos) cuando la infección persista o afecta de forma grave a ciertas partes del organismo (por ejemplo, el esófago). Los elevados niveles de azúcar pueden favorecer la infección, al revés que el ajo, que parece presentar ciertas propiedades antifúngicas.

Citomegalovirus: (CMV) infección viral que podría afectar a todo el organismo. La enfermedad puede originar diarrea, meningitis y, con más frecuencia, retinitis (inflamación de la retina) que si no recibe tratamiento puede derivar en ceguera. Aproximadamente, el 90 por ciento de los pacientes con sida sufren la infección por CMV. El riesgo de sufrir la enfermedad por CMV aumenta cuando los linfocitos CD4 se sitúan por debajo de 100. Los tratamientos del CMV han mejorado considerablemente durante los últimos 5 años, aunque no erradican la infección, sólo controlan al virus. La mayoría de los pacientes VIH+ pueden abandonar el tratamiento específico del CMV cuando alcanzan un nivel de linfocitos superior a los 200 y

siguen una terapia antirretroviral. Herpes: el virus del herpes simple puede provocar herpes orales o genitales con cierta frecuencia entre los pacientes inmunodeprimidos, como los VIH positivos. Se trata de infecciones bastante comunes, pero la gravedad aumenta cuando van asociadas con el VIH y sida, pese a que puede producirse con cualquier cantidad de linfocitos T. Infecciones por MAC: las siglas MAC corresponden a *Mycobacterium complejo avium-intracellulare*, una bacteria que puede provocar fiebres recurrentes, malestar general, fatiga, anemia, problemas de digestión y hasta graves pérdidas de peso. La infección por MAC puede mostrarse con cierta probabilidad entre los seropositivos con cantidades de linfocitos CD4 por debajo de 50; es bastante raro que se produzca cuando los CD4 superan los 100. El tratamiento de esta infección se basa en la administración de antibióticos, que pueden estar contraindicados con los fármacos usados en VIH y sida, por lo que es importante que el médico sepa con exactitud el tipo de terapia antirretroviral que está siguiendo. Toxoplasmosis: enfermedad originada por un parásito que infecta al cerebro provocando conductas alucinatorias, cefaleas (dolor de cabeza), fiebre, desorientación, cambios de personalidad y mareos. Tiene más riesgo de sufrirlo el paciente con linfocitos por debajo de 100. La terapia suele ser muy eficaz, aunque la toxoplasmosis puede reaparecer. Sarcoma de Kaposi: enfermedad que afecta a un 20 por ciento de los individuos con sida. No se ha determinado completamente su origen; en un principio se clasificaba como un cáncer, pero recientemente, se ha vinculado con un tipo de herpesvirus. Si el sarcoma aparece en la piel no reviste un problema de gravedad, pero la situación es más grave cuando afecta a zonas internas del organismo, puesto que requerirá un tratamiento con fármacos quimioterápicos (empleados en otros tipos de cáncer). Hepatitis C La hepatitis C no se considera una enfermedad oportunista en sida, pero su incidencia entre las personas VIH positivas es muy elevada, porque la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se transmite al igual que el VIH por vía parenteral (pinchazos). Se calcula que un tercio de los VIH positivos también están infectados por el VHC. De hecho la hepatitis C se ha convertido en la primera causa de hospitalización y una de las primeras de muerte en los enfermos con sida (en un 30 por ciento de los casos). Tomado de la Página WEB <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/actualidad/sida-enfermedades-oportunistas>

3 Ver folio 15 del cuaderno de revisión.

4 “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los

disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

6 Al respecto, en la Sentencia T-533 de 1992 esta corporación se refirió especialmente a ese grupo calificado de personas, señalando lo siguiente: “Los indigentes son personas que carecen de recursos económicos mínimos para subsistir dignamente y se encuentran incapacitados para trabajar, debido a su edad o estado de salud. Las más de las veces, no cuentan con una familia que les prodigue apoyo material y espiritual. La pobreza, sin duda, atenta contra la vigencia efectiva de los derechos fundamentales. Sus causas estructurales son combatidas mediante políticas legislativas y macro-económicas. Sus efectos, en cambio, exigen de una intervención estatal directa e inmediata, cuyo fundamento no es otro que la naturaleza social del Estado y la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. La Constitución consagra diversos mecanismos tendientes a garantizar a las personas en situación de indigencia los servicios públicos básicos de salud (CP art. 49), seguridad social integral (CP arts. 46 y 48) y el subsidio alimentario (CP art. 46). En principio, el legislador es la autoridad pública llamada a determinar la forma y la cobertura de su prestación. En casos excepcionales, no obstante, puede haber lugar a la aplicación inmediata (CP art. 85) de la protección especial a la persona, en particular cuando la marginalidad social y económica la coloca en circunstancias de debilidad manifiesta (CP art. 13).”

7 Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, garantizan a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la Seguridad Social y al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo, establecen que el Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, establecer las políticas para la prestación de este servicio por las entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Bajo tal esquema, la Ley 100 de 1993 organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objeto consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear

condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Dentro de los principios rectores que orientan al SGSSS, establecidos en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, cabe destacar los artículos 1, 13, y 16 de la Constitución Política cuyo fundamento radica en el principio de la dignidad humana. Lo cual, supone el acceso gradual a los servicios de salud para todos los habitantes del país, sin ningún tipo de discriminación por capacidad de pago o riesgo, debiendo ofrecer financiamiento especial para la población más pobre y vulnerable y mecanismos para evitar la selección adversa. De ésta manera, se garantiza que el derecho a la igualdad sea real en los términos del artículo 13 Superior, para aquellas personas que por encontrarse en situaciones de debilidad manifiesta (falta de capacidad económica o enfermedades ruinosas o catastróficas) podrían verse discriminadas para acceder al SGSSS en las mismas condiciones que todos los afiliados.

8 Al respecto se puede ver la Circular 0063 de 2007 expedida por el Ministerio de Protección Social, dirigida a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes (EPS - EPS'S), entidades adaptadas, Direcciones Territoriales de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y entidades responsables de los regímenes de excepción.

“En desarrollo de las competencias consagradas en la Ley 100 de 1993 y las facultades contenidas en el Decreto-ley 205 de 2003, este Ministerio como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de que se cumplan las normas que regulan la cobertura de salud y teniendo en cuenta que, de manera reiterada, se viene incumpliendo con la obligación de realizar las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH, así como la entrega de medicamentos y la prestación de la atención integral a los pacientes con VIH y SIDA, se permite recordar que:

La Resolución 5261 de 1994, en el Capítulo VI del Libro I, fija las actividades, intervenciones y procedimientos de diagnóstico: las pruebas para VIH y SIDA, anticuerpos VIH 1; SIDA, anticuerpos VIH 2; SIDA, antígeno P24; SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot otros).

El Acuerdo 000306 de 2005, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establece las acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en lo referente a la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, entendiéndose estas últimas, como el diagnóstico oportuno de la enfermedad y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Señala el literal a) del artículo 2º del precitado Acuerdo 000306 de 2005 que la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, que comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad y guías adoptadas mediante las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 y la 968 de 2002.

El artículo 3º de la Ley 972 de 2005 establece que las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, al paciente infectado con el VIH y SIDA, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El artículo 23 del Decreto 2323 de 2006 señala que la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente.

La Resolución 003442 de 2006, en el artículo 1º adopta las Guías de Práctica Clínica para VIH y SIDA, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH, por parte de Entidades Promotoras de Salud de ambos Regímenes, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Decreto 3518 del 2006, en el literal b) del artículo 11, establece que se deberá garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.

Finalmente, que dentro de las responsabilidades a cargo de las EPS, contempladas en el Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública, se establece “Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública, incluidas en el Plan Obligatorio de Salud-POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado”.

En consecuencia, la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH y SIDA, son obligatorias y deben estar garantizadas en todos los casos por las Entidades Promotoras

de Salud de ambos regímenes EPS – EPS's, las Entidades Adaptadas, las entidades responsables de los Regímenes de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud, debiendo tener presente que su incumplimiento será objeto de las investigaciones y sanciones que en desarrollo de las facultades de inspección, vigilancia y control adelanten las autoridades competentes.”

9 Igualmente, puede consultarse el modelo de gestión programática en VIH y sida, expedido en el 2006 por el Ministerio de la Protección Social, en el cual se contemplan los programas para la atención de las personas con VIH y sida, la guía para el manejo de la enfermedad basada en la evidencia – Colombia y la guía de práctica clínica. Confróntense las Sentencias T-352 de 1997, T 301 de 2004, T-577 de 2005 y T-948 de 2008.

10 Tiene su sede en Ginebra Suiza. Con ONUSIDA trabajan las siguientes Agencias: La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF; el Programa Mundial de Alimentos PMA; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD; el Fondo de Naciones Unidas para la Población FNUAP; la Organización Internacional de Control de Estupefacientes OICE; la Organización Internacional del Trabajo OIT ; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO; la Organización Mundial de la Salud OMS; el Banco Mundial.

11 Nombrado por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en septiembre de 2002. Según lo expuesto en la página de ONUSIDA “Las cuestiones relativas al SIDA también se han integrado en el trabajo de otros relatores especiales, expertos independientes y representantes especiales sobre la situación de los derechos humanos en Camboya, Haití, Liberia, Myanmar, Somalia, Uganda y Yemen. Además, diversos relatores temáticos están vigilando los derechos relacionados con el SIDA. Entre ellos figuran los relatores especiales sobre la violencia contra la mujer, la vivienda, y los derechos humanos de los migrantes.”

12 Véase Sentencia T-1064 de 2006.

13 Había cotizado tanto antes de 1994, bajo el régimen del Decreto 758 de 1990, como en vigencia de la Ley 100, pero la A.F.P. no le reconoció la pensión de invalidez por cuanto, según el artículo 39 de la Ley 100 de 1993, a la fecha de estructuración no cumplía con el

requisito de haber cotizado 26 semanas durante el año anterior. En dicha ocasión la Corte hizo referencia a aquellos casos en los que ocurren cambios legislativos, señalando la necesidad de que se establezca un régimen de transición cuando la nueva regulación pueda resultar más gravosa para los destinatarios, mencionando casos en que este Tribunal inaplicó el artículo 1° de la Ley 860 de 2003, por cuanto incorporó requisitos más exigentes para acceder a la pensión de invalidez.

14 “En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de Trabajo.

No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o aclaren”.

15 Específicamente en el escrito de tutela solicitó: “·medicamentos formulados permanentemente para tratar sus enfermedad del SIDA y TBC y la toxoplasmosis cerebral ·pago de enfermera 24 horas ·Alimentación balanceada · Alojamiento adecuado ·Psicología · Terapia ocupacional · Transporte a citas y recibo de medicamentos ·Útiles de aseo personal”.

16 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia SU-508 de 2001.

17 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-020 de 1995.

18 En este sentido el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 dispone que todas las EPS deben reasegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas como de alto costo por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por lo que, en principio, se debe prestar toda la atención requerida por parte de los pacientes que sufren dichos padecimientos, con independencia de cualquier tipo de trámite administrativo.

19 Sentencia T-684 de 2002. Argumento reiterado en la sentencia T-646 de 2007.

20 A respecto puede verse la historia clínica, en los folios 8, 9, 10 y 11 del cuaderno de primera instancia, en donde se constata que el señor Juan Carlos Henao efectivamente padece dichas enfermedades.

21 Fotocopia de la cédula de ciudadanía del señor Juan Carlos Henao; fotocopia del carné de afiliación a CAPRECOM EPS-S con el que se constata que el señor Juan Carlos Henao está afiliado al sistema subsidiado nivel socioeconómico 1 en razón a su situación de indigencia.(folio7), copia de historia clínica emitida por el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, en la que se verifica la existencia de VIH, y presencia de úlceras, herpes y enfermedades oportunistas sin tratamiento.(folios 8 y 9), orden de medicamentos expedida por el médico tratante e indicaciones de manejo para reinicio de tratamiento con retrovirales para VIH.

23 “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

24 Reconocen la seguridad social como servicio, derecho y principio del ordenamiento constitucional.

25 “Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH y SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que

para el efecto se expida.25

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta. , ECAT”.

26 Fija las actividades, intervenciones y procedimientos de diagnóstico: las pruebas para VIH y SIDA, anticuerpos VIH 1; SIDA, anticuerpos VIH 2; SIDA, antígeno P24; SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot otros).

27 Establece las acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en lo referente a la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, entendiéndose estas últimas, como el diagnóstico oportuno de la enfermedad y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Señala el literal a) del artículo 2º del precitado Acuerdo 000306 de 2005 que la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, que comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad y guías adoptadas mediante las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 y la 968 de 2002.

28 Señala que la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación

del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente.

29 Adopta las Guías de Práctica Clínica para VIH y SIDA, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH, por parte de Entidades Promotoras de Salud de ambos Regímenes, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

30 Establece que se deberá garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.

31 Se dispone “Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública, incluidas en el Plan Obligatorio de Salud-POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado”.

32 “La Corte Constitucional declaró la exequibilidad de la Ley 210 de 1995 aprobatoria del Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados Americanos “Protocolo de Washington”, suscrito en Washington el 14 de diciembre de 1992 en donde el artículo II del Protocolo adiciona algunos artículos de la Carta de la OEA relativos a la pobreza crítica. El fenómeno social de la pobreza está íntimamente ligado con la dignidad del ser humano, en consecuencia, cualquier tarea que se emprenda con el fin de combatirla conduce necesariamente a la protección de ese derecho esencial. La solidaridad y el desarrollo son postulados que convergen para derrotar la pobreza crítica, de ahí que se haya considerado el desarrollo integral como elemento determinante para alcanzar la paz, mantener la seguridad y consolidar la democracia. Además, la erradicación de la pobreza encaja dentro de la obligación que tiene el Estado de mejorar la calidad de vida de los habitantes, como la de dar protección a las clases menos favorecidas y cumple con uno de sus fines esenciales cual es el de promover la prosperidad general y asegurar un orden justo.” Corte Constitucional, Sentencia C-187-96.

33 Al respecto, en el escrito allegado en la contestación remitida a este despacho, la Alcaldía de la Virginia (Risaralda), fundamentó la negativa a brindarle un hogar de paso al indigente en que a pesar de que los programas de alojamiento o vivienda para la población en situación de indigencia, hacen parte de la atención integral para la inclusión social de dicho

sector de la ciudadanía, estos no contemplan un beneficio accesible de manera individual como lo pretende el accionante, sino para beneficios grupales. También argumenta la falta de recursos para atender tales vicisitudes. No allega los soportes que fundamenten su respuesta.

34 Al respecto, la Ley 100 de 1993, hizo especial énfasis en que los municipios y distritos deben garantizar por lo menos una atención básica a los indigentes como parte integral su plan de desarrollo municipal.

35 Sobre el particular se destaca que cuando se intentó notificarle la sentencia de tutela dictada por el juez de segunda instancia, no fue posible su ubicación.

36 En aquella oportunidad la Corte amparó el derecho fundamental a la vida y la salud de una persona indigente que estuvo recibiendo atención médica en el Hospital Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, como paciente portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y se le suministraron todos los medicamentos recetados y que necesita para el tratamiento de su enfermedad, lo que lo motivó a solicitar su inscripción a una Administradora de Régimen Subsidiado (A.R.S.) petición que le fue negada, por no cumplir con los requisitos de tener domicilio y presentar el respectivo documento de identidad.