



**BARRERAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD – JURISPRUDENCIA
CONSEJO DE ESTADO PERIODO 2007 – 2011**

PROYECTO DE GRADO

**LUIS EDUARDO BEDOYA ROMERO
CARLOS ANDRÉS SARASTI ARCE**

Asesor de investigación
DIANA MARCELA SOLANO

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE DERECHO
SANTIAGO DE CALI
2012**

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I: CONTEXTUALIZACIÓN SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	5
1.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y PRINCIPALES FUENTES NORMATIVAS QUE RIGEN EL SISTEMA.....	5
1.2 CONCEPTO DERECHO A LA SALUD CONTENIDO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y SU INTERPRETACIÓN EN LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL.....	8
1.3 LA TUTELA EN EL DERECHO A LA SALUD – UN ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS SOLICITUDES.....	9
1.4 COMPETENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO PARA CONOCER TUTELAS.....	11
CAPITULO II: UNA MIRADA AL DERECHO A LA SALUD DESDE LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO PERIODO 2007 -2010.....	12
2.1 CONCEPTOS REITERADOS EN LAS SENTENCIAS ESTUDIADAS.....	12
2.2 ESTUDIO DE 23 SENTENCIAS DE TUTELA EMITIDAS POR EL CONSEJO DE ESTADO PERIODO 2007-2010.....	15
2.2.1 ASPECTOS PRELIMINARES DE LAS SENTENCIAS ESTUDIADAS.....	15
2.3 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD.....	17
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	38

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo contendrá un estudio que, por un lado identifica las Barreras – Negativas de acceso al derecho a la salud contenidas en la Jurisprudencia del Consejo de Estado en 23 sentencias de Tutela periodo 2007 – 2010; y por el otro, esgrime la posición del Consejo de Estado respecto a estas barreras y la solución que brinda esta corporación con el fin de mitigarlas.

El estudio se realizará a partir del 2007 pues fue en este año donde se promulgó la Ley 1122 de 2007 que intentó enmendar, en su mayoría, problemas de cobertura y financiación que presentó el sistema de Seguridad Social en Salud, e ingresó al ordenamiento jurídico colombiano disposiciones normativas con miras a solucionarlos que no estaban contenidas en la Ley 100 de 1993.

Como estructura el presente trabajo contiene: Primero un breve contexto normativo y constitucional que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud así como la interpretación de la Corte Constitucional hace, como encargada de interpretar los mandatos constitucionales, de este derecho hoy en día de carácter constitucional y autónomo; seguido de esto se expondrá en términos generales cuál ha sido el papel que ha jugado la acción de tutela y qué tanto ha sido usado este mecanismo por los colombianos para acceder al efectivo goce de su derecho a la Salud.

Se hará una clasificación de manera general de las barreras o negativas que se presentan como obstáculo para el efectivo goce del derecho a la Salud. Este acápite se hará con base a las negativas que ha identificado la Defensoría del Pueblo dentro del informe anual que presenta a la Corte constitucional en cumplimiento de las órdenes emitidas por esta última en la sentencia T-760 de 2008. Las negativas serán enlistadas como ejemplos sin embargo cada caso estudiado presenta una negativa en particular que se identificará en debida forma.

A continuación nos adentraremos en la jurisprudencia del Consejo de Estado, en su competencia para conocer acciones de tutela y se realizará el estudio en concreto de las 23 sentencias de tutela emitidas por dicha corporación a través del cual se identifican las barreras de acceso a la salud y se agrupan las barreras en dichos fallos; así mismo, se establece un problema jurídico y unos supuestos fácticos que abarcan todos los casos

estudiados de cada grupo; por último, se establece la posición del Consejo de Estado sobre dichas barreras y la forma de solucionar los problemas jurídicos planteados. Finalmente se emitirán algunas conclusiones generadas durante el estudio.

CAPITULO I: CONTEXTUALIZACIÓN SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

En este primer capítulo se contextualizará al lector sobre el sistema de seguridad social en salud en Colombia, se mencionarán algunas leyes de especial relevancia y se explicará el carácter constitucional del derecho a la salud. Igualmente, se presentará un breve contexto acerca del uso que se le ha dado a la Tutela en Colombia periodo 2007 – 2010 buscando amparar el derecho a la Salud, esto se mostrará a partir de un análisis del texto emitido por la Defensoría del Pueblo “Tutela y el Derecho a la Salud 2010” en el 2011.

Finalmente, adentrándonos un poco más en nuestro estudio, se hablará de la Tutela en el Consejo de Estado, su competencia para revisar tutelas.

1.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y PRINCIPALES FUENTES NORMATIVAS QUE RIGEN EL SISTEMA.

El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud se concibe como un conjunto de disposiciones normativas encaminadas a garantizar el derecho a la Salud de toda persona. Es un sistema que comprende obligaciones por parte del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios. Este Sistema se rige por los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La Seguridad Social en Salud tiene como fuente normativa, entre otros, el mandato constitucional consagrado en el artículo 49 de nuestra Constitución Política y 2 principales Leyes que son de importancia en nuestro estudio. Por un lado la Ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social y que pretende una cobertura universal de los derechos que regula, entre estos salud, así como una cobertura de los más altos estándares de Calidad. Por otro lado, la ley 1122 de 2007 la cual, por razón de ciertas falencias y problemas que hubo en la implementación de la Ley 100, se crea con el fin de que dichos problemas sean superados. La ley 100 de 1993 es por lo tanto la primera ley que se mencionará como fuente normativa del derecho a la salud:

Según lo establecido por la Ley 100 de 1993 y sus posteriores leyes modificatorias, el legislador dividió el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia en dos

regímenes con la pretensión de lograr una cobertura plena de los colombianos a dicho servicio, y así combatir la ineficacia e inequidad del antiguo sistema. Actualmente el Sistema está compuesto por el Régimen Contributivo y el Subsidiado. El primero tiene como fuente de financiación los aportes de las personas que tienen capacidad de pago y están vinculadas al sistema ya sea como empleados, como trabajadores independientes o como beneficiarios de estos. El segundo, cobija a las personas que no tienen la capacidad de pago y por esto se ven beneficiados de las cotizaciones de las personas que aportan un porcentaje de la cuota de cotización a dicho sistema. Los afiliados a ambos regímenes tienen derecho a los servicios que necesiten dentro de los parámetros establecidos por el POS (Plan Obligatorio de Salud), que en términos generales es un conjunto de servicios de atención en salud a los cuales tienen derecho todos los afiliados al régimen subsidiado o contributivo independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema. Sin embargo, mediante la implementación de esta división se incrementa la inequidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud, ya que, el POS no detenta un servicio o unas prestaciones unificadas, pues este varía dependiendo del régimen al cual el sujeto se encuentre afiliado.

La prestación del servicio de salud en Colombia se realiza a través de las EPS (Entidades Promotoras de Salud) quienes se encargan de promover los servicios médicos a usuarios dentro del sistema de salud, es decir, que estas instituciones operan como intermediario entre los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Salud o IPS (clínicas y hospitales). Por esto, cuando una persona se encuentre afiliada a una EPS, esta última tendrá la obligación de cumplir con las funciones indelegables de aseguramiento y de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Esta ley 100, como se enunció, si bien pretendió una cobertura universal de la seguridad social, entre otros, el derecho a la salud; y a su vez que dicha cobertura fuera una cobertura de los mayores estándares de calidad para la población colombiana, la implementación y los fines perseguidos por dicha normatividad presentaron una serie de inconvenientes en cuanto a la financiación, cobertura, calidad en la prestación de los servicios de salud, programas de salud pública, entre otros. En vista de estos inconvenientes y tendiendo al mejoramiento del sistema general de Seguridad social en salud, el Congreso de la República emite la Ley 1122 de 2007 la cual tiene como objetivo, según su artículo primero, realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección,

universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. La Ley 1122 de 2007 será, como se ha dicho, nuestro punto de partida en el estudio que estamos realizando pues se trató de una ley que buscó reformar y mejorar el sistema de seguridad social en salud de forma sustancial. Entre otros aspectos, se resalta de esta norma lo siguiente:

Ley 1122 de 2007, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados.

Con el Decreto 1018 de 2007 (30 de marzo), modifica la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencias otorgadas en la Ley 1122; donde establece cinco Superintendencias Delegadas, así: Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Cuatro Oficinas: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaría General.

Se amplía el ámbito de inspección, vigilancia y control y se fija los siguientes objetivos:

- Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control; Vigilar el cumplimiento de las normas;
- Supervisar la calidad de la atención de la salud y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios;

- Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;
- Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;
- Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;
- Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;
- Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante;
- Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.
- Igualmente amplia el campo de inspección, vigilancia y control a los Regímenes exceptuado y Especiales y se le agregan las funciones Jurisdiccionales y de Conciliación.¹

Finalmente tenemos como fuente normativa del sistema de seguridad social en Salud de nuestro interés, el mandato constitucional consagrado en el artículo 49 de nuestra Constitución Política el cual pasaremos en consonancia con lo expuesto por la Corte constitucional en su jurisprudencia.

1.2 CONCEPTO DERECHO A LA SALUD CONTENIDO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y SU INTERPRETACIÓN EN LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL.

La Constitución Política de Colombia consagra en su artículo 49 que del derecho a la salud se presenta como un servicio público obligatorio a cargo del Estado que tiene su fundamento en los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad; a su vez este

¹<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=73>

artículo reafirma a todas las personas la garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud².

Por su parte, la Corte Constitucional en cumplimiento de su función de interpretar la Constitución Política, ha emitido fallos sobre este artículo con miras a solucionar los problemas de acceso a la salud para lograr una cobertura universal de calidad. Dentro de su amplia jurisprudencia en esta materia, resaltamos la sentencia T-760 de 2008 cuyos efectos son *erga omnes* y pretende solucionar problemas sustanciales del acceso a la salud. En esta sentencia la Corte Constitucional, resalta el carácter de fundamental y autónomo del derecho a la salud sin ser despojado de su carácter de servicio público esencial y de derecho prestacional; por lo tanto, el ciudadano puede pretender su amparo mediante tutela sin necesidad de invocar otros derechos fundamentales.

En esta sentencia T-760, la corte constitucional emitió una serie de órdenes, algunas de carácter general y otras de carácter específico, dirigidas a las autoridades y entidades de carácter público y privado encargadas de la correcta prestación del derecho a la Salud.

La población colombiana ha solicitado el amparo al derecho a la salud a través de la tutela y ha encontrado en este mecanismo una alternativa para poder acceder a los servicios de salud requeridos. Este será el asunto que se tratará en el siguiente título.

1.3 LA TUTELA EN EL DERECHO A LA SALUD – UN ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS SOLICITUDES

A partir de un estudio emitido por la Defensoría del Pueblo en el 2010 mediante el cual se analiza el derecho a la Salud y se presenta un informe de las solicitudes de tutela que hacen los ciudadanos en Colombia por año, se logró identificar que las tutelas para

²**“ARTICULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.**

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

acceder al derecho a la salud han sido numerosas y han oscilado entre el 23 y el 41% del número total de tutelas que se han presentado en el periodo 2007-2010³.

Participación tutelas en Salud:

AÑO	NÚMERO TUTELAS INTERPUESTAS – SALUD	PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL DE TUTELAS PRESENTADAS EN EL AÑO
2007	197.238	37,81%
2008	142.957	41,50%
2009	100.490	27,11%
2010	94.502	23,42%

Se observa cómo en el 2008 las tutelas que se interponen por violación del derecho a la salud representaron casi la mitad del número total de tutelas que se presentaron ese año, por su parte, después del 2008, las tutelas presentadas para invocar el derecho a la salud disminuyeron en un 23,4% debido a las órdenes impartidas por las sentencia T-760 de 2008 y la creación de los Comités Técnico Científicos, los cuales tienen la facultad de determinar y ordenar tratamientos no incluidos en el POS o POSS⁴, situación que antes sólo se presentaba mediante una orden judicial de tutela.

Este número de tutelas, a través de las cuales se pretende un amparo del derecho a la salud, demuestra la problemática que existe en la materia y la importancia que este mecanismo representa para los colombianos.

De este numero de tutelas, solo algunas son estudiadas por el Consejo de Estado ya que esta entidad tiene una competencia privativa, es decir, que es el órgano encargado para conocer de este tipo de acciones.

³ Defensoría del Pueblo, TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD 2010, Volmar Antonio Pérez Ortiz Defensor del Pueblo; Bogotá D.C., 2011. Pg 27.

⁴ Defensoría del Pueblo, TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD 2010, Volmar Antonio Pérez Ortiz Defensor del Pueblo; Bogotá D.C., 2011. Pgs 19 y 21.

1.4 COMPETENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO PARA CONOCER TUTELAS

Es importante, antes de comenzar con el análisis propio de las sentencias estudiadas, referirnos al Decreto 1382 del 2000 mediante el cual se establecen las reglas para el reparto de las Tutelas. En este Decreto, en su artículo primero, se enuncia quienes son los jueces competentes para conocer las acciones de tutela y las reglas que se deben seguir en materia de jurisdicción y competencia. En este se afirma que las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad de orden nacional, serán repartidas para su conocimiento en primera instancia a los Tribunales Superiores de Distrito Judicial administrativos lo cual indica que en segunda instancia conoce el Consejo de Estado⁵. estas tutelas son el objeto de nuestro estudio, el cual comprende un número total de 23 sentencias de tutela del periodo 2007-2010; estas sentencias fueron escogidas de un número total de 40 sentencias. La búsqueda se efectuó en la página oficial del Consejo de Estado y en la Relatoría del Consejo de Estado en Bogotá. El filtro que se hizo para la selección de las 23 sentencias materia del estudio se fundó en escoger aquellas sentencias que estrictamente trataran el derecho a la salud y que la pretensión principal de la acción fuera el acceso a este derecho.

El estudio de estas 23 sentencias da origen al segundo capítulo del presente trabajo el cual se titula: Una mirada al Derecho a la Salud desde la jurisprudencia del Consejo de Estado Periodo 2007 -2010.

⁵ Decreto 1382 de 2000: **ARTICULO 1º**-*Para los efectos previstos en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, conocerán de la acción de tutela, a prevención, los jueces con jurisdicción donde ocurriere la violación o la amenaza que motivare la presentación de la solicitud o donde se produjeran sus efectos, conforme a las siguientes reglas:*

1. Las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad pública del orden nacional, salvo lo dispuesto en el siguiente inciso, serán repartidas para su conocimiento, en primera instancia, a los tribunales superiores de distrito judicial, administrativos y consejos seccionales de la judicatura. (...)

CAPITULO II: UNA MIRADA AL DERECHO A LA SALUD DESDE LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO PERIODO 2007 -2010.

Estudio de 23 Sentencias de Tutela emitidas por el Consejo de Estado periodo 2007-2010

2.1 CONCEPTOS REITERADOS EN LAS SENTENCIAS ESTUDIADAS

DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO AUTÓNOMO A PARTIR DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 EMITIDA POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

Dentro de las sentencias estudiadas podemos tomar como criterio adoptado con uniformidad por esta corporación, el hecho de otorgar el carácter de fundamental y autónomo al Derecho a la Salud y por lo tanto poder solicitar su amparo a través de tutela. Esta posición fue adoptada por el Consejo de Estado mediante la incorporación de citas que, en su mayoría, referencian la sentencia T-760 de 2008. El Consejo empezó a citar esta providencia por primera vez en sentencia proferida en octubre de 2009, por el magistrado Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas, sentencia con radicado No. 52001-23-31-000-2009-00285-01(AC).

“La jurisprudencia constitucional ha entendido que el derecho a la salud contiene el rango de constitucional y el de fundamental, en el entendido que busca proteger el desarrollo de una vida digna, la cual se manifiesta como uno de los pilares de la noción de derechos fundamentales y además, como fundamento de nuestro Estado Social de Derecho. La acción de tutela procede entonces para proteger el derecho a la salud de manera autónoma. No obstante, “(...) reconocer la fundamentalidad de un derecho no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por éste son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, pueden ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables”⁶.

⁶Consejo de Estado, Sentencia 25000-23-15-000-2009-01910-01(AC) de 2010; M.P. Martha Teresa Briceño de Valencia.

Esta posición ha sido reiterada en sentencias tales como:

AÑO	RADICADO	SECCIÓN	CITA
Oct. 2009	52001-23-31-000-2009-00285-01(AC)	Sección Cuarta	(T-760)
2010			
	25000-23-15-000-2009-01910-01(AC)	Sección Cuarta	(T-760)
	25000-23-15-000-2009-01867-01(AC)	Sección Cuarta	(T-760)
	25000-23-15-000-2010-00249-01(AC)	Sección Cuarta	(T-760)
	13001-23-31-000-2009-00584-01(AC)	Sección Quinta	
	73001-23-31-000-2008-00448-01(AC)	Sección Cuarta	(Salud Der. Ftal)
	25000-23-15-000-2010-02935-01(AC)	Sección: Cuarta	(T-760)
	17001-23-31-000-2010-00398-01(AC)	Sección: Segunda – Subseccion B	(T-760)
	25000-23-15-000-2010-02362-01(AC)	Sección Cuarta	
2011			
	41001-23-31-000-2010-00585-01(AC)	Sección: Cuarta	(T-760/08)

Es importante resaltar que, aunque algunas sentencias proferidas después del 2008 y que hacen parte de nuestro estudio, no citan directamente la sentencia T-760, comparten la tesis del derecho a la Salud como derecho fundamental y autónomo tal como ocurre en la sentencia 73001-23-31-000-2008-00448-01(AC) del 29 de Abril de 2010, Magistrada Ponente Martha Teresa Briceño.

CARÁCTER CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD, INTEGRACIÓN DEL ARTÍCULO 49 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.

Es común observar que el Consejo de Estado al comenzar sus consideraciones y lo cual se puede observar en las Notas de Relatoría que se hacen de cada sentencias, cita el artículo 49 de la Constitución Política y resalta el carácter universal del derecho a la salud así como la obligación del Estado de garantizar una prestación completa de los servicios de salud y una cobertura a toda la población de estos servicios. Así mismo resalta la responsabilidad y el deber del Estado y de las instituciones que prestan estos servicios de salud desarrollar políticas que permitan el efectivo goce de este derecho:

“La característica del derecho a la salud radica en que se presenta como un servicio público obligatorio que tiene su fundamento en los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad, los cuales se encuentran previstos en nuestra Constitución Política. El artículo 49 de la Constitución Política reafirma a todas las personas la garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, con lo cual permite de manera irrefutable determinar que el derecho a la salud adquiere el rango de fundamental (...). Respecto a la prestación, atención y cobertura, es del caso precisar que el mismo artículo transcrito hace referencia a ello cuando estipula que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, así como establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.”⁷.

Este concepto hace parte de la argumentación que el Consejo de Estado usa como criterio para determinar el amparo del derecho a la Salud.

Teniendo como base estos dos criterios generales que maneja la jurisprudencia del Consejo de Estado en las sentencias estudiadas, procedemos a entrar en detalle sobre este estudio.

⁷ Sentencia del 29 de Abril de 2010; Magistrado Ponente: Dra. Martha Teresa Briceño. Rad. 73001-23-31-000-2008-00448-01(AC)

2.2 ESTUDIO DE 23 SENTENCIAS DE TUTELA EMITIDAS POR EL CONSEJO DE ESTADO PERIODO 2007-2010.

Barreras de Acceso a la Salud Contenidas en los Fallos

2.2.1 ASPECTOS PRELIMINARES DE LAS SENTENCIAS ESTUDIADAS

2.2.1.1 TOTAL DE SENTENCIAS CONCEDIDAS O NEGADAS

De un total de 23 sentencias estudiadas, tan sólo 2 no fueron concedidas por lo tanto es viable afirmar que el Consejo de Estado defiende una posición garantista respecto a los casos en los que se ve involucrado el derecho a la salud.

Es importante destacar que los argumentos usados por el Consejo de Estado para negar el amparo en los únicos 2 casos de los 23 estudiados fueron argumentos que se deben a circunstancias especiales que no constituyen vulneraciones al derecho a la Salud, a saber:

La sentencia del 2007 que no fue concedida⁸ tuvo como argumentos los siguientes: La actora manifiesta que le vulneran su derecho a la Salud al suspender el servicio de salud que venía recibiendo por parte de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional como beneficiaria de su madre; sin embargo, el Consejo de Estado evalúa y determina que la actora ha perdido su condición como beneficiaria de conformidad con el artículo 24, literal C del Decreto 1795 del 2000⁹ pues no presenta una invalidez absoluta ni permanente de conformidad con lo dispuesto por la Junta Médica de Invalidez, disposición que quedó ejecutoriada. En vista de lo anterior, la corporación asiste la razón a la entidad accionada toda vez que no hay un riesgo inminente en la salud de la actora y que la decisión de suspenderle los servicios de Salud por no contar con calidad de beneficiaria es ajustada a derecho.

Por su parte, la sentencia del 2010¹⁰ no fue concedida debido a que no existía vulneración del derecho a la Salud toda vez que al momento en que la corporación hace la revisión de la tutela, la perturbación del derecho había cesado y al afiliado le habían

⁸ Sentencia 25000-23-27-000-2007-01835-01(AC) del 20 de Septiembre de 2007; Magistrado Ponente Alejandro Ordoñez Maldonado.

⁹“ARTICULO 24. BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del artículo 23, serán beneficiarios los siguientes:

- a) ...
- b) ...
- c) Los hijos mayores de 18 años con **invalidez absoluta y permanente**, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.”

¹⁰ Sentencia 25000-23-15-000-2009-01910-01(AC) del 8 de Abril de 2010; Magistrada Ponente Martha Teresa Briceño de Valencia.

prestado los servicios y medicamentos necesarios para la correcta conservación de su salud de tal forma que resulta improcedente el amparo por carencia de objeto – hecho superado.

GRAFICO No 1

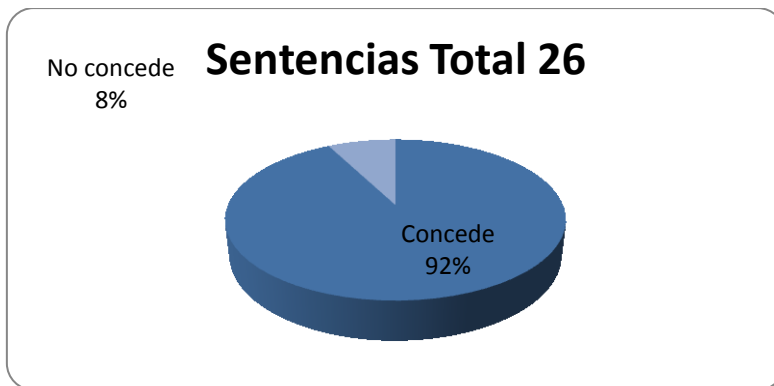
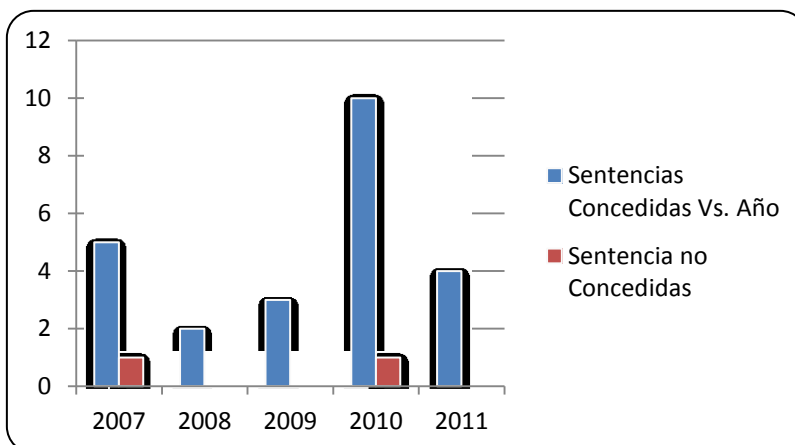
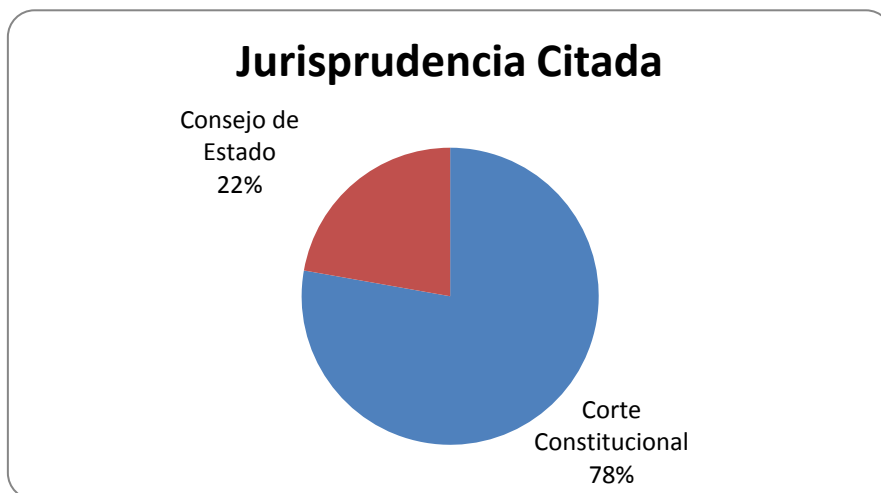


GRAFICO No 2



Con esto observamos que el Consejo de Estado, dentro del estudio que hemos realizado, ha cumplido con la función de garantizar el derecho a la Salud. Esto lo podemos observar no sólo en la parte resolutive de sus providencias sino también en las consideraciones en general pues la argumentación que esta Alta Corte esgrime tiende a ser proteccionista y a citar, en sus fallos, la jurisprudencia de la corte constitucional.

GRAFICO N° 3



2.3 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD

En este capítulo se estudiarán las barreras de acceso a la salud identificadas en la jurisprudencia del Consejo de Estado. Para este fin, primero se presentará un marco general de la clasificación de las barreras de acuerdo al informe dirigido por la Defensoría del Pueblo a la Corte Constitucional en el año 2009 que presenta un estudio del cumplimiento de lo ordenado por esta Corte en la Sentencia T-760 de 2008 en cuanto al derecho de la salud, igualmente se va a definir el concepto de barrera que se implementará en el proyecto de tal forma que por Barrera se entenderá la negativa general y abstracta presentada por la EPS o IPS al usuario y que representa un obstáculo para acceder al derecho a la Salud. En este sentido se hará un listado de las negativas – barreras presentadas en el Informe de la Defensoría del pueblo las cuales serán tomadas como ejemplo y criterio orientador para clasificar las negativas-barreras encontradas en la jurisprudencia del Consejo de Estado periodo 2007 – 2011.

En segundo lugar, se enlistarán y clasificarán las barreras identificadas en las sentencias estudiadas del Consejo de Estado en las sentencias de Tutela revisadas periodo 2007 – 2011 y finalmente se hará un análisis de estas sentencias de Tutela y se establecerá la posición que el Consejo de Estado ha tenido sobre estas barreras identificadas.

2.3.1 MARCO GENERAL DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS POR LA DEFENSORIA DEL PUEBLO Y DEFINICION DE LAS BARRERAS IMPLEMENTADAS EN ESTE PROYECTO.

La Defensoría del Pueblo, fue delegada por la Honorable Corte Constitucional como ente encargado de efectuar un seguimiento al cumplimiento a las ordenanzas establecidas en la sentencia T-760 de 2008, este seguimiento estaría fundamentado en informes periódicos que deberían rendir entidades como el Ministerio de la Protección Social y las EPS's en los cuales se indicaría qué medidas se han implementado para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en dicha providencia y el total de negaciones respecto a la prestación del servicio. De igual forma, las EPS's deberían informarle a la defensoría del pueblo cuales fueron las razones por las cuales se negó la prestación del servicio, como también, indicar cuál era el servicio requerido por el usuario.

BARRERAS: Estas negativas para la prestación del servicio o para la entrega de medicamentos aducidas por EPS's o IPS's, constituyen las barreras de acceso a la salud en la medida en que se convierten en un obstáculo para que el usuario pueda gozar efectivamente de un tratamiento o medicamento requerido y pueda ejercer su derecho de forma efectiva. Estas negativas-barreras serán el objeto de nuestro estudio y se tomarán las negativas encontradas en el informe de la Defensoría del Pueblo como ejemplo y criterio orientador para formular las barreras encontradas en la Jurisprudencia estudiada.

Con respecto a las razones aducidas por las EPS's como justificación a la NO prestación del servicio o medicamento, se tiene que las más frecuentes son las siguientes:

- No existe cobertura de la entidad territorial
- No ha sido autorizado el servicio o medicamento por el Comité Técnico Científico (CTC)
- Se presenta información incompleta
- No existe riesgo para la salud o la vida del paciente.
- No agotó medicamentos o servicios POS.
- El usuario no está afiliado al sistema de seguridad social de las fuerzas armadas o está suspendido.
- La fórmula se presenta sin cumplimiento de los requisitos establecidos
- Los soportes que acreditan la necesidad del servicio o medicamento son inconsistentes/ilegibles; médicos tratantes omiten procedimientos establecidos

para efectuar solicitudes ante el CTC tales como: Información incompleta, soportes inconsistentes e ilegibles, formulas sin requisitos legales, entre otros.

- Lo solicitado es de carácter suntuoso/cosmético/estético
- El formato de solicitud de medicamento o servicio no POS o POS-S está mal diligenciado
- El medicamento o servicio es de aquellos que el INVIMA no autoriza para su uso o no tiene el registro.
- Razones clínicas del paciente
- Medico que prescribe no está adscrito a la red de prestadores de la entidad de aseguramiento. [...]”¹¹

Así las cosas, habiéndose dado una clasificación y definición a las barreras que se estudiaran en este proyecto y de los criterios que se usan en este trabajo para agrupar dichas barreras, en el siguiente acápite se analizaran cuáles son las barreras o negativas que se encuentran en la jurisprudencia del Consejo de Estado en sus sentencias de Tutela periodo 2007-2011; así mismo, mostrará cual ha sido la posición de esta Corporación en lo concerniente a la negativa para acceder al sistema y la vulneración al derecho a la salud con fundamento en los supuestos fácticos que se presenten en cada caso.

2.3.2 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO.

En este capítulo se realiza el estudio de 23 sentencias emitidas por el Consejo de Estado entre el 2007 y 2011 en las cuales la pretensión directa y principal es que se proteja el derecho a la Salud del accionante.

Como se ha desarrollado durante este trabajo, las barreras de acceso a la salud las encontramos como negativas que presenta la entidad encargada de prestar los servicios y se citaron como ejemplos algunas negativas contenidas en el segundo informe emitido por la Defensoría del Pueblo a la Corte Constitucional en el 2009¹².

Dentro de las sentencias estudiadas encontramos que las negativas presentadas por las entidades demandadas se pueden agrupar en estos 3 grandes subtítulos:

¹¹“ Primer Informe Defensoría del Pueblo respecto al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 – Año 2009” – www.defensoria.org

¹² Ibídem Pg 17.

1. Usuario no afiliado o suspendido: Este representa el grupo que mayor desarrollo jurisprudencial tiene ya que recoge un número total de 16 Sentencias del total de sentencias estudiadas; aclarando por supuesto, que de estas 16 sentencias, 8 de ellas presentan casos puntuales que denominaremos Sub-barreras ya que los supuestos facticos que permiten agruparlas presentan algunos cambios sutiles.
2. Tratamiento o Medicamento no incluido en el POS: Esta agrupación presenta, al igual que la primera agrupación, un cambio sutil que se mencionará en este acápite es el caso en que se da la negativa “No se surtió el trámite ante el Comité Técnico Científico para solicitar medicamento o servicio No POS”.
3. Medicamento o servicio no disponible en el mercado

El desarrollo jurisprudencial que se le dará a estas negativas, constará de un problema jurídico que reunirá los derechos y pretensiones que se enfrentan en las sentencias del grupo; unos supuestos fácticos que se repiten en la jurisprudencia; y el desarrollo de la posición del Consejo de Estado al respecto.

Desarrollo de Negativas-Barreras en las Sentencias Estudiadas:

Negativa de acceso al sistema: Usuario no afiliado o suspendido.

Problema Jurídico:

La pregunta que se pretende resolver con el estudio de las sentencias que involucran esta negativa es: ¿Existe violación del derecho a la salud cuando el paciente, una vez retirado del Servicio militar y por tanto ostenta calidad de no afiliado o suspendido, requiere atención en Salud y la entidad que venía prestándole los servicios o medicamentos se niega a seguirlo haciendo en razón a que el usuario no es afiliado o está suspendido?

Supuestos Fácticos:

Los hechos comunes a las sentencias estudiadas son: Por un lado, el actor debió haber prestado sus servicios a las Fuerzas Militares y actualmente estar desvinculado o haber cesado la prestación de dichos servicios, es decir que no se trata de un miembro activo; Por otra parte, que durante la prestación de los servicios militares y con ocasión de dicha prestación haya contraído enfermedades o haya sufrido lesiones que pudieron o no ser tratadas de manera parcial por la entidad encargada; y finalmente, que actualmente y en su condición de retirado, la entidad se niegue a seguir prestándole los servicios de salud que venía prestándole o los servicios de salud nuevos que requiera para atender secuelas o un seguimiento o tratamiento de rehabilitación adecuado de las enfermedades o lesiones contraídas durante la prestación del servicio.

Posición del Consejo de Estado:

Para este caso se estudiaron 8 Sentencias que contemplan una posición establecida por parte de esta corporación y que se ha mantenido a través de los años, es por esto que encontramos cómo sentencias del 2010 y 2011 contienen argumentos similares a sentencias del 2007¹³:

En cuanto al tratamiento de seguimiento y rehabilitación de enfermedades o lesiones contraídas durante y con ocasión de la prestación del servicio militar, el Consejo de Estado afirma que, pese a que en principio el sistema de seguridad social en salud de las FFMM debe prestarse cuando el usuario esté prestando efectivamente el servicio, por vía jurisprudencial existe la regla de que cuando la enfermedad ha sido contraída con ocasión del servicio prestado y es ésta enfermedad la que ocasiona el retiro, se debe continuar el tratamiento y extender la cobertura del derecho a la salud aun después de su retiro. Al respecto se cita de manera reiterada la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en particular la sentencia T – 601 de 2005 la cual establece los casos en los cuales un soldado retirado tiene derecho a que le sigan prestando los servicios de salud¹⁴.

A su vez, el Consejo de Estado argumenta que como consecuencia del deber estatal correlativo hacia las personas que prestan el servicio militar obligatorio, el Sistema de Seguridad Social en Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional —SSMP— está obligado a suministrar la atención médica necesaria para restablecer la salud de los soldados, afectada por lesiones o daños sufridos por ellos durante la prestación del servicio militar, incluso con posterioridad a su desincorporación.

¹³Sentencia 25000-23-27-000-2007-02119-01(AC) del 15 de Noviembre de 2007; Magistrada Ponente Bertha Lucía Ramírez de Páez; Sentencia 25000-23-27-000-2007-02062-01(AC) del 13 de Diciembre de 2007; Magistrado Ponente Jaime Moreno García; Sentencia 25000-23-27-000-2007-00434-01(AC) del 19 de Julio de 2007; Magistrado Ponente Camilo Arciniegas Andrade; Sentencia 25000-23-25-000-2007-00609-01(AC) del primero de Agosto de 2007. Magistrada Ponente María Nohemí Hernández Pinzón; 68001-23-31-000-2010-00117-01(AC) del 17 de junio de 2010 - Consejero Ponente: Gustavo Eduardo Gómez Aranguren; 25000-23-15-000-2009-01910-01(AC) del 8 de abril de 2010 – Consejera Ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia; 25000-23-15-000-2010-02362-01(AC) del 11 de noviembre de 2010 - Consejero Ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia; 25000-23-31-000-2010-03448-01(AC) del 3 de febrero de 2011 – Consejero Ponente: Gerardo Arenas Monsalve

¹⁴“...tanto las Fuerzas Militares como la Policía Nacional estaban obligadas a garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud a aquellas personas que estando en retiro lo necesitaran siempre y cuando se cumpliera con las siguientes condiciones: **(i) vinculación del afectado a la institución en el momento de sufrir la lesión o enfermedad, esto es, cuando la atención solicitada se refiera a una condición patológica atribuible al servicio; (ii) el tratamiento ofrecido por la institución no logró recuperarlo sino sólo controlar de manera provisional su afección;** Corte Constitucional sentencia T-601 de 2005

Por estas razones considera esta corporación que, en estos casos, se está ante una violación del derecho a la Salud y por lo tanto debe otorgársele la protección al accionante. Es importante resaltar que en las sentencias de 2010 y 2011, el Consejo de Estado ya esgrime en sus fallos que el derecho a la Salud es de carácter fundamental y autónomo.

Igualmente es menester destacar cómo esta posición del Consejo de Estado no solo se mantiene a través de los años estudiados sino que también es una posición unificada entre los diferentes ponentes; como se puede observar en la nota al pie número 4, se trata de sentencias emitidas por Magistrados Ponentes diferentes.

Al respecto de este grupo de barreras encontramos 8 sentencias en las cuales si bien se trata de casos donde la negativa “Usuario no afiliado o suspendido” puede ser la principal razón que obstaculiza el acceso al derecho a la salud, se trata de casos especiales que no pueden ser agrupados dentro del problema jurídico general que se desarrolló para las anteriores sentencias.

Estas variaciones generan unos grupos de sub-barreras a la negativa general de “usuario no afiliado o suspendido” y son las siguientes:

- Compañera permanente de usuario afiliado casado que no ha adjuntado el divorcio con su anterior cónyuge.
- El beneficiario no hace parte de los enunciados en el artículo 24 del decreto 1795 del 2000.
- Beneficiario no acredita dependencia económica al afiliado.
- El Carné no corresponde a la EPS, Inconsistencia en el número de carné del usuario.
- No se efectuó el reporte de desafiliación al FOSYGA para traslado de EPS.
- El accidente o enfermedad se presenta antes de ser miembro activo de las FFMM.
- Beneficiario aparentemente ha superado una situación de discapacidad y debilidad manifiesta

Compañera permanente de usuario afiliado casado que no ha adjuntado el divorcio con su anterior cónyuge¹⁵:

En este caso varían los supuestos fácticos en los cuales se enmarca la negativa “usuario no afiliado o suspendido” toda vez que no se trata del afiliado sino de uno de sus beneficiarios al que le están negando el derecho a la salud por no acreditar una condiciones específicas para su afiliación como beneficiario.

Al respecto el Consejo de Estado cita la jurisprudencia constitucional y sus pronunciamientos sobre compañeros permanentes quienes deben gozar de los derechos patrimoniales que el matrimonio otorga, dado que la familia puede conformarse por vínculos naturales. En este sentido otorga razón al actor y ordena a la Dirección del Ejército que afilie como beneficiaria a la compañera permanente.

Beneficiario no hace parte de los enunciados en el artículo 24 del decreto 1795 del 2000¹⁶:

En este caso varían los supuestos fácticos presentados para la negativa “usuario no afiliado o suspendido” ya que se pretende el reconocimiento como beneficiario de una sobrina de la afiliada toda vez que actualmente se encuentra desamparada y corre riesgo su salud.

Al respecto el Consejo de Estado considera que la menor no se encuentra afiliada como beneficiaria al Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo que merece especial protección del Estado y, en consecuencia, hasta tanto no se defina la situación de afiliación en el Sisben de su padre y afilie a su hija como beneficiaria, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional le deberá prestar los servicios de salud con posibilidad de efectuar el recobro al FOSYGA de los gastos causados en la menor.

En este sub-grupo también se encuentra el caso del menor de un año al que aún no se le ha establecido el parentesco con el afiliado y por lo tanto se encuentra desprotegido y la entidad encargada de prestar los servicios de Salud se niega a hacerlo argumentando que el menor no ostenta calidad de beneficiario ni afiliado y que el decreto 1795 del 2000

¹⁵Sentencia 85001-23-31-000-2008-00037-01(AC) del 10 de Julio de 2008; Magistrado Ponente Jaime Moreno García.

¹⁶25000-23-15-000-2010-00249-01(AC) del 20 de mayo de 2010 Consejera Ponente: Martha Teresa Briceño De Valencia.

establece que el presupuesto para la salud debe ejecutarse estrictamente para los beneficiarios o afiliados al sistema¹⁷.

Al respecto el Consejo de Estado argumenta que las entidades encargadas de prestar los servicios de Salud no pueden justificar su negativa en una norma de menor jerarquía ya que la protección de los derechos de los niños es de carácter fundamental y el artículo 50 de la Carta Política establece que todas las instituciones que prestan servicios de salud y reciben aportes del Estado no pueden eludir su responsabilidad de asistir a “*todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social*”; Al respecto el Consejo de Estado cita la Corte Constitucional en sentencias T-953 del 17 de octubre de 2003 M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-950 del 9 de septiembre de 2005 M.P. Jaime Córdoba Triviño

Beneficiario no acredita dependencia económica al afiliado:

Este caso trata de un afiliado que pretende vincular como beneficiaria a su nueva cónyuge y ya ha acreditado el divorcio en debida forma ante la entidad. La entidad argumenta que el art. 25 del Decreto 1795 de 2000 establece los requisitos para que una persona sea tenida en cuenta como beneficiario del servicio de salud de las Fuerzas Militares, entre otros, acreditar dependencia económica la cual no se probó.

Al respecto el Consejo de Estado establece que la accionante probó el supuesto de hecho que requiere el Art 25 del Decreto 1795 de 2000 para poder afiliarse en calidad de beneficiaria al sistema de salud de las FFMM, esto es, probar que es la cónyuge de un miembro activo o pensionado de la institución. Según el Consejo de Estado el estado civil de una persona se prueba con el registro del matrimonio en el acta del registro civil de nacimiento del individuo¹⁸, habiéndose cumplido este requisito, el Consejo de Estado considera que la accionante debe ser afiliada al sistema de salud de las FFMM en calidad de beneficiaria de su cónyuge.

Beneficiario aparentemente ha superado una situación de discapacidad y debilidad manifiesta:

Este caso se trata de un beneficiario que recibió la sustitución pensional de su padre al momento de su fallecimiento (agente de la Policía Nacional) en razón a una Pérdida de

¹⁷Sentencia 13001-23-31-000-2007-00074-01(AC) del 17 de Mayo de 2007; Magistrado Ponente Jaime Moreno García.

¹⁸Decreto ley 1260 de 1970: Arts. 101 y 118.

la Capacidad laboral calificada en el 78%. Al hacerse acreedor a la pensión de igual forma tenía derecho a usufructuar los servicios de salud del Sistema de Seguridad Social de las FFMM. Habiéndose hecho acreedor al derecho y después de varios años del goce del mismo, el departamento de sanidad de las FFMM le practica nuevos exámenes y procede a calificar su PCL nuevamente, en dichos exámenes se indica que el accionante supero su incapacidad y se le retira la pensión de su padre y es desafilado del Sistema de Seguridad Social de las Fuerzas Militares. Mediante agente oficioso el afectado instaura acción de tutela en procura de sus derechos a una vida digna, mínimo vital y a la salud. Al respecto el Consejo de Estado¹⁹ establece que el accionante probó que en la actualidad continua con una PCL superior al 50% razón por la cual se le debe conservar la sustitución pensional de la cual es beneficiario, así como que debe ser afiliado nuevamente al Sistema de Seguridad Social en Salud de las Fuerzas Militares. Según el Consejo de Estado, el Estado, y las autoridades públicas, tienen el deber de proteger a los discapacitados, e igualmente mejorar las condiciones de vida de los más desfavorecidos. De igual forma estatuye que, el artículo 13, de la Constitución Política de Colombia obliga al Estado a buscar las condiciones necesarias para que el derecho a la igualdad sea efectivo, protegiendo especialmente a “aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” Y por ultimo indica que en virtud artículo 47 de la Carta Magna; el Estado estará en la obligación de adelantar políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”

PROBLEMAS INTERNOS ADMINISTRATIVOS DE LA EPS: El Carné no corresponde a la EPS, Inconsistencia en el número de carné del usuario o no se efectuó el reporte de desafiliación al FOSYGA para traslado de EPS.

A este sub-grupo pertenecen aquellos casos en los cuales se niega la prestación del servicio ya que hay una inconsistencia en el carné del usuario bien sea porque el número no corresponde a la EPS o porque no se ha efectuado el trámite correspondiente para la

¹⁹Sentencia 54001-23-31-000-2010-00056-01(AC) del 3 de junio de 2010; - Magistrado Ponente: Alfonso Vargas Rincón

expedición de dicho carné y por lo tanto no registra como afiliado o beneficiario en el sistema.

Al respecto el Consejo de Estado argumenta que, para el caso en que el carné no corresponda a la EPS o exista una inconsistencia en dicho carné, esta obligación está en cabeza de la EPS correspondiente y del registro en el FOSYGA por lo tanto el usuario no está en la obligación de soportar los problemas administrativos que las entidades presenten y que es obligación del juez de tutela otorgar el derecho a la salud de quien lo solicite en estos casos²⁰.

Por otro lado, respecto a que no se haya dado el trámite correspondiente para la expedición del carné, como quiera que con esa situación se impida el acceso al servicio de salud del afiliado o sus beneficiarios, es obligación del juez constitucional proteger este derecho en el sentido de ordenar la expedición de dichos documentos²¹.

Similar posición adoptó el Consejo de Estado en un caso donde se negaba el acceso al derecho a la Salud por no haberse cumplido unos trámites cuya obligación está en cabeza del FOSYGA y/o la EPS. Particularmente este caso se presenta cuando una persona pretende el traslado de una EPS a otra por cualquier motivo para lo cual deben solicitar la desafiliación ante el FOSYGA de la EPS que de la cual pretenden trasladarse y finalmente realizar la afiliación a la nueva EPS. Si bien el trámite por el usuario se lleva a cabo en debida forma, la EPS puede demorarse en realizar el reporte-novedad de desafiliación y por lo tanto la nueva EPS se niega a prestar los servicios hasta tanto no se surta el trámite.

EL Consejo de Estado reitera la posición que dice que el deber de garantizar los servicios de salud está en cabeza del Estado y los usuarios no tienen la obligación de soportar los trámites administrativos demorados o los errores que las entidades encargadas de prestar el servicio presenten. Las empresas que prestan servicios de salud tienen el deber de custodiar, conservar y actualizar las bases de datos de los ciudadanos que se encuentran afiliados al sistema, lo anterior por cuanto la prestación efectiva del servicio de salud depende en gran medida de los datos que estas entidades administran²².

²⁰ Sentencia 17001-23-31-000-2010-00398-01(AC) del 2 de diciembre de 2010 Consejera Ponente: Bertha Lucia Ramírez de Páez. El Consejo de Estado basa su decisión en La Resolución 812 de 2007 artículos 3º y 5º y en La Resolución 123 de 2008.

²¹ Sentencia 25000-23-15-000-2010-02935-01(AC) del 2 de diciembre de 2010 Consejero Ponente: William Giraldo Giraldo.

²² 17001-23-31-000-2010-00431-01(AC) del 27 de enero de 2011 Consejero Ponente: William Giraldo Giraldo

En vista de lo anterior el Consejo de Estado obliga a la nueva EPS a prestar los servicios requeridos por el afiliado y ordena a las entidades encargadas a realizar los trámites pertinentes para el traslado efectivo de EPS del usuario.

El accidente o enfermedad se da mientras no era miembro activo de las FFMM por primera vez.

Este caso se presenta cuando el usuario, si bien actualmente está vinculado a las Fuerzas Militares y es afiliado o beneficiario del Sistema de Seguridad en Salud de dicha institución, el accidente o enfermedad se ocasionó con anterioridad a la vinculación al sistema por lo tanto se niegan los servicios o medicamentos médicos necesarios para su adecuada rehabilitación o seguimiento, toda vez que no existe obligación legal de prestarlos pues el accidente o enfermedad se ocasionó cuando el usuario no se encontraba en servicio activo.

Para estos casos el Consejo de Estado resalta el carácter de fundamental del derecho a la Salud y que, toda vez que el usuario actualmente ostenta calidad de afiliado o beneficiario, la entidad debe prestar los servicios y medicamento de salud requeridos de conformidad con el Acuerdo 002 del 27 de Abril de 2001²³.

Negativa: Tratamiento o Medicamento no incluido en el POS

Problema Jurídico:

La pregunta que se pretende resolver a través de las sentencias que involucran esta negativa será: ¿Existe violación al derecho a la Salud cuando el beneficiario o afiliado al sistema de Seguridad Social en Salud solicita un medicamento que no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud y que, en vista de esta situación, la entidad encargada niega la prestación requerida?

Supuestos Fácticos comunes a las sentencias estudiadas:

Los hechos que son comunes en las sentencias estudiadas son: Por un lado, el actor pertenece al Sistema de Seguridad Social en Salud de las Fuerzas Militares ya sea como afiliado o como beneficiario; por otro lado, el actor presenta una enfermedad que requiere atención especializada que representa un medicamento o servicio que no esté incluido en el Plan Obligatorio de Salud de las Fuerzas Militares; y por último, que el servicio o medicamento sea negado en virtud de que dicho medicamento o servicio no esté incluido en el POS.

Posición del Consejo de Estado – Sentencias Estudiadas:

²³Sentencia 13001-23-31-000-2008-00573-01(AC) del 28 de Enero de 2009; Magistrado Ponente Héctor J. Romero Díaz.

En las sentencias que tratan esta negativas encontramos la sentencia 05001-23-31-000-2008-00247-01(AC) del 24 de Abril de 2008; Magistrada Ponente, Ligia López Díaz, en la cual el Consejo de Estado otorga la protección del derecho al accionante y expone cuáles son los casos en que un medicamento o servicio no POS debe otorgarse al solicitante y para ello se remite a la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

El medicamento debe otorgarse siempre y cuando dicha negativa amenace los derechos constitucionales del paciente; que el medicamento o servicio no pueda ser reemplazado por uno que este incluido en el POS; que el paciente no pueda costear por su cuenta el medicamento o servicio solicitado y que el medicamento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS en la que esté afiliado el paciente²⁴.

La carga de la prueba en estos casos, afirma el Consejo de Estado, está en cabeza de la entidad demandada de tal forma que si no se alega y se prueba que no se cumplen los supuestos para que opere la prestación del servicio o medicamento no POS por vía de tutela, este debe otorgarse.

Por otro lado, encontramos la sentencia 73001-23-31-000-2008-00448-01(AC) del 29 de abril de 2010 - Consejera ponente: Martha Teresa Briceño De Valencia, mediante la cual el Consejo de Estado otorga la protección del derecho a la salud al accionante argumentando la fundamentabilidad del derecho a la Salud y se establecen las siguientes reglas:

Por un lado, las limitaciones administrativas o las restricciones presupuestales para el desarrollo de planes y programas de ampliación en la atención del derecho a la salud como parte de una política pública, no supone una justificación aceptable para que los servicios de salud que en un determinado momento reclame una persona, le sean prestados de manera lenta y dispendiosa, o incluso que nunca se le presten, lo que compromete con dicha mala prestación, la protección del derecho, lo que puede llevar a comprometer otros derechos fundamentales como la vida, la integridad física, entre otros. De igual forma establece que, si bien existe una normatividad que contiene una serie de exclusiones y limitaciones dentro del POS, que no tienen por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de una enfermedad, dichas exclusiones y limitaciones desaparecen cuando el derecho fundamental a la vida se encuentre amenazado.

²⁴Corte Constitucional en las sentencias T-108 de 1999, T-300 de 2001, T-170 de 2002, T-667 de 2002 y 264 de 2003.

Es importante resaltar que para el 2010, el Consejo de Estado da un tratamiento diferente al derecho a la Salud elevándolo al rango de fundamental y autónomo, razón por la cual no cita a la Corte Constitucional en el mismo sentido del caso anterior en donde se establecen unos requisitos para acceder a los medicamentos o servicios no POS sino que por el contrario ya es necesario que se cumplan dichos requisitos para otorgar protección al derecho.

Dentro de las sentencias que trata esta negativa, encontramos una que se presenta cambios sutiles en los supuestos fácticos y en la forma en la que se da la negativa. Se trata de la sentencia 52001-23-31-000-2009-00285-01(AC) del 28 de Octubre de 2009; Magistrado Ponente Hugo Fernando Bastidas Bárcenas mediante la cual se niega el medicamento no POS toda vez que “No se surtió la aprobación por parte del comité técnico científico para la prestación de medicamentos no POS”.

Es importante resaltar que esta sentencia es del 2009 y está ubicada cronológicamente antes de la emitida en el caso anterior, por lo tanto la argumentación, como veremos, aún no alcanza el nivel de garantismo que presenta la sentencia ya enunciada del 2010:

En este caso el Consejo de Estado, si bien se aparta del requisito de que el medicamento no POS debe haber sido aprobado por el Comité Técnico Científico como lo argumenta la accionada, basa su decisión en que en los casos de pacientes que soliciten medicamentos no POS se debe estudiar las condiciones económicas particulares con el fin de establecer si el paciente cuenta o no con los recursos para costear dichos medicamentos. En el caso, el paciente no cuenta con dichos recursos por lo tanto se ordena a la entidad demandada a que el medicamento prescrito, a pesar de no estar incluido en el plan de beneficios del sistema de salud de la Policía Nacional, debe ser suministrado al paciente, de conformidad con lo establecido en la orden médica.

La variación que ha tenido el precedente del Consejo de Estado en esta materia a través de los años consiste en que , para el 2007 el Consejo de Estado tomaba como requisitos para otorgar medicamentos o tratamientos no POS por vía de tutela los enunciados por la Corte Constitucional en su jurisprudencia hasta el 2003²⁵, ya para el 2009 sólo tomó en cuenta el requisito económico de que el paciente no estuviera en capacidad de sufragar los gastos de esos medicamentos o servicios no POS; y finalmente, en el 2010 considera que el medicamento o servicio debe otorgarse si es necesario para proteger el derecho fundamental a la salud del paciente.

²⁵ Ib. Corte Constitucional en las sentencias T-108 de 1999, T-300 de 2001, T-170 de 2002, T-667 de 2002 y 264 de 2003.

Negativa: Medicamento o servicio no disponible.

Incapacidad por parte del afiliado para trasladarse desde su residencia hasta la IPS que le practica el tratamiento debido.

Problema Jurídico:

La pregunta que se pretende resolver a través de las sentencias que involucran esta negativa sería: ¿Existe violación al derecho a la Salud cuando el beneficiario o afiliado al sistema de Seguridad Social en Salud solicita a su EPS le cubra los gastos de transporte necesarios para trasladarse desde su sitio de residencia a la IPS que le presta el servicio de salud?

Supuestos Fácticos comunes a las sentencias estudiadas:

Los hechos que se presentan en este caso son: Por un lado, el actor pertenece al sistema de Seguridad Social en Salud del régimen subsidiado en calidad de afiliado, por otro lado, el actor, presenta una enfermedad que requiere atención especializada que solo es prestada por una IPS que está ubicada al extremo opuesto de su lugar de residencia; y por último, aduce no tener los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos de transporte en que incurre para trasladarse desde su residencia hasta la IPS que le presta el servicio.

Esta negativa es abordada en la sentencia 25000-23-15-000-2009-01867-01(AC) del 4 de marzo de 2010; Magistrado Ponente, Hugo Fernando Bastidas Bárcenas, en la cual el Consejo de Estado no impone a la EPS la carga de suministrar al afiliado el transporte para que este pueda acceder a la IPS que le presta el servicio. En este sentido indica que deben de reunirse una serie de actuaciones anteriores para imponer dicha carga a la EPS, actuaciones que en este caso no se cumplieron.

De acuerdo a lo anterior, el Consejo de Estado ha establecido que el usuario está en plena facultad para solicitar a la EPS a la que se encuentra afiliado se le traslade de una IPS a otra siempre y cuando hayan motivos de peso que fundamenten su petición (dentro de los cuales establece que los servicios prestados no sean de la calidad requerida, la ineficiencia del servicio, o la imposibilidad de acceder a la misma por su lejanía). De este modo, se vislumbra que en cabeza del afiliado hay una carga anterior a la solicitud de un auxilio de transporte a cargo de la EPS el cual, corresponde, a la solicitud de traslado a otra IPS en la cual pueda acceder con mayor facilidad al servicio. Determina esta Corte, que al no haberse cumplido con este requisito no hay lugar a imponerle a la EPS el suministro del transporte para que el afiliado pueda acceder efectivamente a la prestación del servicio requerido.

La carga de la prueba en estos casos, afirma el Consejo de Estado, está en cabeza del afiliado, de tal forma que si no se alega y se prueba que hizo una solicitud de traslado a otra IPS y esta no fue concedida no se cumplen los presupuestos para que se le imponga la carga del suministro de transporte a cargo de la EPS.

En lo concerniente al auspicio del transporte por parte de la EPS al afiliado cuando este se encuentre en condiciones de incapacidad para trasladarse al centro asistencial para acceder a la prestación del servicio requerido, la Corte Constitucional ha expresado por vía jurisprudencial²⁶ que: “las EPS tienen la obligación de asumir el transporte y la manutención de las personas que necesitan acceder a los servicios de salud que se prestan en una ciudad diferente a la de su residencia, en los casos en que: “(i) *ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.*”

De igual forma, en la sentencia T-760 de 2008 se afirmó que, “*Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica. (...) Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado.*”

Sin embargo, el Consejo de Estado se ha alejado del precedente de la Corte Constitucional y ha indicado que, el cubrimiento de los gastos de transporte tendrán lugar siempre y cuando el afiliado haya solicitado por vía administrativa o judicial el cambio de la IPS en la cual se le está prestando el servicio de salud, aduciendo la incapacidad que ostenta para trasladarse hasta el lugar donde se encuentre establecida. Sí esta solicitud no es concedida bien sea, porque la EPS no tiene suscrito un contrato con una IPS que tenga su establecimiento en un lugar más cercano al de la residencia del afectado, o porque si bien habiéndola no hay cupos disponibles para la prestación

²⁶Sentencia T-760 de 2008.

del servicio, habrá lugar al reconocimiento de transporte por parte de la EPS a favor del afiliado.²⁷

Este distanciamiento nos parece relevante pues regularmente se había visto sincronía entre la jurisprudencia de estas Cortes, y en este caso el Consejo de Estado impone un requisito adicional al afiliado, requisito que no es exigido por la jurisprudencia Constitucional tal como se puede observar.

Dilación en la entrega al afiliado de medicamentos recetados por el médico tratante y autorizados por el Comité Técnico Científico por parte de la entidad encargada

Problema Jurídico:

La pregunta que se pretende resolver a través de las sentencias que involucran esta negativa será: ¿Existe violación al derecho a la Salud cuando al beneficiario o afiliado al sistema de Seguridad Social en Salud se le hace una entrega tardía de los medicamentos recetados para en tratamiento de sus enfermedades, o se puede considerar como un hecho superado dado que al momento en el que el Consejo de Estado estudia el caso dichos medicamentos ya han sido otorgados al accionante?

Los hechos que son comunes en las sentencias estudiadas son: Por un lado, el actor pertenece al sistema de Seguridad Social en Salud de las Fuerzas Militares ya sea como afiliado o como beneficiario; por otro lado, el actor presenta una enfermedad que requiere atención especializada que representa un medicamento o servicio que no esté incluido en el Plan Obligatorio de Salud de las Fuerzas Militares; y por último, que el medicamento sea concedido pero haya una dilación en la entrega del mismo por parte de la entidad encargada.

Esta negativa es abordada en la sentencia 13001-23-31-000-2009-00584-01(AC) del 21 de enero de 2010; Magistrado Ponente María Nohemí Hernández Pinzón, en la cual el Consejo de Estado concede la protección del derecho al demandante y expone la razón por la cual aun habiéndosele otorgado los medicamentos a la afiliada, este supuesto no basta para considerar que el objeto de la demanda es un hecho superado.

Esta Corporación respecto al tema del hecho superado ha manifestado que no habrá lugar a la configuración de esta figura siempre y cuando se vislumbre unavulneración o

²⁷Radicación número: 25000-23-15-000-2009-01867-01(AC) del 4 de marzo de 2010 – Magistrado Ponente: Hugo Fernando Bastidas.

amenaza de los derechos a la vida y a la salud por causa de la omisión de las autoridades de suministrar a tiempo los medicamentos que han sido prescritos por los médicos tratantes a los usuarios de los servicios de salud. Considera que el suministro tardío de medicamentos puede alcanzar a constituir una seria y grave amenaza de los derechos a la vida, integridad personal y salud del actor, es decir, que el actor debe acreditar que por causa de esa demora se trastocó la continuidad del tratamiento que le había sido prescrito al actor o que pasó un término excesivo sin que se le proporcionara el fármaco que le fue recetado por primera vez.

Aduce que, las entidades que conforman el sistema de seguridad social en salud, en ningún momento pueden dilatar la prestación efectiva e integral de los servicios de salud mediante la imposición de requisitos formales o trámites administrativos, sino que, por el contrario, tienen la obligación de actuar de manera razonada, eficiente y efectiva para que la prestación de esos servicios sean suministrados de manera rápida y oportuna, en procura de combatir las enfermedades que acechan la vida y salud del afiliado.

CONCLUSIONES

1. Si bien la Corte Constitucional ha hecho un gran esfuerzo para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, aun se evidencian muchas falencias en el sistema que obstaculizan el efectivo goce de dicho derecho, lo cual, se hace evidente con el gran número de tutelas que se instauraron durante este periodo en procura de la protección del derecho a la salud.
2. La sentencia T-760 de 2008, generó un precedente de gran importancia en lo concerniente a la protección del derecho a la salud toda vez que, al resaltar el carácter del derecho a la Salud como fundamental autónomo, se abrió una puerta para que los ciudadanos tuvieran mayor facilidad para hacer exigible su derecho, se dio uniformidad jurisprudencial conforme al derecho objeto de estudio y se logró una disminución ostensible de las acciones instauradas en materia de salud respecto a años anteriores, esto gracias a las ordenanzas que se proferieron en el fallo. El Consejo comenzó a citar esta providencia por primera vez en sentencia proferida en octubre de 2009, por el magistrado Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas, sentencia con radicado No. 52001-23-31-000-2009-00285-01(AC) y a partir de esta fecha en adelante hasta el 2011, de 9 sentencias que se estudiaron en este periodo, la providencia fue citada en 8 de ellas.

Si bien se logra una mayor protección del derecho a la Salud con este carácter de fundamental y autónomo, aún falta mucho camino por recorrer con relación a una prestación efectiva del servicio el departamento de Sanidad de las Fuerzas Militares siguen impidiendo el libre acceso al sistema presentando negativas y barreras que impiden el acceso al mismo; estas negativas podemos resumirlas en las siguientes:

- a) Usuario no afiliado o suspendido:
 - Compañera permanente de usuario afiliado casado que no ha adjuntado el divorcio con su anterior cónyuge.
 - El beneficiario no hace parte de los enunciados en el artículo 24 del decreto 1795 del 2000.
 - Beneficiario no acredita dependencia económica al afiliado.
 - El Carné no corresponde a la EPS, Inconsistencia en el número de carné del usuario.

- No se efectuó el reporte de desafiliación al FOSYGA para traslado de EPS.
- El accidente o enfermedad se presenta antes de ser miembro activo de las FFMM.
- Beneficiario aparentemente ha superado una situación de discapacidad y debilidad manifiesta

b) Tratamiento o Medicamento no incluido en el POS

c) Medicamento o servicio no disponible en el mercado

3. Respecto de la institución más accionada en las sentencias de tutela del Consejo de Estado estudiadas, encontramos que es el departamento de Sanidad de las Fuerzas Militar, y en la gran mayoría de casos las negativas presentadas por esta entidad que impiden el libre acceso a la salud estriban en la causal de “usuario no afiliado o suspendido”. Esta negativa la encontramos presente en 16 de las 23 sentencias estudiadas y el papel que jugó el Consejo de Estado en estas sentencias fue otorgar la protección al derecho a la salud y conseguir que se prestaran los medicamentos o servicios requeridos a los usuarios así no estén actualmente afiliados o estén suspendidos.
4. El Consejo de Estado ha fijado un precedente uniforme en el transcurso de estos años respecto a la protección debida por el Estado y las fuerzas militares a los soldados que aun habiendo sido desvinculados de la institución a la que prestaban su servicio, han sufrido lesiones físicas o psíquicas. Al respecto esta corporación ha indicado que aun cuando el afectado no pertenezca a la institución existe una obligación cierta y definida, en cabeza del Estado el cual debe garantizar la debida prestación de los servicios médicos asistenciales a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, cuya salud se vea afectada mientras ejercen la actividad castrense o con ocasión de la misma. Esta posición del Consejo de Estado la realiza basándose en la Jurisprudencia constitucional y citando de forma reiterada la T – 601 de 2005 para verificar los casos en los cuales un usuario desafiliado o suspendido tiene derecho a la salud.
5. Si bien, en la gran mayoría de los casos el Consejo de Estado ha optado por seguir el precedente constitucional, en lo concerniente al suministro de transporte a cargo de la EPS para que el afiliado pueda acceder a los servicios de

salud, esta Corporación se ha distanciado de dicho precedente. Dicho distanciamiento estriba en que El Consejo de Estado ha establecido un requisito adicional a los exigidos por la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional consistente en que el usuario antes de solicitar el suministro de transporte debe haber solicitado ante la EPS que se encuentra afiliado una solicitud de traslado a una IPS más cercana de su lugar de residencia aduciendo la imposibilidad de trasladarse hasta la institución asignada la cual le presta el servicio. Si bien, en este caso, conserva su posición garantista impone al afiliado en cumplimiento de un presupuesto adicional el cual debe estar probado.

6. En consonancia con la protección al derecho a la salud, esta Corporación dio lugar a un precedente importante respecto a la consolidación del “Hecho Superado” en la materia, En sentencia del 21 de enero de 2010; Magistrado Ponente María Nohemí Hernández Pinzón estableció que, aun cuando al momento de estudiar el caso en concreto la entidad accionada haya concedido los derechos objetos de disputa, esta Corporación estará facultada para fallar al respecto sin perjuicio de que el hecho haya sido superado o no, pues los derechos que se vulneran o amenazan son de amplia transcendía en la comunidad y concretamente para el accionante, razón por la cual se debe procurar protegerlos y evitar que se presenten las mismas amenazas o transgresiones en situaciones futuras.
7. A medida que los años pasan, el Consejo de Estado transforma su precedente para ser más garantista al otorgar el derecho a la Salud en aquellos casos en que se niega el medicamento o servicio por no estar incluido en el POS. Estos cambios generan un precedente que incluso se aparta de la jurisprudencia de la Corte Constitucional la cual es citada por el Consejo de Estado en el 2007 con el fin de establecer los requisitos para poder acceder a un medicamento o servicio No POS ya que, en el 2009 sólo se toma en cuenta algunos elementos de los que se enuncian como requisito para que se otorgue el derecho y que son citados en la jurisprudencia del 2007 y, ya para el 2010, el Consejo de Estado se aparta de la jurisprudencia de la Corte Constitucional citada en el 2007 y establece una posición más garantista considerando que el medicamento o servicio debe

otorgarse siempre y cuando sea necesario para proteger el derecho fundamental a la salud del paciente.

8. Por último se puede establecer que El Consejo de Estado ha adoptado una posición similar a la de la Corte Constitucional, con la cual se le da prevalencia a la protección del derecho a la salud desestimando cualquier barrera que pueda imposibilitar su prestación debida, sobre todo, si estas estriban en las causales que se expusieron a lo largo de este proyecto (Usuario no afiliado o suspendido – Medicamento no POS – Etc.). Es decir, que tiene una posición garantista sobre el Derecho a la Salud.

BIBLIOGRAFIA

Jurisprudencia:

Corte Constitucional:

Sentencias: T-760 de 2008; T-601 de 2005; T-108 de 1999; T-300 de 2001; T-170 de 2002; T-667 de 2002; T-264 de 2003.

Consejo de Estado:

Sentencia 13001-23-31-000-2007-00074-01(AC) del 17 de Mayo de 2007; Magistrado Ponente Jaime Moreno García.

Sentencia 25000-23-27-000-2007-00434-01(AC) del 19 de Julio de 2007; Magistrado Ponente Camilo Arciniegas Andrade.

Sentencia 25000-23-25-000-2007-00609-01(AC) del primero de Agosto de 2007. Magistrada Ponente María Nohemí Hernández Pinzón.

Sentencia 25000-23-27-000-2007-01835-01(AC) del 20 de Septiembre de 2007; Magistrado Ponente Alejandro Ordoñez Maldonado.

Sentencia 25000-23-27-000-2007-02119-01(AC) del 15 de Noviembre de 2007; Magistrada Ponente Bertha Lucía Ramírez de Páez.

Sentencia 25000-23-27-000-2007-02062-01(AC) del 13 de Diciembre de 2007; Magistrado Ponente Jaime Moreno García.

Sentencia 85001-23-31-000-2008-00037-01(AC) del 10 de Julio de 2008; Magistrado Ponente Jaime Moreno García.

Sentencia 13001-23-31-000-2009-00584-01(AC) del veintinueve de enero de 2010 – Consejero Ponente: María Nohemí Hernández Pinzón

Sentencia 25000-23-15-000-2010-00249-01(AC) del 20 de mayo de 2010 Consejera Ponente: Martha Teresa Briceño De Valencia.

Sentencia 25000-23-15-000-2010-02935-01(AC) del 2 de diciembre de 2010 Consejero Ponente: William Giraldo Giraldo.

Sentencia 17001-23-31-000-2010-00431-01(AC) del 27 de enero de 2011 Consejero Ponente: William Giraldo Giraldo.

Sentencia 05001-23-31-000-2008-00247-01(AC) del 24 de Abril de 2008; Magistrada Ponente, Ligia López Díaz.

Sentencia 13001-23-31-000-2008-00573-01(AC) del 28 de Enero de 2009; Magistrado Ponente Héctor J. Romero Díaz.

Sentencia 52001-23-31-000-2009-00285-01(AC) del 28 de Octubre de 2009; Magistrado Ponente Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

Sentencia 25000-23-15-000-2009-01867-01(AC) del cuatro de marzo de 2010 – Consejero Ponente: Hugo Fernando Bastidas Bárcenas.

Sentencia 73001-23-31-000-2008-00448-01(AC) del 29 de abril de 2010 - Consejera ponente: Martha Teresa Briceño De Valencia.

Sentencia 54001-23-31-000-2010-00056-01(AC) del 3 de junio de 2010 - Consejero ponente: Alfonso Vargas Rincón.

Sentencia 68001-23-31-000-2010-00117-01(AC) del 17 de junio de 2010 - Consejero Ponente: Gustavo Eduardo Gomez Aranguren.

Sentencia 41001-23-31-000-2010-00585-01(AC) del 27 de enero de 2011 Consejero Ponente: Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez.

Sentencia 25000-23-15-000-2009-01910-01(AC) del 8 de abril de 2010 – Consejera Ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia.

Sentencia 25000-23-15-000-2010-02362-01(AC) del 11 de noviembre de 2010 - Consejero Ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia.

Sentencia 17001-23-31-000-2010-00398-01(AC) del 2 de diciembre de 2010 Consejera Ponente: Bertha Lucia Ramírez de Páez.

Sentencia 25000-23-31-000-2010-03448-01(AC) del 3 de febrero de 2011 – Consejero Ponente: Gerardo Arenas Monsalve.

Legislación:

Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.”

Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

Decreto 1018 del 30 de marzo 2007 “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”

Decreto 1382 de 2000 "Por el cual establecen reglas para el reparto de la acción de tutela"

Decreto 1260 de 1970

Libros:

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, et al, El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en materia de quejas en salud, Bogotá D.C., 2008.

ARANGO Rodolfo. “El derecho a la salud en la Jurisprudencia constitucional”. *Teoría Constitucional y Políticas Públicas. Bases críticas para una discusión*, Ed. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, D.C., 2007.

QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia. *La Salud Como Derecho; Estudio comparado sobre los grupos vulnerables*. Ed. Siglo del hombre editores, Bogotá, 2011.

LÓPEZ MEDINA, Diego Eduardo. *EL Derecho de los Jueces*; Ed. Legis Editores S.A.; Bogotá, 2006. Páginas 139-161.

Investigaciones:

Semillero de Derecho Laboral y Seguridad Social – Línea Protección Social; “Problemas estructurales en el funcionamiento del subsistema de seguridad social en salud a partir de la ley 1122 de 2007”, Universidad Icesi.

Informes:

Informe proferido en el año 2009 por la Defensoría del Pueblo de la Sentencia T-760/08 dirigido a la Honorable Corte Constitucional: “En cumplimiento de la orden emanada de la Honorable Corte Constitucional y dirigida a las distintas entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Sentencia T-760 de 2008, en la cual dichas entidades deberían entregar informes a la Defensoría del Pueblo, esta entidad se permite enviar el seguimiento y análisis que ha realizado de los distintos informes recibidos” -

http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2009.pdf