

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### AUTO 066 de 2012

**Referencia:** Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Regulación del trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la EPS autorice directamente servicios de salud o medicamentos no incluidos en el POS que se requieran con urgencia.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., veintinueve (29) de marzo de dos mil doce (2012)

La Sala Especial de la Corte Constitucional conformada para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente Auto, con base en las siguientes:

#### I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación tomó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que se adoptaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

2. Del estudio de tales asuntos, se infirieron diversos problemas generales que contextualizan, identifican y concretan las fallas que dan origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, teniendo en cuenta que las entidades responsables de la prestación de los servicios de salud<sup>1</sup>, tienen la obligación de garantizar el acceso a los mismos, libre de trámites y

---

<sup>1</sup> En el actual régimen legal, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas son denominadas 'Entidades Promotoras de Salud', EPS.

procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, la Corte consideró lo siguiente:

*“El acceso al servicio médico requerido pasa, a veces, por la superación de determinados trámites administrativos. Esto es razonable, **siempre que tales trámites no demoren excesivamente el acceso al servicio y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir.** De ello también dependen la oportunidad y calidad del servicio.*

*La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta.<sup>2</sup> Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.*

*Expresamente, la regulación ha señalado que “(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.”<sup>3</sup> En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, ‘la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico’.<sup>4</sup>” (Negrilla agregada).*

Como consecuencia de dicha problemática, en el ordinal vigésimo tercero de la parte resolutive de la citada sentencia, se dispuso:

**“Vigésimo tercero.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice **directamente** tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.**”

---

<sup>2</sup> Corte Constitucional, sentencia T-635 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) La accionante, quien padecía una enfermedad catastrófica, no había podido acceder al servicio de salud ordenado por su médico tratante. No se impartió orden alguna por ser un hecho superado. Esta sentencia ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-614 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett), T-881 de 2003 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-1111 de 2003 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-258 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-566 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

<sup>3</sup> Decreto 1703 de 2002, artículo 40.

<sup>4</sup> En este mismo se ha pronunciado la Corte Constitucional en otras ocasiones, entre ellas en la sentencia T-1016 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis).

*Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia. (...)*” (Negrilla agregada).

3. Posteriormente, el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011 estableció lo siguiente:

*“La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud; la junta técnica científica de pares tendrá un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.*

*PARÁGRAFO. La conformación de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.”*

4. Pues bien, mediante sentencia C-936 de 2011, dicho artículo fue declarado exequible:

*“(i) en el entendido de que en los casos en los que el médico tratante indique que existe una urgencia en los términos señalados en la consideración 2.8.2.3., el suministro de los servicios y/o medicamentos excluidos de los planes de beneficios –expresamente o no- no deberá supeditarse ni a la aprobación del Comité Técnico Científico de la respectiva EPS, ni al de la Junta Técnico Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, por las razones expuestas en esta providencia; (ii) en el entendido de que en los demás casos, es decir cuando no existe urgencia ni el CTC autorizó la prestación, si no se cumple el término perentorio de siete días previsto por la disposición censurada para que la JTCP emita su concepto, el servicio debe*

*prestarse de manera inmediata por la EPS; y (iii) en el entendido de que la revisión de la Junta no suspende las autorizaciones de los comités de servicios no previstos en los planes de beneficios, de forma que las EPS deben suministrarlos de forma inmediata.”.*

5. Recientemente, el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011 fue modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 19 de 2012, así:

*“La provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida por la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.*

*Tanto los Comités Técnicos Científicos como las Juntas Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, con autonomía de sus miembros, se pronunciarán sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad y la pertinencia de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a siete (7) días calendario desde la solicitud completa del concepto, que se establecerá por el reglamento y de acuerdo con las condiciones médicas del paciente.”.*

## II. CONSIDERACIONES

1. La jurisprudencia constitucional ha reconocido que es razonable que el acceso a los servicios médicos pase, en algunos eventos, por la superación de trámites administrativos. Ello atiende, entre otras cosas, a las limitaciones en el acceso a los servicios de salud<sup>5</sup>, las que son necesarias para resguardar la sostenibilidad financiera del sistema.

---

<sup>5</sup> En la sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) se citaron ejemplos puntuales de limitaciones en el acceso a servicios de salud, así: “Como el derecho fundamental a la salud es limitable y, por lo tanto, el plan de beneficios no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles, la Corte Constitucional en numerosas sentencias ha negado servicios de salud solicitados por vía de tutela. Por ejemplo, la Corte ha negado los servicios estéticos. Si bien la obesidad puede en el largo plazo tener consecuencias para la salud de una persona, cada individuo también tiene el deber de cuidar de su salud y por lo tanto, de velar por prevenir las enfermedades que se derivan del sobrepeso. Sólo cuando la obesidad llega a un grado tal que los peligros para la vida y la integridad de una persona se vuelven ciertos y difícilmente reversibles mediante una dieta, la cirugía prescrita por el médico tratante adquiere una relevancia constitucional que ha conducido a conceder la tutela. Lo mismo se ha aplicado a los tratamientos odontológicos, en la medida en que una buena dentadura o una dentadura completa son deseables, pero distan de ser necesarias para preservar la vida o la integridad personal o de ser indispensables para que se pueda vivir dignamente. Inclusive la Corte ha admitido que el plan de beneficios excluya los tratamientos de fertilidad. La lista de ejemplos de servicios de salud que la Corte ha admitido que sean excluidos del POS - y no autorizados, así el médico tratante los haya prescrito - podría continuar; pero no es necesario describir exhaustivamente todos los tipos de casos en los cuales se ha admitido que el derecho a la salud tiene límites, razonables y justificados constitucionalmente.”.

2. Ahora bien, esto no implica que para resguardar la sostenibilidad financiera del sistema y la propia, las EPS puedan crear procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios, con los que terminen impidiendo el acceso oportuno a los servicios de salud a quienes los requieren con urgencia.

Al respecto, esta Corporación ha entendido que hay ciertos eventos en los que el acceso a los servicios de salud debe ser garantizado de manera inmediata. En este orden de ideas, en la sentencia C-936 de 2011, indicó que en caso de urgencia el suministro de los servicios de salud y/o medicamentos excluidos del POS, expresamente o no, no debe supeditarse ni a la aprobación del Comité Técnico Científico -CTC-, ni al de la Junta Técnico Científica de Pares -JTCP-. A continuación, en la consideración 2.8.2.3. de la citada jurisprudencia expresó lo siguiente:

*“Vale la pena aclarar que el concepto de urgencia no se agota con las emergencias médicas, las cuales se caracterizan por el riesgo inminente que se cierne sobre la vida. Los casos de urgencia son definidos por el artículo 3 del Decreto 492 de 1990 “Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones” de forma amplia así:*

*“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.”*

*A su vez, las urgencias pueden clasificarse de la siguiente forma: (i) urgencias leves, que son aquellas en las que la demora de la asistencia no genera cambios en el pronóstico médico; (ii) urgencias menos graves, en las que la atención puede tardar algunas horas sin que empeore el pronóstico; y (iii) urgencias graves o emergencias médicas, en las que cualquier demora en la prestación de los servicios médicos conlleva un aumento del riesgo de muerte.*

*En consecuencia, la urgencia no tiene que provenir necesariamente de un caso fortuito, como un accidente, sino que puede ser consecuencia de la evolución de una enfermedad adquirida tiempo atrás, como enfermedades catastróficas tales como el cáncer o la insuficiencia renal.*

*Con fundamento en estas consideraciones, la Sala considera necesario reiterar la regla que ya había fijado frente al trámite ante los CTC, en el sentido de que cuando el médico tratante disponga que el medicamento, tratamiento, insumo o cualquier servicio excluido del plan obligatorio de salud de cualquier régimen deba prestarse de manera inmediata según criterio del médico tratante, la EPS deberá hacerlo así (...)*

*Además, cabe recordar que el artículo 130 de la Ley 1438 dispone que es una conducta que vulnera el derecho a la salud y, por tanto, sancionable: “130.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional”, como son los niños, los adultos mayores, la mujeres embarazadas, las personas en situación de discapacidad y las personas gravemente enfermas, entre otras.”.*

Lo anterior es una reiteración del criterio jurisprudencial según el cual las EPS deben autorizar de manera inmediata servicios de salud y/o medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, esto es, sin someter su suministro a previa autorización del CTC o del JTCP, cuando conforme a lo dispuesto por el médico tratante se requieran para salvaguardar la vida y/o la integridad personal del afectado<sup>6</sup>.

3. Adicionalmente, es importante aclarar que si llegare a ser necesaria la creación de algún trámite para acceder a servicios de salud no incluidos en el POS que se requieran con urgencia, éste no debe prorrogar irrazonablemente dicho acceso, ni debe imponerle al interesado cargas que no le corresponde asumir, puesto que, de lo contrario, se estaría irrespetando su derecho a la salud e incluso atentando contra su vida y/o su integridad personal.

4. Así las cosas, teniendo en cuenta que el legislador consideró que el CTC es el procedimiento interno idóneo para acceder a servicios no previstos en el plan de beneficios<sup>7</sup> pese a que no es directo, no tiene sentido solicitarle a la Comisión de Regulación en Salud -CRES- que cumpla con lo dispuesto en el inciso 1° de la orden vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008.

Lo anterior no obsta para que, considerando que cuando se trata de un servicio que se requiere con urgencia no es necesario que éste sea autorizado por el CTC ni por la JTCP, el Ministerio de Salud y Protección Social, que es a quien por ley compete la expedición de normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las ESP<sup>8</sup>, regule la situación, con el fin de que se dejen de negar servicios

---

<sup>6</sup> En la sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) esta Corporación reiteró que: “(...) *se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.” En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]. (...)” (Negrilla agregada).*

<sup>7</sup> Al respecto, véase el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>8</sup> Ley 100 de 1993, artículo 173. “*Son funciones del Ministerio de Salud, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes: (...) 3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud (...)*”.

que se requieran con urgencia y en consecuencia disminuya el número de tutelas incoadas para solicitarlos.

5. En este orden de ideas, se le solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social que adopte las medidas necesarias para notificarle a las diferentes EPS del país que cuando se requieren servicios de salud y/o medicamentos no POS con urgencia, éstos no deben ser tramitados y autorizados por el CTC ni por la JTCP, sino que deben concederse de inmediato cuando así lo diagnostique el médico tratante.

Dicha medidas deberán ser coherentes con lo expuesto en la parte considerativa de la presente providencia, en especial con el hecho de que si para la consecución de servicios de salud y/o medicamentos no incluidos en el POS que se requieran con urgencia llegare a ser necesaria la creación de algún trámite, éste deberá: i) ser breve y sumario; ii) ser surtido en su totalidad por el médico tratante; y iii) no someter la autorización del servicio de salud y/o el medicamento a ningún organismo, tales como el CTC o la JTCP.

6. Finalmente, se requerirá al Ministerio de Salud y Protección Social para que remita un informe sobre las medidas que adopte para cumplir con lo dispuesto en la presente providencia.

### **III. RESUELVE**

**PRIMERO. REQUERIR** al Ministerio de Salud y Protección Social para que en el término de quince (15) días calendario contados a partir de la fecha de la comunicación del presente auto, adopte las medidas necesarias para notificarle a todas las EPS del país que cuando se requiera con urgencia un servicio de salud no incluido en el POS, deberán autorizarlo de manera inmediata y sin que medie trámite ante ningún organismo, como el CTC o a la JTCP. Una vez vencido el plazo arriba conferido, la mencionada entidad tendrá cinco (5) días hábiles para presentar un informe en el que se especifique de manera clara, ordenada y precisa cuáles fueron las medidas que se adoptaron para cumplir con lo aquí dispuesto. Dicho informe deberá ser remitido a la Sala Especial de Seguimiento para el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

**SEGUNDO. ADVERTIR** al Ministerio de Salud y Protección Social que las medidas que adopte deberán ser coherentes con lo expuesto en la parte considerativa de la presente providencia, en especial con el hecho de que si para la consecución de servicios de salud y/o medicamentos no incluidos en el POS que se requieran con urgencia llegare a ser necesaria la creación de algún trámite, éste deberá: i) ser breve y sumario; ii) ser surtido en su totalidad por el médico tratante; y iii) no someter la autorización del servicio de salud y/o el medicamento a ningún organismo, tales como el CTC o la JTCP.

**TERCERO.** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General