

SENTENCIA INHIBITORIA EN TUTELA-Improcedencia

Estatuye que el contenido del fallo de tutela no podrá ser inhibitorio. Por lo cual, el juez debe, oficiosamente, utilizar todos los mecanismos legales que le permitan remover los obstáculos puramente formales para evitar que el fallo resulte inútil, que trate el problema superficialmente o que lo deje sin respuesta.

LEGITIMACION POR ACTIVA EN TUTELA-Hija en representación de la madre

La demandante -hija de la afectada- actuó con el convencimiento fundado en torno a la imposibilidad de aquélla para asumir su propia defensa, puesto que aparte de todos los diagnósticos que clínicamente constan en el expediente, se encontraba en silla de ruedas y padeciendo física y psicológicamente el daño que le generaban la inoperancia y negligencia del servicio de salud solicitado.

ENFERMEDADES CATASTROFICAS O RUINOSAS-Periodo mínimo de cotización no es extensible a casos de urgencia o gravedad/DERECHO A LA SALUD-Periodo mínimo de cotización no es extensible a casos de urgencia o gravedad

La exigencia legal de las 100 semanas de cotización para la atención en enfermedades catastróficas, deberá inaplicarse en este caso, puesto que se trata de una situación evidente y probada de urgencia en la salud, en donde la paciente padece de una patología doble, y ello hace que la necesidad de pronta y eficiente atención se extreme, no solo en calidad y tratamientos, sino en la urgencia que demandan tanto el padecimiento de la diabetes melitus como el cáncer de útero que la aqueja. Por lo tanto el Seguro Social deberá prestar la atención en salud solicitada por la demandante, sin perjuicio de que pueda repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INSTITUTO SEGUROS SOCIALES-Desorden administrativo/INSTITUTO SEGUROS SOCIALES-Le corresponde carga de la prueba en cuanto a semanas de cotización

Se estima imprescindible dejar en claro que la carga de la prueba al respecto no corresponde al usuario sino a la entidad -en este caso el Seguro Social-, que tiene, o debe tener, en sus archivos el récord exacto de semanas cotizadas, por lo cual no le es permitido supeditar la

atención que requiere el enfermo -menos todavía cuando es urgente e inaplazable- a la presentación por parte de él o de su familia de las certificaciones correspondientes. La falta de información de la propia EPS, su desorden interno, las deficiencias en sus archivos, el desconocimiento de la situación de cada afiliado, no son circunstancias que aquél deba soportar en su contra, ni tampoco sus allegados, que puedan requerir -como en esta oportunidad- con carácter urgente los cuidados médicos. Tales eventos sólo demuestran el incumplimiento de las obligaciones a cargo de la administración de la EPS y repercuten de manera grave en la salud de los usuarios y en el cabal ejercicio de sus derechos fundamentales.

Referencia: expediente T-246480

Acción de tutela instaurada por Carmen Elisa Gómez Lozada contra el Seguro Social - seccionales Tolima y Santa Fe de Bogotá-.

Magistrado Ponente:

Dr. JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Aprobada en Santa Fe de Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de enero de dos mil (2000).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9, de la Constitución Política y en el Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del proceso de revisión del fallo dictado en el asunto de la referencia, por la Sala Penal del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué.

I. ANTECEDENTES

La accionante actuó en nombre y representación de su madre, Miriam Lozada de Gómez, quien se encuentra impedida y en silla de ruedas, siendo, por cuenta de aquélla, beneficiaria del Seguro Social. La acción de tutela se dirigió contra ese organismo, para la protección de

los derechos a la vida, a la salud y a la seguridad social de la paciente, quien padece de diabetes melitus.

La enferma requiere tratamiento médico de hemodiálisis de por vida, pero le ha sido suspendido por la institución demandada, que manifiesta haberla retirado del sistema. Además, la señora Lozada de Gómez tiene un cáncer en el útero, por lo cual fue remitida a Santa Fe de Bogotá para radioterapia, pero no se la practicaron por falta de presupuesto, según el Seguro Social.

Señala la actora que viene cotizando hace 21 años en la entidad demandada.

En declaración rendida por los funcionarios competentes del Seguro Social, y según oficio de julio 23 de 1999 de la Unidad Renal del Tolima, que le venía efectuando la hemodiálisis, ésta le suspendió el tratamiento por cuanto debía presentar certificación sobre el número de semanas cotizadas, mínimo 100, como exigencia del Seguro Social para radicación, legalización y pago de las cuentas. Como no la presentó la paciente, se tomó la decisión de hacer que cesara el procedimiento médico que le venía siendo aplicado.

La accionante manifestó que solicitó al Seguro Social la certificación del número de semanas cotizadas, la cual no le fue expedida bajo los argumentos de que el sistema no estaba actualizado, dejaron de pagar algunos meses las cotizaciones, y el servicio se lo había seguido prestando la Unidad Renal del Tolima pero no por cuenta del Seguro Social, sino como un particular, debiendo pagarlo.

II. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISION

El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué -Sala Penal-, profirió fallo el 30 de julio de 1999, mediante el cual decidió denegar, por falta de interés para actuar, la acción de tutela instaurada por la señora Carmen Elisa Gómez Lozada, considerando que: “La accionante no se halla legitimada para actuar, pues no es titular de los derechos fundamentales que pretende proteger; no actúa como representante o apoderada de su señora madre, ni se puede considerar como agente oficiosa de derechos ajenos, toda vez que no indica esa calidad; tampoco se vislumbra de la demanda que aquélla esté imposibilitada para promover su propia defensa...”.

III. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y FUNDAMENTOS DE LA DECISION

1. Las providencias dictadas por los jueces en el trámite de la acción de tutela deben fundarse en el Derecho sustancial y las correspondientes sentencias tienen que resolver de fondo la situación jurídica planteada

Analizado el expediente, se observa que el juez de instancia no se pronunció de fondo respecto de la acción de tutela instaurada por Carmen Elisa Gómez Lozada, negando la tutela por falta de legitimación para actuar, lo cual contradice la normatividad vigente en esta materia.

En efecto, el artículo 17 del Decreto 2591 de 1991 señala el único evento en que el juez de tutela puede rechazar la demanda, sin pronunciamiento de fondo, que corresponde a la circunstancia en que no sea posible determinar la razón que la motiva y sobre la base de que el peticionario no la corrija oportunamente. En todas las demás situaciones, la tutela debe conducir a un fallo en el que se conceda o deniegue la protección pedida, pues de no analizarse materialmente las pretensiones propuestas por los demandantes, resulta restringido y limitado, paradójicamente por una autoridad judicial, el acceso a la administración de justicia, contrariando lo dispuesto en los artículos 86 y 229 de la Constitución Política de Colombia.

De otra parte, el parágrafo del artículo 29 del Decreto 2591 de 1991 estatuye que el contenido del fallo de tutela no podrá ser inhibitorio. Por lo cual, el juez debe, oficiosamente, utilizar todos los mecanismos legales que le permitan remover los obstáculos puramente formales para evitar que el fallo resulte inútil, que trate el problema superficialmente o que lo deje sin respuesta.

Así las cosas, el razonamiento y la conclusión del juez deben plasmarse en una decisión de fondo que resuelva el asunto jurídico planteado mediante el ejercicio de la acción de tutela.

“El juez u organismo judicial ante el cual se invoca un derecho primario, como los que busca proteger el artículo 86 de la Carta, debe entrar en el fondo del asunto para examinar, con criterio de justicia material, las circunstancias en medio de las cuales se ha producido el acto o la omisión que puedan estar causando la perturbación o el riesgo del derecho fundamental; para definir si el daño o la amenaza existen; para establecer sobre quién recae la

responsabilidad del agravio y para impartir, con carácter obligatorio e inmediato, las órdenes encaminadas a restaurar la vigencia real de las garantías constitucionales”.

Así mismo, en Sentencia T-486 de noviembre 2 de 1994 se dijo:

“Al estatuir mecanismos orientados a la defensa de los derechos fundamentales, uno de los cuales es la acción de tutela, quiso el Constituyente lograr su efectividad (artículos 2, 5 y 83 a 94 de la Constitución Política), dentro del criterio de que en las actuaciones judiciales debe prevalecer el derecho sustancial.

En ese orden de ideas, mediante el artículo 86 de la Carta, se confió a los jueces la función de verificar en concreto la vigencia cierta de la normativa constitucional en la materia y se los autorizó para que, cuando encuentren configurada la violación o amenaza de un derecho fundamental por acción u omisión de la autoridad pública y aun de los particulares, impartan las órdenes de inmediato cumplimiento que sean necesarias para la salvaguarda efectiva de aquél.

Desde luego, en el cumplimiento de su función, los jueces están sujetos a las reglas establecidas por el legislador para fijar la competencia, pero ni siquiera en el supuesto de carecer de ella están autorizados para proferir fallo inhibitorio, ya que éste se halla expresamente prohibido por el parágrafo del artículo 29 del Decreto 2591 de 1991.

De ello resulta que ningún juez ante el cual se intente la acción de tutela puede abstenerse de resolver de fondo sobre el asunto planteado. Esto es, debe conceder o negar la tutela, motivando debidamente su determinación.

Se trata de un deber inexcusable del juez, quien, al negarse a decidir, viola el derecho fundamental de acceso a la administración de justicia (artículo 229 C.P.) y deja desprotegido al peticionario, desconociendo así el artículo 86 de la Carta”.

En Sentencia T-173 del 4 de mayo de 1993 la Sala Quinta de Revisión había dicho:

“Considera la Corte que el acceso a la administración de justicia no es un derecho apenas formal que se satisfaga mediante la iniciación del proceso sino que su contenido es sustancial, es decir, implica que la persona obtenga a lo largo de la actuación y hasta la culminación de la misma, la posibilidad real de ser escuchada, evaluados sus argumentos y

alegatos y tramitadas, de acuerdo con la ley, sus peticiones, de manera que las resoluciones judiciales sean reflejo y realización de los valores jurídicos fundamentales. En tal sentido, el acceso a la administración de justicia es inescindible del debido proceso y únicamente dentro de él se realiza con certeza”.

Resulta evidente que la decisión judicial objeto de revisión se limitó, sin más, a estudiar el derecho adjetivo, omitiendo el análisis sustancial de los derechos cuya vulneración se alegaba por quien instauró la tutela, cuando, según lo expuesto, debió culminar en una decisión que negara o concediera la protección impetrada. El Tribunal de instancia ignoró en el presente proceso tanto el material probatorio existente como la situación real de la señora Lozada de Gómez y los informes médicos que aparecen en el expediente, los cuales no dejan duda respecto a su incapacidad para obrar directamente en el proceso. Además, la demandante -hija de la afectada- actuó con el convencimiento fundado en torno a la imposibilidad de aquélla para asumir su propia defensa, puesto que aparte de todos los diagnósticos que clínicamente constan en el expediente, se encontraba en silla de ruedas y padeciendo física y psicológicamente el daño que le generaban la inoperancia y negligencia del servicio de salud solicitado.

Gozó la instancia de varias ocasiones para cerciorarse del grave estado de salud de la persona representada y para reconocer legitimidad en la actuación de quien obraba en su nombre, en ejercicio de una modalidad procesal que el propio artículo 86 de la Constitución autoriza. El Tribunal estaba en la obligación de fallar de fondo sobre la acción incoada, lo cual no implica que forzosamente debiese haber declarado procedente la tutela y menos todavía que hubiese debido concederla. Se encontraba satisfecho el requisito del artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, sobre la posibilidad de agenciar derechos ajenos, y así debió el juez considerarlo.

3. Derechos fundamentales infringidos. Derechos a la vida, a la salud y a la seguridad social. La indispensable previsión presupuestal de las actividades que normalmente, en cumplimiento de su función, tienen que adelantar las entidades que prestan servicio de salud

Existe en el presente caso vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, como lo manifiesta la accionante, y amenaza para la vida de su madre,

puesto que la entidad demandada, de la cual es beneficiaria la señora Miriam Lozada de Gómez, no asume el pago del tratamiento de hemodiálisis y tampoco realiza las radioterapias requeridas por la paciente.

Para el caso del tratamiento de hemodiálisis, por no presentar certificación del número de semanas cotizadas como exigencia de la misma demandada para radicar, legalizar y pagar el servicio a la Unidad Renal del Tolima y para las radioterapias por falta de presupuesto; exigencias que no pueden constituirse en obstáculo o impedimento para la negación o suspensión del servicio.

De conformidad con lo dispuesto por el inciso 2º del artículo 10º del Código Contencioso Administrativo, los funcionarios no podrán exigir a los particulares constancias, certificaciones o documentos que ellos mismos tengan, o que puedan conseguir en los archivos de la respectiva entidad. De tal suerte que el Seguro Social no puede exigir, como condición para la prestación del servicio, una certificación sobre el número de semanas cotizadas a la Unidad Renal del Tolima y mucho menos al paciente, cuando en sus archivos consta dicha información y es esa misma entidad la que debe expedir tal certificación.

Como en varias oportunidades lo ha expresado ésta Corporación, no es admisible fundamentar la negativa o suspensión del servicio de salud en situaciones económicas que deben ser previstas y solucionadas por la entidad demandada -como la falta de presupuesto, que resulta inexcusable si se tiene en cuenta que los organismos de seguridad social deben planear con suficiente antelación lo concerniente al normal cumplimiento de sus funciones-, y mucho menos en exigir requisitos adicionales, como papeles, datos o certificaciones que la misma demandada debe expedir, que conoce o tiene en su poder, como es el caso de la constancia sobre el número de semanas cotizadas.

El tratamiento de hemodiálisis y la radioterapia son de alto costo, y en caso de que el paciente no los puede costear, deben ser asumidos por el Estado, como repetidamente lo ha exigido la jurisprudencia.

A juicio de esta Corte -en efecto-, debe existir una mínima previsión por parte de quienes elaboran los presupuestos de entidades que, como el Seguro Social, tienen como una de sus funciones primordiales la atención de la salud de las personas. Ella comprende distintas fases y aspectos, todos los cuales merecen ser atendidos con prontitud y eficiencia para asegurar

la plenitud del disfrute de los derechos de los afiliados y sus familias.

Esa constante actividad y el normal conocimiento producido por la experiencia acerca de los casos de mayor ocurrencia y del tipo de procedimientos clínicos que deben llevarse a cabo para las labores de prevención y atención de los beneficiarios (operaciones, tratamientos, exámenes, vacunas, medicamentos, terapias), así como en torno al cálculo de sus posibles costos en un período determinado, resultan factores esenciales en el momento de elaborar los proyectos de presupuesto. Se supone que tales costos de la gestión son globalmente previstos y que situaciones como la afrontada por la beneficiaria en este caso son frecuentes y deben estar contempladas con antelación. Salvo casos muy excepcionales, la necesidad de una cirugía o de un tratamiento no corresponde a una contingencia absolutamente imprevisible para una entidad organizada y planificadora cuyo objeto es justamente la prestación de servicios de salud. Luego es inadmisibles negar la atención urgente de un enfermo con base en la socorrida disculpa de la falta de presupuesto, menos todavía bajo los conceptos superiores del Estado Social de Derecho, cuya realización es exigible ante los jueces.

Es necesario reiterar, por otra parte, que en los términos de la jurisprudencia constitucional, cuando se trata de urgencias o de situaciones especialmente graves, no puede la institución de salud oponer a la persona objeción alguna para atenderla, menos todavía la relacionada con la falta del tiempo mínimo de cotización.

En efecto:

“Así las cosas, cuando el usuario del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, requiera atención médica por una enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y no cumpla con el período mínimo de cotización, debe ser atendido por la entidad de salud a la que esté afiliado, pero con la condición de que pague una suma determinada por los servicios prestados, que según la norma antes transcrita es “el porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados” en ese mismo artículo. No se olvide que el usuario pertenece al régimen contributivo y, por tanto, se presume su capacidad de pago. Pero ¿qué ocurre cuando se presentan casos de urgencia?. En estos eventos, la misma ley 100/93 en su artículo 168, obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las

personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente.

Entonces, bien puede afirmarse que ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de “alto costo”, necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios.

El cobro de un porcentaje en dinero por la atención de enfermedades de alto costo, cuando no se hayan cumplido los períodos mínimos de cotización, tampoco viola la Constitución, pues ésta no prescribe que los servicios de salud deban ser gratuitos, salvo en lo que atañe a la atención básica, según se lee en el inciso cuarto del artículo 49 que textualmente reza: “La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”. Los servicios que comprende la atención básica, según el artículo 30. del decreto 1938 de 1994 son “todas aquellas acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades, o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

Además, el porcentaje de los costos que debe pagar el usuario de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución, lo fija la ley proporcionalmente con la capacidad socio económica del empleado, para evitar precisamente cobros irrazonables y desmesurados”. (Cfr. Corte Constitucional. Sala Plena. Sentencia C-112 del 25 de marzo de 1998. M.P.: Dr. Carlos Gaviria Díaz).

“...en casos de urgencia o gravedad comprobadas, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio como el que reclama la actora. Pues, por encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema. Por tanto en estos casos, los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinoso, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que les correspondería, tienen el derecho y

las entidades el deber de atenderlos los costos del tratamiento serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, que tendrá la acción de repetición contra el Estado, para recuperar aquellos valores que legalmente no estaba obligada a sufragar..”. (Cfr. Corte Constitucional. Sala Primera de Revisión. Sentencia T 385 del 17 de julio de 1998. M.P.: Dr. Alfredo Beltrán Sierra).

La señora Lozada de Gómez requiere el tratamiento de hemodiálisis en forma ininterrumpida y de las radioterapias prescritas para el control del cáncer, los cuales le permitirán mantener su salud más o menos estable, así como cierta calidad de vida dentro de la dignidad a que tiene derecho según la Carta Política.

La exigencia legal de las 100 semanas de cotización para la atención en enfermedades catastróficas, deberá inaplicarse en este caso, puesto que se trata de una situación evidente y probada de urgencia en la salud, en donde la paciente padece de una patología doble, y ello hace que la necesidad de pronta y eficiente atención se extreme, no solo en calidad y tratamientos, sino en la urgencia que demandan tanto el padecimiento de la diabetes melitus como el cáncer de útero que la aqueja. Por lo tanto el Seguro Social deberá prestar la atención en salud solicitada por la demandante, sin perjuicio de que pueda repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. El desorden administrativo interno de una entidad que presta servicios de salud y su repercusión en el daño a los derechos fundamentales. La carga de contabilizar el número de semanas cotizadas para enfermedades de alto costo no corresponde al usuario sino al organismo de seguridad social

En el proceso materia de examen se ha podido establecer que la situación de la paciente, que comporta peligro para su vida, se debe primordialmente a la exigencia por parte del Seguro sobre acreditación del número de semanas cotizadas para tener derecho a la atención, por tratarse de enfermedades de alto costo.

Aunque, como lo ha expresado la Corte, es necesario conocer ese número para los fines que indica la Ley 100 de 1993 cuando se trata de enfermedades catastróficas, lo que tiene incidencia en la atención de la persona -con las salvedades indicadas- cuando tal cantidad es insuficiente respecto a lo exigido por el Decreto 806 de 1998, se estima imprescindible dejar en claro que la carga de la prueba al respecto no corresponde al usuario sino a la entidad -en

este caso el Seguro Social-, que tiene, o debe tener, en sus archivos el récord exacto de semanas cotizadas, por lo cual no le es permitido supeditar la atención que requiere el enfermo -menos todavía cuando es urgente e inaplazable- a la presentación por parte de él o de su familia de las certificaciones correspondientes.

Este principio tiene especial importancia, ya que si la institución, por razones de desorganización interna, no puede acreditar que faltan semanas por cotizar, debe presumirse que el requisito legal se cumple y está por tanto obligada a ofrecer y prestar al paciente la totalidad de los servicios a su cargo.

Y ello por cuanto, en los términos del artículo 164 de la Ley 100 de 1993, las EPS no pueden oponer a sus afiliados ni a los beneficiarios de éstos preexistencia alguna, lo cual indica que, en principio, les debe ser prestado el servicio. Lo relativo a enfermedades de alto costo, con la exigencia de número mínimo de cotizaciones, es una excepción.

El carácter extraordinario de tal requerimiento hace que sea la entidad encargada de prestar el servicio la que tenga también bajo su responsabilidad la cuenta y verificación sobre el número de semanas cotizadas, con el objeto de manifestarlo en el momento en que el servicio se demanda. Presumir la situación extraordinaria, afirmar que el paciente no tiene derecho a ser atendido y trasladarle la carga de probar lo contrario, es conducta ilegítima de la EPS, inaceptable a la luz de la Constitución (artículo 83), por cuanto la buena fe se presume, y altamente lesiva de los derechos fundamentales.

Del mismo modo, ha de afirmarse en este proceso que la falta de información de la propia EPS, su desorden interno, las deficiencias en sus archivos, el desconocimiento de la situación de cada afiliado, no son circunstancias que aquél deba soportar en su contra, ni tampoco sus allegados, que puedan requerir -como en esta oportunidad- con carácter urgente los cuidados médicos.

Tales eventos sólo demuestran el incumplimiento de las obligaciones a cargo de la administración de la EPS y repercuten de manera grave en la salud de los usuarios y en el cabal ejercicio de sus derechos fundamentales.

Por eso, además de las órdenes tendientes a salvaguardar tales derechos, la Sala remitirá copias del expediente y de este fallo al Procurador General de la Nación para que investigue

a los servidores del Seguro Social que con su conducta y con las exigencias formuladas a la paciente dieron lugar a la acción de tutela; y en general para que verifique cómo se está llevando a cabo en el Seguro Social el proceso de control sobre número de semanas cotizadas y sobre el archivo referente a los datos de afiliados y beneficiarios. Con el mismo objeto, se compulsarán copias al Contralor General de la República, en lo relativo al control de gestión y resultados.

DECISION

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR el fallo proferido por la Sala Penal del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué, mediante el cual se denegó la protección de los derechos invocados por la accionante en favor de la señora Miriam Lozada de Gómez.

Segundo.- INAPLICAR por inconstitucional en el presente caso, el artículo 61 del Decreto 806 de 1998. TUTELAR el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad social de Miriam Lozada de Gómez y, por lo tanto, ORDENAR al Seguro Social, seccionales Tolima y Santa Fe de Bogotá, continuar prestando la integridad de los servicios requeridos por ésta para la preservación de su salud, sin necesidad de exigir pagos adicionales. El Seguro Social tendrá acción de repetición contra el FOSYGA por el equivalente al número de semanas que hagan falta, según las normas vigentes. Las intervenciones y tratamientos que requiera la paciente le deben ser practicados o iniciados a más tardar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta Sentencia, si ya no se hubiesen efectuado o principiado, siempre que lo estimen necesario y oportuno los médicos tratantes.

Tercero.- PREVENIR al Seguro Social para que en el futuro se abstenga de observar las conductas reprochadas en este Fallo, que inciden en la salud y amenazan la vida de sus pacientes.

Cuarto.- REMITANSE copias de esta providencia y del expediente al Procurador General de la Nación y al Contralor General de la República para lo de sus respectivas competencias.

Quinto. DESE cumplimiento a lo previsto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Magistrado Ponente

ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO

FABIO MORON DIAZ

Magistrado

Magistrado

MARTHA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General