

INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Casos en que procede por exclusión de tratamientos y medicamentos de alto costo

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Recobro al Fosyga está supeditada a que la prestación esté excluida del POS

La posibilidad de recobro se encuentra supeditada a que las entidades obligadas a compensar estén en un escenario en el que la prestación requerida esté expresamente excluida del plan obligatorio de salud. La posibilidad de recobro ante la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía es una orden judicial legítima, desde la perspectiva del diseño constitucional del sistema, en tanto garantiza la eficacia del principio de eficiencia en el manejo de los recursos que lo nutren. No obstante, la concesión de esta facultad está supeditada, en todos los casos, a que se trate de una prestación médico asistencial que esté efectivamente excluida del plan obligatorio o sometida a copagos o cuotas moderadoras cuya exigencia, en el caso concreto, se tornen en una barrera para el acceso a la atención en salud.

DERECHO A LA SALUD-Cirugía de catarata e implantación de lente intraocular que está incluido en el POS

Famisanar EPS insiste en que el suministro de lente intraocular propio de la cirugía para extracción de cataratas no estaba incluido en el POS, razón por la cual de prosperar el amparo, el juez debía ordenar el recobro. No obstante, la Corte advierte que la posición asumida por la EPS contradice tanto la expresa disposición legal que dispone la inclusión del lente intraocular en el plan obligatorio, como decisiones anteriores de esta Corporación que al tratar asuntos análogos han demostrado que el lente intraocular hace parte de las obligaciones legales de las entidades promotoras de salud. En efecto, el procedimiento denominado “extracción de catarata mas lente intraocular” se encuentra incluido en el POS, bajo el código 02905 del artículo 57 de la Resolución 5261 de 1994, que establece el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud.

DERECHO A LA SALUD-Imposibilidad de recobro al Fosyga por cuanto el lente intraocular no se encuentra excluido del POS

- Reiteración de jurisprudencia -

Referencia: expedientes acumulados T-1700109 y T-1703113

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Bogotá, D.C., cinco (5) de diciembre de dos mil siete (2007).

La Sala Tercera 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 Ley 2591 de 1991, profiere la siguiente

SENTENCIA

en el trámite de revisión de los fallos proferidos en los asuntos de la referencia, dentro de las acciones de tutela promovidas separadamente por Gloria Matilde Hernández Navarrete y Ligia Santa de Hernández; expedientes acumulados por la Sala de Selección número nueve, en auto del 21 de septiembre de 2007.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos relevantes y acciones de tutela interpuestas

1. Expediente T-1700109

A la ciudadana Gloria Matilde Hernández Navarrete, cotizante del régimen contributivo de seguridad social en salud administrado por Famisanar EPS, le fue diagnosticada Catarata Senil Nuclear SCP Bilateral con Corrección AO. Por este motivo, el 13 de abril de 2007 su médico oftalmólogo tratante le ordenó la práctica de una cirugía de Extracción Extracapsular de Cristalino por Aspiración e Implante de Lente Intraocular Secundario SOD, procedimiento que fue autorizado por la entidad demandada.

No obstante, funcionarios de Famisanar EPS informaron verbalmente a la actora que debía

asumir con sus propios recursos el valor del lente intraocular, puesto que era una prestación excluida del plan obligatorio de salud. Ante ello, el 25 de abril de 2007 la afiliada presentó una solicitud ante la entidad accionada, en la que puso de presente que (i) carecía de los recursos para sufragar el valor del lente intraocular y que (ii) en todo caso, verificada tanto la Resolución 5261 de 1994, que establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos incluidos en el POS, como la sentencia T-1081/01 de la Corte Constitucional, se concluía que el lente intraocular sí estaba incluido en el plan obligatorio. Por lo tanto, requirió a Famisanar EPS para que indicara si iba a asumir el costo de la prestación o, en caso contrario, qué sustento legal tendría la negativa de suministro.

A través de comunicación del 9 de mayo de 2007, Famisanar EPS dio respuesta a la solicitud de la demandante. Al respecto, se limitó a indicar que de conformidad con el artículo 18 de la Resolución 5261/94, del Ministerio de Salud, no están incluidos dentro del plan obligatorio las actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente considerados en el Manual. De igual modo, le puso de presente el contenido del artículo 28 del Decreto 806 de 1998, norma que prevé la posibilidad que en los casos en que el usuario carezca de los recursos para asumir prestaciones médico asistenciales excluidas del POS, acuda a las instituciones públicas o aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, a fin de obtener la atención médica correspondiente.

Conforme los anteriores presupuestos fácticos, el 13 de junio de 2007 la ciudadana Hernández Navarrete impetró acción de tutela en contra de Famisanar EPS. Con este fin, puso de presente que la falta del suministro del lente intraocular afectaba su derecho constitucional a la salud, en conexidad con la vida en condiciones dignas, en la medida en que la enfermedad que padecía es de naturaleza progresiva y compromete gravemente su sentido de la visión. Igualmente, señaló que era madre cabeza de familia, se desempeñaba como operaria de limpieza y devengaba el salario mínimo, razones que demostraban suficientemente su incapacidad económica para asumir el costo del procedimiento, el cual, contrario a lo indicado por la entidad demandada, hacía parte de las prestaciones propias del plan obligatorio.

1. Expediente T-1703113

Con el fin de diagnosticar una dolencia que padece, el médico tratante de la ciudadana Ligia Santa de Hernández, beneficiaria del régimen contributivo de seguridad social en salud administrado por el Seguro Social EPS, le fue ordenada una Escanografía Cerebral Simple y con Contraste. Sin embargo, dicho procedimiento no fue practicado por la entidad demandada, circunstancia que motivó que el 7 de Junio de 2007 impetrara acción de tutela, al considerar afectados sus derechos constitucionales a la salud y a la seguridad social.

2. Respuesta de las entidades demandadas

2.1. Expediente T-1700109

Mediante escrito remitido al juez de tutela el 21 de junio de 2007, la apoderada general de Famisanar EPS se opuso a las pretensiones de la actora. En síntesis, señaló que en el caso propuesto no estaba suficientemente acreditada la incapacidad económica de la demandante, puesto que no concurrían elementos probatorios (declaraciones de renta, reportes financieros, etc.) que demostraran esta circunstancia. De otro lado, estimó que la atención gratuita de la actora no era viable, en tanto no hacía parte de la población pobre y vulnerable sujeta a los subsidios a la demanda. En ese sentido, se imponía concluir que la atención médica reclamada, debido a que estaba excluida del plan obligatorio, debía ser asumida en cualquier caso a través de la red pública de salud o de aquellas instituciones privadas que tuvieran contrato con el Estado, entidades que para el caso concreto estaban coordinadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Finalmente, consideró que en caso que el funcionario judicial considerara que la entidad demandada estaba obligada a suministrar el lente intraocular, debía establecerse expresamente en la sentencia la posibilidad de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga. Sobre este preciso particular indicó que “solamente es posible para las EPS presentar para recobro del Estado una cuenta por concepto de gastos que en exceso tuvo que asumir por el suministro y financiación de servicios que no se encuentren en las coberturas del POS, en virtud de un fallo de tutela, cuando expresamente el Juez de instancia así lo deja expuesto tanto en la parte motiva, como en la resolutive de su pronunciamiento, pues en caso contrario no se reúnen los requisitos indispensables para obtener la legitimidad en una reclamación ante el organismo estatal.”

2.2. Expediente T-1703113

A través de escrito dirigido al juez de tutela el 15 de junio de 2007, la Directora Jurídica del Seguro Social, seccional Valle, señaló que la entidad demandada no ha negado el examen de diagnóstico solicitado por la actora, puesto que se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud. En contrario, “tan sólo se inicia el trámite administrativo conforme a las directrices de contratación especial requeridas por esta clase de entidades. || La disponibilidad presupuestal depende del nivel nacional, y se asigna de acuerdo a los turnos disponibles por solicitudes presentadas, además de otros conceptos de priorización.”

Bajo esta lógica, la entidad accionada indicó que la actora debe presentarse en sus instalaciones para que, allegados algunos documentos, se proceda a “asignar ruta con destino a la Oficina de Autorizaciones, quienes gestionarán de manera diligente que se le programe el examen requerido”.

3. Decisiones judiciales objeto de revisión.

3.1. Expediente T-1700109

El Juzgado Cincuenta y Cinco Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá D.C., a través de sentencia del 29 de junio de 2007, concedió la protección de los derechos fundamentales invocados. En su criterio, resultaba claro que el lente intraocular solicitado era imprescindible para recuperar el estado de salud de la actora. Por lo tanto, la falta de dicha prestación ponía en riesgo cierto su estado de salud, afectándose con ello la vida en condiciones dignas y la integridad física.

De otro lado, consideró que las condiciones particulares de su estado eran suficientes para acreditar la ausencia de recursos económicos propios para la adquisición del lente. En efecto, el hecho de ser madre cabeza de familia y sus limitados ingresos derivados de su relación laboral, demostraban fehacientemente, sin necesidad de mayores ejercicios probatorios, que la demandante no estaba en capacidad de asumir personalmente el costo de la prestación.

Por último, estableció para el caso concreto el cumplimiento de los demás requisitos fijados por la jurisprudencia constitucional para el efecto, relacionados con la existencia de la orden del médico tratante adscrito a la institución accionada, la imposibilidad de sustituir el procedimiento por otro incluido en el plan obligatorio y la conexidad entre la práctica de la

cirugía y la protección de los derechos fundamentales de la afectada. Con base en estos razonamientos, el juez de tutela procedió a (i) inaplicar por inconstitucionalidad el artículo 18 de la Resolución 5261/94, en cuanto establece exclusiones al plan obligatorio de salud;¹ (ii) tutelar los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas, ordenándose para ello que Famisanar EPS suministrara el lente intraocular, además del tratamiento integral necesario para superar la dolencia padecida por la accionante, en los términos indicados por su médico tratante; y (iii) declarar que Famisanar EPS estaba habilitada para obtener el recobro ante el Fosyga, en lo que no estaba legalmente obligada a asumir en razón del suministro del lente intraocular.

El fallo no fue objeto de impugnación.

3.2. Expediente T-1703113

El Juzgado Tercero Penal del Circuito de Tulúa (Valle), mediante sentencia del 22 de junio de 2007, tuteló los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida de la ciudadana Santa de Hernández. Para sustentar esta decisión, consideró que si bien la entidad demandada había expresado su disponibilidad de adelantar los trámites necesarios para la práctica del examen de diagnóstico, resultaba claro que los mismos se venían efectuando con inusitada lentitud, al punto que habían transcurrido más de dos meses sin que se hubiera practicado el procedimiento. Esta circunstancia resultaba especialmente lesiva de los derechos de la accionante, quien en su condición de adulta mayor, vería comprometidos sus derechos fundamentales con la mora en el suministro de prestaciones médico asistenciales.

De esta manera, el juez ordenó a la entidad demandada que dentro de las 48 horas siguientes realizara los trámites para que se realizara el examen solicitado. Del mismo modo, señaló que el Seguro Social EPS estaba facultado para repetir contra el Fosyga los gastos en los que incurriera en razón del cumplimiento del fallo.

La sentencia en comento no fue impugnada por las partes.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

4. Problema jurídico

De conformidad con los antecedentes expuestos, corresponde a la Corte determinar si las

decisiones objeto de revisión, en tanto ordenaron el recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto del suministro de prestaciones médico asistenciales incluidas en el plan obligatorio de salud, desconocieron los principios constitucionales que ordenan la seguridad social en salud.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que existe un precedente consolidado sobre la materia, por lo que la Sala, en atención a lo dispuesto en el artículo 35 del Decreto Ley 2591 de 1991, sintetizará los aspectos centrales de esta doctrina y resolverá los casos propuestos.

5. El recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía procede únicamente respecto del cubrimiento de las obligaciones expresamente excluidas del plan obligatorio de salud.
Reiteración de jurisprudencia

Aunque la definición del contenido concreto de las prestaciones y financiación del sistema general de seguridad social en salud corresponde al legislador, la Constitución ha fijado un marco referencial para estas normas. Dicho marco, está conformado, entre otros aspectos, por la necesidad que el régimen legal garantice la materialización de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El principio de eficiencia del sistema ha sido definido por esta Corporación como la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.² A partir de este principio, el legislador ha previsto mecanismos dirigidos a asegurar que los recursos de las contribuciones al sistema permitan satisfacer de contingencias de cada uno de los usuarios en condiciones de universalidad. Para el caso particular del sistema general en salud, estos instrumentos consisten en la exigencia de cuotas moderadoras y copagos, periodos mínimos de cotización y la consagración de limitaciones a los beneficios del plan obligatorio de salud.

Sin embargo, el precedente aplicable a la materia ha previsto, igualmente, que la existencia de dichos mecanismos de racionalización de los recursos del sistema de seguridad social no puede constituir una barrera para la protección de los derechos fundamentales de los usuarios, los cuales pudieren verse afectados por la falta de suministro de prestaciones médico asistenciales. Así, como lo ha resaltado la Corte, “el conflicto se presenta cuando aquellos que no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos o no

han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria. || No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos³ y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política, pues ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo”⁴.

Con base en esta consideración, la jurisprudencia constitucional en un gran número de decisiones ha inaplicado las normas que regulan los instrumentos de cuotas moderadoras, copagos y restricciones a los planes de beneficios y, en consecuencia, ha ordenado el suministro de la prestación médica requerida. Esta posibilidad, en todo caso, ha estado precedida de la comprobación fáctica acerca de determinados requisitos, relativos a que (i) que la falta de suministro del tratamiento médico excluido del plan obligatorio, sujeto a periodos mínimos de cotización o sometido a copagos, afecte o ponga en riesgo la vida en condiciones dignas del usuario del servicio de salud; (ii) que el tratamiento no pueda suplantarse por otro con el mismo nivel de eficacia al sometido a periodos mínimos de cotización; (iii) que el interesado no esté en capacidad económica de asumir con sus propios recursos el valor de la prestación médico asistencial; y (iv) el procedimiento médico haya sido prescrito por un médico tratante adscrito a la entidad promotora de salud correspondiente.

La orden de protección de derechos, en el caso propuesto, impone a las entidades administradoras del sistema de salud obligaciones que van más allá de las prestaciones que le son legalmente exigibles. Así, en aras de mantener el equilibrio financiero dentro del sistema y, de este modo, la vigencia del principio de eficacia previsto en el artículo 49 C.P., la Corte ha establecido en sus decisiones mecanismos de compensación económica, a fin que sea el Estado, a través de los recursos de solidaridad que percibe el sistema de seguridad social, asuma los costos de las prestaciones a las que en virtud de la ley, no deben cubrirse

por parte de las entidades prestadoras de salud. Este mecanismo se concretiza en la facultad que el juez de tutela confiere a la entidad administradora para que repita en lo que exceda de sus obligaciones legales ante la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga del sistema general de seguridad social en salud.⁵

Como lo ha definido esta Corporación, las normas legales que regulan el funcionamiento del Fosyga⁶ permiten concluir que la finalidad de esta subcuenta es permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, con el fin de reconocer la unidad de pago por capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al régimen contributivo con sujeción a los contenidos del plan obligatorio de salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.⁷

En este orden de ideas, es claro que la posibilidad de recobro se encuentra supeditada a que las entidades obligadas a compensar estén en un escenario en el que la prestación requerida esté expresamente excluida del plan obligatorio de salud. Esta es, precisamente, la regla estipulada por el artículo 88 del Decreto 806 de 1998, reglamentario de la Ley 100/93, en el sentido que los contenidos y exclusiones del plan obligatorio de salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho consejo defina nuevos contenidos y exclusiones. A su vez, el literal o) del artículo 18 de la mencionada Resolución dispone que están excluidos del POS las actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente considerados en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud – Mapipos.

Así, de acuerdo con las reglas fijadas por la jurisprudencia constitucional y las normas legales que regulan el régimen de limitaciones de las prestaciones exigibles al sistema general de seguridad social en salud, la Corte concluye que la posibilidad de recobro ante la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía es una orden judicial legítima, desde la perspectiva del diseño constitucional del sistema, en tanto garantiza la eficacia del principio de eficiencia en el manejo de los recursos que lo nutren. No obstante, la concesión de esta facultad está supeditada, en todos los casos, a que se trate de una prestación médico asistencial que esté efectivamente excluida del plan obligatorio o sometida a copagos o

cuotas moderadoras cuya exigencia, en el caso concreto, se tornen en una barrera para el acceso a la atención en salud.

6. Estudio de los casos concretos

De acuerdo con la regla jurisprudencial recopilada en el apartado anterior, la Corte encuentra que la legitimidad constitucional de la orden dada por los jueces de tutela en cada uno los trámites acumulados, en el sentido de facultar a las entidades promotoras de salud para recobrar ante el Fosyga respecto del valor de los procedimientos que tuvieron que asumir en razón de los fallos, dependerá de que estas prestaciones estuvieren efectivamente excluidas del plan obligatorio de salud.

Para el caso de la acción promovida por la ciudadana Hernández Navarrete (Expediente T-1.700.109), Famisanar EPS insiste en que el suministro de lente intraocular propio de la cirugía para extracción de cataratas no estaba incluido en el POS, razón por la cual de prosperar el amparo, el juez debía ordenar el recobro. No obstante, la Corte advierte que la posición asumida por la EPS contradice tanto la expresa disposición legal que dispone la inclusión del lente intraocular en el plan obligatorio, como decisiones anteriores de esta Corporación que al tratar asuntos análogos han demostrado que el lente intraocular hace parte de las obligaciones legales de las entidades promotoras de salud.

En efecto, el procedimiento denominado “extracción de catarata mas lente intraocular” se encuentra incluido en el POS, bajo el código 02905 del artículo 57 de la Resolución 5261 de 1994, que establece el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud. Esta postura, adicionalmente, ha sido apoyada por las entidades públicas que coordinan el sistema general de seguridad social de salud, en varias de sus intervenciones en procesos ante este Tribunal que han versado sobre la misma controversia.

Así por ejemplo, la Sala Segunda de Revisión, en la sentencia T-388/07 puso de presente como al solicitar la información pertinente a esas autoridades, “la Dirección General de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud indicó al respecto: “(...) dentro de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud, POS, establecidas mediante la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de la Protección Social, se encuentra la inclusión secundaria de lente intraocular con los códigos 02905, 02906 por lo tanto el lente intraocular debe ser cubierto por Salud Colpatria EPS con cargo al Sistema General de Seguridad Social

en Salud. || Por lo anterior se puede concluir que Salud Colpatria EPS no estaría cumpliendo con una de sus responsabilidades establecidas en el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 como es la de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud POS, así como no estaría dando cumplimiento con uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993, que es la de protección integral para sus afiliados.”.

Esta es una posición suficientemente reiterada por la Corte. Así, como lo pone de presente la sentencia en comento, “un grupo de casos importante en la aplicación de éste criterio es el del lente intraocular en la cirugía de cataratas, en muchas ocasiones las EPS han autorizado la cirugía de cataratas pero han negado el lente intraocular, necesario para la misma, por considerar que no se encuentra expresamente incluido en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 como una prótesis, sin embargo, en la misma resolución bajo el código 02905 aparece el procedimiento “Extracción catarata más lente intraocular”. La Corte ha afirmado que si bien no se encuentra incluido expresamente en el artículo 12, si se incluye en el POS y debe ser por tanto suministrado en aplicación de un criterio finalista, se trata de una prevalencia de las inclusiones particulares sobre las exclusiones generales. Sentencias en las cuales se ha decidido así: Sentencia T-1081 de 2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) T-852 de 2003 (MP Álvaro Tafur Galvis); T-007 de 2004 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra).” A esta posición jurisprudencial habría que agregarse lo decidido por esta Sala de Revisión en la sentencia T-329/06, en la que para un caso similar se demostró, a partir de la intervención realizada por la Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo del Ministerio de la Protección Social, que el lente intraocular hacía parte de los beneficios contenidos en el plan obligatorio de salud.

Según lo expuesto, para el caso contenido en el expediente T-1.700.109, resulta improcedente la orden de recobro ante el Fosyga respecto del valor del lente intraocular, en tanto constituye un suministro propio de las prestaciones que la ley adscribe a la responsabilidad de Famisanar EPS.

Idéntica conclusión se impone respecto de la sentencia proferida dentro de la acción de tutela impetrada por la ciudadana Santa de Hernández (Expediente T-1.703.113). En este caso, fue la misma entidad demandada la que puso de presente que el examen de diagnóstico denominado Escanografía Cerebral Simple y con Contraste, estaba incluido en el plan obligatorio de salud. Así las cosas, carecía de todo sustento la orden de recobro

decidida por el juez de tutela.

En conclusión, en las sentencias objeto de revisión se pretermitió la regla según la cual el recobro ante la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía sólo es viable cuando se trate de prestaciones efectivamente excluidas del plan obligatorio de salud.

Por lo tanto, la Corte revocará los apartados correspondientes en cada uno de los fallos, que ordenaron dicho recobro.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR la expresión “el suministro del insumo LENTE INTRAOCULAR, según la orden de los médicos. Que requiere debido a su afección conocida como CATARATA SENIL NUCLEAR SCP, mas BILATERAL 20/100 CON CORRECCIÓN AO” contenida en el numeral cuarto de la parte resolutive de la sentencia adoptada el 29 de junio de 2007 por el Juzgado Cincuenta y Cinco Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá D.C. (Expediente T-1.400.109).

SEGUNDO: REVOCAR la expresión “pudiendo repetir contra el FOSYGA lo que desembolse en cumplimiento de esta decisión; por su parte el FOSYGA dispondrá de quince (15) días para reconocer lo debido o determinar la fecha máxima dentro de la cual lo hará y luego, dará cumplimiento a la obligación reconocida; de conformidad a lo consignado en la parte motiva de este proveído.” contenida en el numeral 8.1. de la parte resolutive del fallo proferido el 22 de junio de 2007 por el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Tuluá, Valle.

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

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

Presidente de la Sala

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

1 Sobre este particular, el fallo sigue el modelo de decisión utilizado por esta Corporación en la sentencia T-676/02.

2 Cfr. Corte Constitucional, sentencia C-760/04.

3 C-265 de 1994 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) y T-639 de 1997 (M.P. Fabio Morón Díaz).

4 T-328 de 1999 (MP: Fabio Morón Díaz). En esta sentencia, la Corte revisó el caso de un hombre enfermo de SIDA, a quien su EPS no le suministraba los medicamentos que requería para tratar esta enfermedad, por no haber cumplido con las cien semanas de cotización.

Esta regla fue reiterada en la sentencia T-745/04, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, que estudió el caso de un menor, representado por su progenitora, quien demandó a una Secretaría de Salud Departamental, puesto que la autorización para el tratamiento de quimioterapia requerido por su hijo era sujeto al pago de cuotas de recuperación. La doctrina sobre la inaplicación de las normas que establecen pagos de esta naturaleza es extendida en la jurisprudencia constitucional. Al respecto, pueden consultarse, entre otras, T-111/05, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-142 de 2004, MP. Alfredo Beltrán Sierra; T-797 de 2003, MP. Rodrigo Escobar Gil; T-133 de 2003, MP. Jaime Araujo Rentería; T-1153 de 2003, MP. Alfredo Beltrán Sierra; T-340 de 2003, MP. Eduardo Montealegre Lynett; T-062 de 2003, MP. Eduardo Montealegre Lynett; T-699 de 2002, MP. Alfredo Beltrán Sierra; T-501 de 2002, MP. Eduardo Montealegre Lynett; T-297 de 2001, MP. Clara Inés Vargas Hernández; T-1663 de 2000, MP.

Alfredo Beltrán Sierra; T-1130 de 2000, MP. Álvaro Tafur Galvis; T-582 de 2000, MP. Álvaro Tafur Galvis; T-579 de 2000, MP. Álvaro Tafur Galvis; T-236 de 2000, MP. José Gregorio Hernández Galindo; T-228 de 2000, MP: José Gregorio Hernández Galindo; T-901 de 1999, MP. Alfredo Beltrán Sierra; T-876 de 1999 (MP: José Gregorio Hernández Galindo).

5 Cfr. Corte Constitucional, sentencia SU-819/99

6 Ley 100/93, Decretos 1283/96 y 1013/98

7 Esta es la definición utilizada por las autoridades encargadas de administrar los recursos del Fondo. Sobre el particular, puede consultarse el Manual Operativo de la Subcuenta de Compensación y Promoción. Ministerio de la Protección Social. Septiembre de 2007.