

Sentencia T-329/06

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Casos en que se debe prescindir de los copagos y cuotas moderadoras

REGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-En ningún caso los copagos pueden convertirse en barreras de acceso al servicio

DERECHO A LA SALUD-Cirugía de catarata e implantación de lente intraocular y extirpación de fibroadenoma en mama por parte de EPS a persona de escasos recursos

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Reiteración de jurisprudencia

Referencia: expediente T-1254225

Acción de tutela instaurada por Graciela González de Ramírez contra Salud Total EPS.

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO.

Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil seis (2006).

La Sala Cuarta 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 proceso de revisión de los fallos dictados por el Juzgado Diecisiete Civil Municipal de Bucaramanga y el Juzgado Tercero Civil del Circuito de la misma ciudad, que resolvieron la acción de tutela promovida por la ciudadana Graciela González de Ramírez en contra de Salud Total, Empresa Promotora de Salud.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

1. Hechos relevantes y acción de tutela interpuesta

La ciudadana Graciela González de Ramírez, en su condición de beneficiaria de su hija Luz Helena Ramírez González, se encuentra afiliada al régimen contributivo de seguridad social en salud administrado por Salud Total EPS. Luego de ser diagnosticada por su médico

oftalmólogo tratante de catarata por facoemulsificación en su ojo derecho, le fue ordenada una cirugía para la implantación de lente intraocular natural.

Al solicitar a la entidad demandada la autorización correspondiente, ésta le informó a la actora, por intermedio de comunicación del 22 agosto de 2006, que el procedimiento ordenado estaba catalogado en el Manual de Actividades y Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud como superior al grado quirúrgico 8° y, por ende, estaba sometido al cumplimiento mínimo de 52 semanas de cotización al Sistema General, de las cuales por lo menos 26 semanas debían haberse pagado en el último año. Por ende, como la beneficiaria contaba con 32 semanas cotizadas, debía asumir el valor equivalente al 39% del costo de la cirugía en su condición de beneficiaria, esto es, \$90.000. Igualmente, la entidad promotora señaló que el lente intraocular no estaba incluido dentro del plan de beneficios del POS, razón por la cual la demandante debía cubrir su costo, el cual oscilaba entre \$220.000 y \$650.000, de acuerdo con la calidad y especificaciones del instrumento.

En el mismo sentido, a la ciudadana González de Ramírez le fue ordenada la extirpación de un fibroadenoma en su seno derecho, para lo cual debía pagar la suma de \$101.600. La actora señaló que la exigencia de ese pago, según información otorgada verbalmente por funcionarios de la entidad demandada, respondía a la insuficiencia de las semanas de cotización.

A juicio de la actora, la exigencia de pago en los dos casos vulneraba sus derechos fundamentales, en razón a que carecía de los ingresos económicos suficientes para asumir los costos mencionados. Para sustentar esta afirmación, indicó que se encontraba desempleada, dependía económicamente de su esposo, quien a su vez estaba convaleciente de una enfermedad cardíaca, por lo que sólo podía aportar al hogar sumas mensuales inferiores al salario mínimo mensual fruto de sus actividades discontinuas como electricista. Adicionalmente, recibía el apoyo económico de su hija, quien con su labor de mecanógrafa alcanzaba ingresos de \$100.000 mensuales. Por último, manifestó que es una persona de 50

años de edad que desempeña labores domésticas no remuneradas. Habida cuenta lo anterior, el 9 de septiembre de 2005 interpuso acción de tutela en contra de Salud Total EPS., con el fin que fuera protegido su derecho constitucional a la salud en conexidad con su derecho a la vida, en el sentido que le fueran practicados los mencionados procedimientos médicos, exonerándola de la asunción de los copagos correspondientes.

2. Respuesta de la entidad accionada.

2.1. Respuesta de Salud Total EPS.

Mediante escrito dirigido al Juzgado Diecisiete Civil Municipal de Bucaramanga de primera instancia, el 29 de Julio de 2005, Salud Total EPS solicitó que se denegara la acción de tutela impetrada y, en su lugar, se diera aplicación a la normatividad legal que impone la obligación que las prestaciones médico asistenciales de las personas sin capacidad de pago sean asumidas por el Estado, a través de la red pública de salud.

Luego de reconocer la existencia de las prescripciones médicas indicadas en el escrito de tutela, la entidad demanda indicó que, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables al caso, había analizado la solicitud del cubrimiento económico de la cirugía de extracción de catarata con lente intraocular y, a partir de ese estudio, concluyó la inexistencia de la obligación de Salud Total EPS de asumir el costo del copago para el caso de la cirugía ocular. Para ello estableció que de conformidad con la Resolución 5261 de 1994 y el artículo 61 del Decreto 806 de 19981, para obtener el derecho al cubrimiento económico de los gastos generados por la cirugía a cargo de los recursos del subsistema de salud, la afiliada requería haber cotizado un mínimo de 52 semanas, requisito que resultaba incumplido.

En lo referente a la solicitud del lente intraocular, consideró que el Plan Obligatorio de Salud está estructurado de manera “que los servicios o medicamentos necesarios para preservar la vida se encuentran amparados, para así garantizar la salud de los afiliados, aunque existen servicios, medicamentos o insumos que no se encuentran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, como lo son las cirugías estéticas, tratamientos contra la infertilidad, medicamentos en su presentación comercial cuando exista un sustituto en el POS, tratamientos experimentales, entre otros” 2. En criterio de la entidad demandada, el lente solicitado se encontraba en ese listado.

Frente a la legitimidad del cobro de copagos y cuotas moderadoras, la entidad accionada señaló que era necesario poner de presente las normas que regulan esa materia, entre ellas el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 que hace referencia a los pagos moderadores³ y el Acuerdo 260 del 2004⁴ que estipuló que las cuotas moderadoras y los copagos serían aplicados conforme al nivel socioeconómico de los afiliados. Bajo esta perspectiva, “los copagos y las cuotas moderadoras han sido estipulados para los cotizantes y sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplican única y exclusivamente para los beneficiarios”⁵. Por consiguiente la accionada, que es afiliada beneficiaria, tendría que asumir el valor de esos copagos.

Finalmente, la institución demandada solicitó que, en caso que el juez considerara procedente conceder el amparo constitucional requerido a través de la inaplicación de las normas legales citadas, ordenara igualmente la posibilidad del recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga del Ministerio de la Protección Social, respecto de los costos en que incurriera la entidad promotora de salud por prestaciones médicas excluidas del plan de beneficios del régimen contributivo.

2.2. Respuesta del Ministerio de la Protección Social

Durante el trámite de la acción de tutela, el juez vinculó al Ministerio de la Protección Social, quien administra el Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga. De este modo, la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo de esa cartera indicó que (i) 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; (ii) el procedimiento mencionado al igual que el suministro del lente intraocular, a pesar que efectivamente estaban sometidos a un periodo mínimo de cotización, hacían parte de las obligaciones a cargo de la entidad promotora de salud, de conformidad con lo ordenado por el médico tratante; (iii) en caso que se acreditara la falta de semanas requeridas, la atención médica de la actora debía correr por cuenta de las instituciones prestadoras de salud contratadas por la Secretaría de Salud Departamental de Santander, con cargos a los recursos propios del ente territorial, de los cuales Fosyga “no es actor financiero ni confinanciero”; y (iv) en consecuencia, no era admisible vincular los recursos del Fondo para el pago de las prestaciones requeridas por la actora.

3. Decisiones judiciales objeto de revisión.

1. Sentencia de primera instancia

El Juzgado Diecisiete Civil Municipal de Bucaramanga, mediante fallo del 21 de Septiembre de 2005, concedió el amparo de los derechos fundamentales invocados por la ciudadana González de Ramírez. En consecuencia, ordenó a Salud Total EPS que autorizara la cirugía oftálmica y la implantación del lente intraocular, de conformidad con la orden dada para el efecto por el médico tratante. Para ello, consideró que la negación de las prestaciones médico asistenciales por parte de la entidad demandada afectaba de manera cierta la vida en condiciones dignas de la usuaria del servicio de salud. En ese sentido, las normas que regulan el contenido del plan obligatorio de salud del régimen contributivo no podían convertirse en una barrera para el acceso a los procedimientos mencionados; en contrario,

tales normas debían inaplicarse a fin de otorgar eficacia a las disposiciones constitucionales.

Adicionalmente, el juez de primera instancia negó la solicitud de exoneración del cobro de copagos. En su criterio tales valores, al igual de las cuotas moderadoras, tenían suficiente sustento legal e, inclusive, su constitucionalidad había sido avalada por esta Corporación.⁶ En esa medida, no resultaba admisible que la actora dejara de asumir dichos costos.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

3.2. Sentencia de segunda instancia

La ciudadana González de Ramírez impugnó la sentencia de primera instancia, al considerar que (i) la orden de protección no había previsto consideración alguna sobre la cirugía de extirpación del fibroadenoma y (ii) el fallo había desconocido el precedente jurisprudencial sobre la imposibilidad que el cobro de copagos a personas sin suficientes recursos económicos constituya un mecanismo que impida el acceso a los servicios médicos.

A través de sentencia del 9 de noviembre de 2005, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Bucaramanga confirmó la decisión de primera instancia, adicionándola en el sentido de ordenar a Salud Total EPS que autorizara y practicara el procedimiento de extracción de fibroadenoma en seno derecho. Para arribar a esta conclusión, el juez ad quem consideró que el mencionado procedimiento resultaba necesario para proteger los derechos fundamentales de la actora. No obstante, en relación con la exoneración de cobro de copagos “se le debe poner de manifiesto a la accionante que no es procedente conceder tal petición toda vez que estos pagos están debidamente autorizados por la ley en calidad de beneficiaria del régimen contributivo no es procedente hacer este tipo de exoneraciones.”

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Problema jurídico

En consideración a los antecedentes expuestos, corresponde a la Sala determinar si el condicionamiento del suministro de los tratamientos médicos requeridos por la ciudadana González de Ramírez al cobro de copagos por parte de Salud Total EPS., vulnera su derecho fundamental a la vida en condiciones dignas. Con este fin, la Corte reiterará su precedente consolidado sobre la materia y de acuerdo con las reglas contenidos en el mismo, resolverá el caso concreto.

El cobro de copagos y cuotas moderadoras en el sistema general de seguridad social en salud no puede constituir una barrera que se oponga al acceso a las prestaciones médico asistenciales de las personas de menores ingresos. Reiteración de jurisprudencia. Caso concreto

La eficacia del derecho constitucional de la salud pasa, entre otros requisitos, por la disposición de los instrumentos materiales necesarios para la adecuada prestación de los servicios médicos, de forma tal que se garantice, con observancia del principio de universalidad, la atención de todos los individuos, tanto en los programas de promoción y prevención, como de curación de la enfermedad. La ampliación progresiva de la cobertura se sustenta, en ese marco, en la implementación de medidas que garanticen el equilibrio financiero del sistema de seguridad social en salud. Por ende, la estipulación legal de mecanismos como las cuotas moderadoras, los copagos y los periodos mínimos de cotización se muestran prima facie legítimos, en tanto pretenden compensar para casos concretos los costos en que incurren las entidades del sistema en el suministro de las prestaciones propias

del plan de beneficios del régimen contributivo de salud.

No obstante, la posibilidad de condicionar la atención médica al pago de los emolumentos mencionados debe mostrarse, en todo caso, compatible con el ejercicio del derecho constitucional a la salud y los derechos fundamentales que para asuntos específicos le son anejos, como la vida en condiciones dignas y la integridad física. En tal sentido, la exigencia de tales requisitos no puede constituir una barrera que imposibilite la accesibilidad económica (asequibilidad) a los servicios de salud. Respecto a esta característica propia del derecho a la salud, resultan pertinentes las consideraciones efectuadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones en la Observación General No. 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”⁷. Para el intérprete autorizado del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁸ “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos”.

Los argumentos expuestos y la interpretación adecuada de las normas constitucionales que regulan el derecho a la salud han permitido a la Corte fijar una regla de decisión reiterada en los siguientes términos: “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 derechos⁹ 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”¹⁰.

No obstante, la inaplicación por parte del juez constitucional de las normas que regulan los periodos mínimos de cotización y el cobro de copagos es una situación excepcional, supeditada al cumplimiento de estrictos requisitos de índole fáctica. En efecto, la jurisprudencia de esta Corporación sobre la materia condiciona la protección del amparo constitucional en el asunto bajo estudio a (i) que la falta de suministro del tratamiento médico sujeto a periodos mínimos de cotización 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 copago requerido, caso en el cual la entidad promotora de salud podrá repetir en lo que exceda a sus obligaciones legales contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Ministerio de la Protección Social; y (iv) el procedimiento médico sujeto al cumplimiento de periodos mínimos de cotización haya sido prescrito por un médico tratante adscrito a la entidad promotora de salud correspondiente.

La breve argumentación expuesta resulta a juicio de la Sala suficiente para emitir pronunciamiento sobre el caso concreto. Al respecto, el estudio del caso demuestra que los procedimientos requeridos por la actora, al estar relacionados con ejercicio sensorial, están vinculados con la protección de su vida en condiciones dignas, por lo que no pueden postergarse so pena de ir en detrimento de sus prerrogativas constitucionales. En el mismo sentido, en el expediente no concurre información que permita inferir la existencia de otros procedimientos médicos no sometidos al cumplimiento de un número mínimo de semanas de cotización que permitan remplazar las intervenciones ordenadas por el médico tratante

adscrito a Salud Total EPS. Además, las pruebas recaudadas en el trámite demuestran que la actora no cuenta con otro sistema de salud distinto al general de seguridad social en salud ofrecido por la entidad demandada. Finalmente, es evidente que las condiciones de desempleo de la actora, su dedicación exclusiva a las labores domésticas y el hecho que su subsistencia dependa del precario apoyo económico de su esposo y una de sus hijas, son circunstancias que dan cuenta de la carencia de ingresos suficientes para el pago de las cuotas requeridas. Por lo tanto, resulta evidente que el amparo constitucional de los derechos invocados por la ciudadana González de Ramírez es procedente.

Finalmente, la Sala advierte como en el presente caso, además de haberse acreditado la vulneración de los derechos fundamentales invocados por la actora, también podría estarse ante un presunto incumplimiento de las obligaciones legales a cargo de la entidad promotora de salud demandada. En efecto, la comunicación enviada a Salud Total EPS. a la demandante el 22 de agosto de 2005, señala que el lente intraocular requerido no se encontraba incluido dentro del plan obligatorio de salud, por lo que su costo debía ser asumido por parte de la actora.¹¹ Empero, esta conclusión resulta desvirtuada por el Ministerio de la Protección Social, ente que es enfático al afirmar que esa prestación sí hace parte del plan de beneficios. Habida cuenta esta situación, la Sala ordenará comunicar esta decisión y enviar copia del expediente de la referencia a la Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto que, en ejercicio de sus facultades de inspección, vigilancia y control, determine la posible responsabilidad en que pudo incurrir Salud Total EPS., de acuerdo con las circunstancias mencionadas.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero: ADICIONAR el fallo proferido por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Bucaramanga el 9 de noviembre de 2005, en el sentido de ORDENAR al representante legal de Salud Total, Entidad Promotora de Salud, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, autorice la práctica de los procedimientos de cirugía de catarata por facoemulsificación con implantación de lente intraocular y extirpación de fibroadenoma en mama, requeridos por la ciudadana Graciela González de Ramírez y de conformidad con lo ordenado por su médico tratante. Ello con la advertencia que no podrá supeditar la autorización de las intervenciones antes señaladas al pago de cuotas de recuperación o copagos. En lo demás CONFIRMAR la decisión judicial mencionada.

Segundo: SEÑALAR que a Salud Total, entidad promotora de salud, le asiste el derecho de repetir ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga del Ministerio de la Protección Social, respecto del pago de los costos propios de las prestaciones médico asistenciales señaladas en el numeral anterior, únicamente en cuanto excedan sus obligaciones legales previstas en el plan de beneficios del régimen contributivo de seguridad social en salud.

Tercero: COMUNICAR esta decisión y enviar copia del expediente de la referencia al Superintendente Nacional de Salud, para los efectos señalados en la parte motiva de la providencia.

Cuarto: Por Secretaría General líbrense las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

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

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

Presidente de la Sala

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 “Artículo 61 – Periodos mínimos de cotización: Los periodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

...

Grupo 2: Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos –MAPIPOS, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Parágrafo. – Cuando el afiliado sujeto a periodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.”

2 Folio 22 del Libro de Primera instancia.

3 “Artículo 187. DE LOS COPAGOS MODERADORES. Los afiliados y beneficiarios del sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la

financiación del Plan Obligatorio de Salud.

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre. Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica ...”

4 “Acuerdo 260 del 2004. Artículo 4°. Ingreso Base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas Moderadoras y los Copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de la cotización del afiliado cotizante.

Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS , sin que el cobro por un mismo evento exceda el 28.7% del salario mínimo mensual legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos mensuales legales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS , sin que el cobro por un mismo evento exceda el 115% de un (1) salario mínimo mensual legal vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos mensuales legales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS , sin que el cobro por un mismo evento exceda el 230% de un (1) salario mínimo mensual legal vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario”

5 Cfr. Folio 24 del cuaderno de primera instancia.

6 La decisión hace referencia al fallo C-542 de 1998.

7 Adoptada durante el 22º periodo de sesiones del Comité, del año 2000.

8 Incorporado al derecho interno a través de la Ley 74 de 1968. En consecuencia, este instrumento internacional de derechos humanos condiciona la interpretación de los derechos constitucionales, conforme con lo dispuesto por el Artículo 93 C.P.

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

10 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).

11 Cfr. Folios 1 y 2 del cuaderno de primera instancia.