

T-757-98

Sentencia T-757/98

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad

Esta Corporación de manera reiterada, ha sostenido que el derecho a la salud en sí mismo no ostenta el carácter de fundamental. Es claro que en principio el derecho a la salud considerado de manera autónoma, es de los llamados derechos prestacionales. El derecho a la salud en principio es un derecho prestacional, que adquiere la connotación de fundamental cuando con su vulneración resulten afectados o amenazados derechos fundamentales como la vida, la integridad de la persona, la dignidad humana u otro derecho que de manera autónoma ostente dicha calidad, cuya aplicación no pueda condicionarse de manera alguna.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Exclusiones y limitaciones

Las exclusiones legales o reglamentarias de tratamientos en el plan obligatorio de salud, obedecen a la necesidad de prestarle un servicio de salud integral a la mayoría de personas y en especial a aquellas que por la premura de sus circunstancias puedan ver comprometida de alguna forma su vida. Es así como el Estado debe hacer una jerarquización de prioridades en relación con tratamientos y medicamentos que está en capacidad real de proveer en materia de salud, con el objeto de asegurar de manera integral el acceso de todos los colombianos de manera progresiva, a un sistema de seguridad en salud eficiente y que abarque en un principio las contingencias de carácter más urgentes para que en un futuro la cobertura del sistema se amplíe en la medida de las posibilidades reales a toda la población de la manera más completa. Sin embargo, esta Corporación ha sostenido que de manera excepcional puede proceder acción de tutela contrariando las disposiciones legales en materia de exclusiones o limitaciones, cuando sea indispensable para proteger disposiciones constitucionales relativas a derechos fundamentales de las personas, verbigracia si está en juego el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad de las personas.

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

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Periodo de protección laboral

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Suspensión de cotizaciones

DERECHO A LA SALUD-Cirugía reconstructiva por lipoma sobre ceja

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Cirugía reconstructiva excluída del manual de actividades, intervenciones y procedimientos

Referencia: Expediente T-174685

Procedencia: Juzgado Vigésimo Tercero

Penal del Circuito de Medellín.

Peticionaria: Beatriz del Socorro Vanegas Montoya.

Temas: Derecho a la Salud. Plan Obligatorio de Salud. Exclusiones y Limitaciones.

Magistrado Ponente:

Dr. ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO

Santafé de Bogotá. D.C., cuatro (4) de diciembre de mil novecientos noventa y ocho (1998).

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Alejandro Martínez Caballero quien la preside, Fabio Morón Díaz y Vladimiro Naranjo Mesa,

EN NOMBRE DEL PUEBLO

Y

POR MANDATO DE LA CONSTITUCION

Ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

Dentro de la acción interpuesta, por la señora Beatriz Vanegas Montoya, en su condición de beneficiaria de los servicios de salud del Instituto de Seguros Sociales, contra la referida

entidad.

I. ANTECEDENTES

1. Beatriz del Socorro Vanegas Montoya presentó acción de tutela en contra del Instituto de Seguros Sociales, Seccional Antioquia, ya que según ella ha estado inscrita como beneficiaria de su compañero permanente Marcos Zea, en la referida entidad.

2. La actora desde hace varios años ha desarrollado sobre su ceja derecha una masa o quiste, denominado en términos médicos “nódulo quístico”, cuyo volumen actual es de “2 centímetros de longitud por 1.8 centímetros de ancho” según declaraciones realizadas en la inspección judicial practicada por comisión ordenada por la Corte Constitucional. La referida afección, considera la actora, “pesa y me cierra el ojo y me impide ver normalmente, además que me tiene el rostro deformado”. La actora se siente avergonzada, afectada en su personalidad y dignidad como ser humano por portar dicha deformación sobre su rostro, situación que al no ser corregida provoca una violación a su derecho a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad, al debido proceso, a la salud y a la seguridad social.

3. La actora acudió a un médico del Instituto de Seguros Sociales quien la remitió a un especialista, el que dictaminó que la afección de ésta no estaba comprendida dentro de las que el Instituto está obligado por ley a tratar, toda vez que se diagnosticó la necesidad de hacer una resección del referido quiste, procedimiento el cual constituye básicamente una cirugía de tipo estético y se encuentra específicamente excluido del Plan Obligatorio de Salud de conformidad con la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. En conclusión el especialista del Instituto no ordenó la práctica de la cirugía a la actora toda vez que el quiste que padece en su ceja derecha no causa en la actualidad ninguna alteración de tipo funcional en su organismo.

4. La actora solicita le sea practicada la resección de la masa que posee sobre su ceja derecha, toda vez que dicha cirugía no es para fines de embellecimiento sino para recuperar su estado físico normal.

II. DECISIONES DE INSTANCIA:

Tanto en primera como en segunda instancia la tutela no prosperó en ninguno de sus

aspectos.

En primera instancia falló el Juzgado 35 Penal Municipal de Medellín, quien determinó que de conformidad con el acervo probatorio la cirugía de la actora no es de carácter urgente, toda vez que se trata de una intervención de tipo estético que no afecta la vida de la paciente ni ningún órgano de tipo funcional, y se encuentra específicamente excluida del Plan Obligatorio de Salud. Por otra parte la relación entre el Instituto y la actora es de tipo contractual, motivo por el cual las diferencias que surjan entre ellos deben ser definidas en otra instancia judicial, distinta a la tutela.

La sentencia de primera instancia fue apelada debido a que en concepto de la actora, el fallo fue contradictorio porque si el médico legista recomienda que se le practique la resección del tumor para mejorar su aspecto físico y hacer un diagnóstico histológico preciso, “¿ Por qué no se le hace caso, por qué se cambia por una mera recomendación del Señor Juez? Con qué fundamento científico se modificó tal criterio ? ”.

En segunda instancia falló el Juzgado 23 penal del Circuito de Medellín confirmando la decisión de primera instancia con argumentos similares. El juzgado agrega que el derecho a la salud que es el que considera la actora vulnerado, solamente puede ser considerado como fundamental cuando tiene una estrecha relación con el derecho a la vida.

III. FUNDAMENTOS JURIDICOS

COMPETENCIA

Es competente esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional para proferir sentencia de revisión dentro de la acción de tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 inciso 2º y 241 numeral 9º de la Constitución Política en concordancia con los artículos 33, 34, 35, 36 del Decreto 2591 de 1991; además, su examen se hace por virtud de la selección que de dicha acción practicó la Sala correspondiente, y del reparto que se verificó en la forma señalada por el Reglamento de esta Corporación.

TEMAS JURIDICOS A TRATAR

Como cuestiones previas al estudio de fondo de la tutela instaurada, se analizarán los siguientes temas : el derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad; el

contenido y efectos de las exclusiones del Plan Obligatorio de Salud, y las consecuencias de la falta de cotización al Sistema de Seguridad en Salud.

1. El derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad.

Esta Corporación de manera reiterada, ha sostenido que el derecho a la salud en sí mismo no ostenta el carácter de fundamental. Es claro que en principio el derecho a la salud considerado de manera autónoma, es de los llamados derechos prestacionales. En sentencia SU-480 de 1997, MP. Alejandro Martínez en relación con este tipo de derechos se refirió que: ““El derecho social a la salud y a la seguridad social, lo mismo que los demás derechos sociales, económicos y culturales, se traducen en prestaciones a cargo del Estado, que asume como función suya el encargo de procurar las condiciones materiales sin las cuales el disfrute real tanto de la vida como de la libertad resultan utópicos o su consagración puramente retórica. No obstante la afinidad sustancial y teleológica que estos derechos mantienen con la vida y la libertad - como que a través suyo la Constitución apoya, complementa y prosigue su función de salvaguardar en el máximo grado tales valores superiores -, las exigencias que de ellos surgen no pueden cumplirse al margen del proceso democrático y económico.¹” Es decir, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos prestacionales propiamente dichos que para su efectividad requieren normas presupuestales, procedimiento y organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del sistema. Son protegidos, se repite, como derechos fundamentales si está de por medio la vida de quien solicita la tutela.”

Es claro que la jurisprudencia de esta Corporación, considera el derecho a la salud como fundamental cuando su vulneración implica una amenaza o vulneración directa al derecho a la vida, o de otro derecho considerado como fundamental, fue así como en sentencia T-395 de 1998 se dijo que “Si bien, la jurisprudencia constitucional ha señalado en múltiples ocasiones que el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental, también le ha reconocido amparo de tutela en virtud de su conexidad con el derecho a la vida y con la integridad de la persona, en eventos en que deslindar salud y vida es imposible y se hace necesario asegurar y proteger al hombre y su dignidad. Por esta razón, el derecho a la salud

no puede ser considerado en si mismo como un derecho autónomo y fundamental, sino que deriva su protección inmediata del vínculo inescindible con el derecho a la vida. Sin embargo, el concepto de vida, no es un concepto limitado a la idea restrictiva de peligro de muerte, sino que se consolida como un concepto mas amplio a la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Lo que se pretende es respetar la situación “existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad”, ya que “al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable”, en la medida en que sea posible. Esta Corporación ha manifestado que la tutela puede prosperar no solo ante circunstancias graves que tengan la idoneidad de hacer desaparecer en su totalidad del derecho, sino ante eventos que puedan ser de menor gravedad pero que perturben el núcleo esencial del mismo y tengan la posibilidad de desvirtuar claramente la vida y la calidad de la misma en las personas, en cada caso específico. Sin embargo, la protección del derecho a la salud, está supeditada a consideraciones especiales, relacionadas con la reconocida naturaleza prestacional que este derecho tiene.”

En conclusión el derecho a la salud en principio es un derecho prestacional, que adquiere la connotación de fundamental cuando con su vulneración resulten afectados o amenazados derechos fundamentales como la vida, la integridad de la persona, la dignidad humana u otro derecho que de manera autónoma ostente dicha calidad, cuya aplicación no pueda condicionarse de manera alguna.

1. Plan Obligatorio de Salud- Exclusiones y Limitaciones.

Esta Corporación se ha referido a los diferentes regímenes del sistema general de seguridad social en salud de la siguiente manera : “El régimen contributivo en salud hace alusión a “... un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual o familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.”, por otro lado encontramos el régimen subsidiado que hace referencia a “... un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se

hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley. (Ley 100/93, arts. 202 y 211, Decreto 1919/94 arts., 6 y 9).

Los beneficios que proporciona el servicio público esencial de Seguridad Social en Salud (Ley 100/93, Libro Segundo, Título I, Capítulo III) fueron desarrollados en un plan previsto en el Decreto Reglamentario 1938 de 1.994, que implica el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se ofrecen a las personas con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad e incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Está compuesto por seis (6) subconjuntos o planes de atención en salud, a los cuales se accede como afiliado cotizante, afiliado beneficiario familiar, afiliado subsidiado o vinculado al Sistema, o sea según la forma de participación al mismo. Estos se denominan así: -plan de atención básica en salud P.A.B., -plan obligatorio de salud P.O.S., -plan obligatorio de salud del régimen subsidiado P.O.S.S., -plan de atención complementaria en salud P.A.C.S., -atención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional A.T.E.P. y -atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos (D.R. 1938/94, arts. 1, 2 y 3) "2

Por otra parte del contexto de los artículos 162 y 169 de la Ley 100/93 se infiere que dentro del régimen contributivo existen dos planes de servicios en salud: el plan obligatorio de salud POS y el plan complementario. El primero cubre la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad. Los planes complementarios según el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, podrán ser ofrecidos por las entidades promotoras de salud y serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a los de las cotizaciones obligatorias.

Por definición legal el Plan Obligatorio de Salud, es "el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el

Sistema.”³

Esta Corporación en sentencia T-395 de 1998 afirmó que: “En razón de los principios de solidaridad y universalidad que rigen el derecho constitucional a la seguridad social (artículo 48 superior), el Plan Obligatorio de Salud que pretende cubrir a la totalidad de la población colombiana en un plazo determinado y relativamente corto, excluye ciertos medicamentos, tratamientos e intervenciones médicas considerados de alto costo, para que con los aportes que llegan a dicho sistema puedan atenderse las necesidades primarias de más personas, sacrificando otras de segundo orden y que implican una erogación superior, pues, de lo contrario, los aportes hechos al régimen contributivo y extendidos al subsidiado, apenas alcanzarían para algunos de sus afiliados. En este sentido, existen servicios que deben incluirse con mayor prioridad y no todos los servicios de salud posibles pueden considerarse iguales: algunos de ellos son prioritarios por la mayor efectividad, por requerirse con urgencia o por lo común de su ocurrencia.”

Dichas exclusiones y limitaciones en el Plan Obligatorio de Salud fueron reguladas en concreto por el art. 15 del decreto 1938 del 5 de agosto de 1994, el cual prescribe :

(...)

ñ. Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual.”

En conclusión, las exclusiones legales o reglamentarias de tratamientos en el plan obligatorio de salud, obedecen a la necesidad de prestarle un servicio de salud integral a la mayoría de personas y en especial a aquellas que por la premura de sus circunstancias puedan ver comprometida de alguna forma su vida. Es así como el Estado debe hacer una jerarquización de prioridades en relación con tratamientos y medicamentos que está en capacidad real de proveer en materia de salud, con el objeto de asegurar de manera integral el acceso de todos los colombianos de manera progresiva, a un sistema de seguridad en salud eficiente y que abarque en un principio las contingencias de carácter más urgentes para que en un futuro la cobertura del sistema se amplíe en la medida de las posibilidades reales a toda la población de la manera más completa. Sin embargo, esta Corporación ha

sostenido que de manera excepcional puede proceder acción de tutela contrariando las disposiciones legales en materia de exclusiones o limitaciones, cuando sea indispensable para proteger disposiciones constitucionales relativas a derechos fundamentales de las personas, verbigracia si está en juego el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad de las personas. Esta Corporación en sentencia T-136 de 1998 dijo que: “Esta Corporación se ha ocupado de innumerables casos en los cuales se ha aplicado la reglamentación del Plan Obligatorio de Salud, sin tener en cuenta el perjuicio que con ello se causa a quienes requieren de los procedimientos excluidos, a tal punto, que de ellos dependen sus derechos constitucionales fundamentales a la vida y a la integridad personal, como regla general. En tales eventos, la Corte ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento o medicamento requerido, para ordenar que sea suministrado y evitar, de ese modo, que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales⁴.

Sin embargo, es necesario señalar en qué casos procede la inaplicabilidad de las disposiciones legales o reglamentarias sobre la materia, pues no siempre ellas significan vulneración de derechos constitucionales fundamentales y, como en el caso anterior, tampoco procede una inaplicación automática. En primer lugar, la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, debe amenazar los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado⁵, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos, sino solamente se obtiene un nivel mejor u óptimo de salud.

En segundo lugar, debe tratarse de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente. En tercer lugar, que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.). Y finalmente, que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante⁶.

1. NOTA ACLARATORIA : APORTES Y PROTECCIÓN.

Una de las principales obligaciones que existe dentro del régimen contributivo en salud es la de aportar una suma de dinero para que los afiliados a dicho sistema sean acreedores de los servicios de salud que se ofrecen según la ley o el contrato dependiendo del caso. La Ley 100 de 1993 en su artículo 160 prescribe como deberes de los afiliados y beneficiarios al sistema general de seguridad social en su numeral 3., el deber de “Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar”. De lo anterior se colige que en el evento de que el afiliado suspenda las cotizaciones que por ley debe aportar, cesaría para la entidad promotora de salud de conformidad con la ley la obligación de prestar determinados servicios por un tiempo o su suspensión definitiva transcurrido determinado lapso.

Por otra parte el artículo 25 del Decreto 1938 del 5 de agosto de 1994, prescribe:

“Artículo 25. Del período de protección laboral. Una vez finalizada la relación laboral o el aporte correspondiente a la cotización en salud, el trabajador y su familia gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por cuatro (4) semanas más contadas a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado como mínimo los seis (6) meses anteriores a la desvinculación de la misma EPS.

Parágrafo 1. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de hasta tres (3) meses.

Parágrafo 2. Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo le serán atendidas aquellas enfermedades que venía en curso de tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período escrito correrán por cuenta del usuario...”

En el caso concreto, en la inspección judicial practicada se tuvo conocimiento de que el compañero permanente de la actora dejó de cotizar al sistema desde junio de 1998. Es así

como vale la pena aclarar que quien debe determinar si la actora todavía es beneficiaria a los servicios de seguridad en salud es el Instituto de Seguros Sociales, toda vez que de haber cesado las cotizaciones el afiliado, tanto éste como su beneficiario dejarían de ser acreedores a los servicios en el plan obligatorio de salud de conformidad con la ley.

4. DEL CASO EN CONCRETO

a. Improcedencia de la tutela por falta de afectación de un derecho fundamental.

En el expediente reposan varios conceptos médicos que evidencian que la señora Beatriz Vanegas Montoya padece un nódulo quístico de crecimiento lento en la ceja derecha el cual según concepto emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Medellín, “posiblemente es un tumor benigno denominado lipoma. Esta lesión no produce trastornos en la visión pero altera las proporciones del rostro. Es necesario que se haga una cirugía para reseca el tumor y para mejorar el aspecto físico de la paciente y hacer un diagnóstico histológico preciso. Este procedimiento no tiene carácter de urgencia”.

Por otra parte dentro de la Inspección Judicial practicada se recibieron los testimonios de varios médicos, de los cuales se desprende : a) Que el lipoma que presenta la paciente no afecta la funcionalidad de ninguno de los órganos vitales de ésta. b) Que de realizarse la operación consistente en la resección del lipoma que padece en su ceja derecha, puede ser perjudicial toda vez que se corre el riesgo de que vuelva a desarrollarse y crecer en mayores proporciones a la actual. c) El volumen actual que presenta el lipoma es de dos centímetros de longitud por uno punto ocho centímetros de ancho, y se encuentra ubicado en el área superciliar derecha.

En cuanto al concepto médico emitido por la Dirección Regional Bogotá Grupo Clínica Forense se refiere que el lipoma que padece la actora es una enfermedad, y de tratarse la afección que padece la actora, nos estaríamos refiriendo a una cirugía reconstructiva como parte de la cirugía plástica cuya finalidad es volver un órgano de la paciente al estado normal.

Analizados los anteriores conceptos médicos se colige que la anormalidad que padece la

actora sobre su rostro en la actualidad afecta su salud como derecho prestacional. En el caso concreto no puede considerarse que se vea afectado otro derecho fundamental como sería la vida, la integridad humana o la dignidad toda vez que el nódulo que padece la actora no ostenta en la actualidad un volumen tal que le impida ver, o que sea de tales proporciones que se vea comprometida su integridad física o dignidad como persona.

b. La cirugía de la actora no está comprendida dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Esta Corporación considera que la actuación de la entidad accionada se ajusta a derecho toda vez que dentro de la Resolución Número 5261 de 1994, reglamentaria de la Ley 100 de 1993 estableció el Manual de Actividades, Intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La mencionada resolución en su artículo 18 refiere que se tendrán como exclusiones y limitaciones al plan obligatorio de salud “ (...) o. Actividades, intervenciones o procedimientos no expresamente considerados en el presente manual.”

Es claro que la cirugía que requiere la actora según varios conceptos médicos no puede ser considerada como una cirugía estética exclusivamente con fines de embellecimiento, ya que como quedó plasmado anteriormente, en el evento de ser intervenida quirúrgicamente se estaría tratando de una cirugía de tipo reconstructivo cuyo fin sería volver a la normalidad el rostro de la actora. Sin embargo, la intervención quirúrgica que solicita la actora no se encuentra enunciada expresamente en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos que comprende el Plan Obligatorio de Salud establecidos en la resolución 5261 del Ministerio de Salud. En la actualidad se le está negando la tutela a la actora por las características específicas que presenta su afección la cual no necesita ser tratada de manera urgente toda vez que no se ve comprometida su vida o su integridad personal, no le implica ninguna limitación funcional y no ha adquirido tal entidad como para que en grado alguno se esté afectando su dignidad como persona. Sin embargo, vale la pena aclarar que queda abierta la posibilidad de que la actora pueda impetrar una tutela si el lipoma que presenta sobre su ceja derecha adquiere tal entidad que afecta de manera funcional su visión u otro órgano vital, o si adquiere tal entidad y volumen que pueda verse afectada en su dignidad como persona, toda vez que allí por conexidad con otros derechos fundamentales se estaría afectando su derecho fundamental a la salud. Esto se afirma teniendo en cuenta que la enfermedad de la actora es de tipo progresivo y según criterios

médicos no se sabe con exactitud qué volumen puede llegar a adquirir la masa que porta la actora sobre su rostro.

En conclusión, la actividad de la entidad accionada se ajustó a derecho, toda vez que a la actora no se le practicó la cirugía de resección de nódulo quístico en su ceja derecha porque no se encuentra prevista dentro del manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud, aunque en concreto se negó por ser considerada una cirugía de tipo estético con fines de embellecimiento. Según los referidos conceptos la actora requiere de una cirugía de tipo reconstructivo, pero su patología individualmente considerada no está dentro de los tratamientos que prescribe el Plan Obligatorio en Salud.

En consecuencia no es procedente la acción de tutela, por las razones expuestas. En síntesis, la Sala habrá de confirmar el fallo que se revisa, proferido por el Juzgado 23 Penal del Circuito de Medellín, en cuanto a la actora no se le está vulnerando ningún derecho fundamental y la negación de la accionada a intervenirla quirúrgicamente se ajusta a la ley, máxime cuando no se ha cotizado últimamente a la E.P.S.

DECISION

RESUELVE

Primero. CONFIRMAR el fallo proferido por el Juzgado 23 Penal del Circuito de Medellín en junio diecinueve de mil novecientos noventa y ocho, con la aclaración hecha en la parte motiva.

Segundo: LIBRENSE por Secretaría General las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO

Magistrado

FABIO MORÓN DÍAZ

Magistrado

VLADIMIRO NARANJO MESA,

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaría General

1 SU- 111/97, Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz.

2 Sentencia SU 039 de 1998. M.P.

3 Decreto 1938/94 art. 3-b

4 Al respecto, ver Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, sentencias T-114 y 640 de 1997, M.P. Antonio Barrera Carbonell.

5 Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

6 Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.