

Auto 240/08

Referencia: Sentencia T-760 de 2008

Solicitud de aclaración de Salud Total EPS.

Magistrado Ponente:
MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Bogotá, D.C., diecinueve (19) de septiembre de dos mil ocho (2008)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Manuel José Cepeda Espinosa, Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Escobar Gil, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales,

CONSIDERANDO

1. Que mediante escrito presentado el veintiocho (28) de agosto de dos mil ocho (2008) por Claudia María Sterling Posada en calidad de representante legal de Salud Total EPS, quien actuó como demandado, se solicitó a este despacho la aclaración de diferentes aspectos de la sentencia T-760 de 2008.

2. Que dada la extensión de la sentencia T-760 de 2008 se entiende que existan múltiples interrogantes en relación con la misma. Con todo, es necesario distinguir las preocupaciones sobre la interpretación de las decisiones adoptadas en la sentencia, de las verdaderas confusiones o contradicciones que esta pueda contener, ya que sólo en el último caso procede la aclaración.

3. Que con base en el artículo 309 del Código de Procedimiento Civil, que prevé la posibilidad de que las partes presenten solicitudes de aclaración de las providencias dentro del término de ejecutoria, la Corte ha concedido excepcionalmente la aclaración de sus sentencias.

4. Que la presente solicitud de aclaración fue presentada oportunamente.

5. La primera solicitud de aclaración parte de las órdenes Décimo Sexta, Décimo Séptima y Décimo Octava incluidas en la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008. Salud Total EPS plantea si: *“(...) debe entenderse que el POS indígena reglamentado por el Acuerdo 326 de 2006, también debe ser regulado en relación con el plan de beneficios, como debe suceder con el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo?”*

En la sentencia T-760 de 2008 no hay referencia específica al POS indígena. Sin embargo, la sentencia no impide que los órganos competentes adopten

decisiones al respecto, respetando el principio de diversidad cultural y autonomía indígena. Como lo señala la sentencia “(...) *la noción de salud no es unívoca y absoluta. En un estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia.*”

Por lo tanto, en cuanto a la primera solicitud de aclaración la Sala considera que debe ser denegada.

6. La segunda solicitud de Salud Total EPS esta compuesta de varias preguntas y tiene como punto de partida la consideración de que: “(...) *concomitante con la publicación del comunicado de prensa y la sentencia T-760 de 2008 por parte de la H. Corte Constitucional, el Ministerio de la Protección Social publicó en el Diario Oficial el día 21 de agosto de la presente anualidad, la Resolución 3099 de agosto 19 de 2008, en dicha Resolución reglamenta los Comité Técnicos Científicos de conformidad con las órdenes impartidas por la H. Corte en la sentencia de constitucionalidad C-316 de 2008 (...)*”. Con base en lo anterior eleva las siguientes solicitudes:

a) *“El médico tratante es el que se encuentra adscrito a la red de prestadores de la entidad administradora del plan de beneficios o puede considerarse conforme a la sentencia ya que no se hace salvedad, que el médico tratante puede ser un profesional de la medicina ajeno a la entidad en cuestión al que el Comité Técnico Científico para proceder a negar lo ordenado por éste, debe desvirtuarse su criterio en el campo científico?”*

El concepto de médico tratante es el establecido por la regulación, no por la jurisprudencia constitucional en salud. Por eso la Corte Constitucional parte de la base de que el médico tratante es el adscrito a la red de prestadores de la correspondiente EPS. No obstante, como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional, si el concepto no fue emitido por el médico tratante pero sí por un médico que hace parte del Sistema de Salud, cabe un procedimiento de decisión dirigido a facilitar el acceso a la salud, como se señala en la sentencia. Al respecto indica la sentencia T-760 de 2008:

“En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente.¹ La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel

¹ Este criterio ha sido ampliamente acogido y desarrollado por la jurisprudencia constitucional. Puede consultarse al respecto, entre otras, las sentencias T-271 de 1995 (MP Alejandro Martínez Caballero), SU-480 de 1997 (MP Alejandro Martínez Caballero) y SU-819 de 1999 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-414 de 2001 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-786 de 2001 (MP Alfredo Beltrán Sierra) y T-344 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto.²

No obstante, el concepto de un médico que trata a una persona, puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, si la entidad tiene noticia de dicha opinión médica, y no la descartó con base en información científica, teniendo la historia clínica particular de la persona, bien sea porque se valoró inadecuadamente a la persona o porque ni siquiera ha sido sometido a consideración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la EPS, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.³ Tales consideraciones pueden ser las que se deriven del concepto de un médico adscrito a la EPS o de la valoración que haga el Comité Técnico Científico, según lo haya determinado cada EPS. La jurisprudencia constitucional ha valorado especialmente el concepto de un médico no adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, cuando éste se produce en razón a la ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes,⁴ sea cual fuere la razón que dio lugar a la mala prestación del servicio.⁵ También ha indicado la jurisprudencia que la orden médica obliga a la entidad, si en el pasado ha valorado y aceptado sus conceptos como ‘médico tratante’,⁶ incluso así sean entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.⁷

² En varias ocasiones la Corte Constitucional ha negado el amparo de tutela solicitado por un accionante, por el hecho de solicitar un servicio de salud que fue ordenado por un médico que no está adscrito a la EPS a la que la persona se encuentra afiliada. Ver al respecto, entre otras, las sentencias T-378 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), T-741 de 2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-476 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

³ En la sentencia T-500 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), por ejemplo, la Corte consideró que el concepto emitido por un médico contratado por la accionante, según el cual era necesario practicar un examen diagnóstico (biopsia) para determinar la causa del malestar que sufría la persona (un brote crónico que padece en la frente que le generaba “una picazón desesperante”), obligaba a la EPS, que había considerado la patología en cuestión como de ‘carácter estético’ sin que hubiera ofrecido argumentos técnicos que fundamentaran dicha consideración, a evaluar la situación de la paciente adecuadamente, “(i) asignando un médico que tenga conocimiento especializado en este tipo de patologías y (ii) realizando los exámenes diagnósticos que éste eventualmente llegare a considerar necesarios”.

⁴ Recientemente, en la sentencia T-083 de 2008 (MP Mauricio González Cuervo) la Corte resolvió tutelar el derecho a la salud de una persona de la tercera edad (87 años), “que ante la omisión de la EPS acudió a un médico particular, quien, en sentido totalmente contrario al de la EPS, emitió un diagnóstico que refleja una condición médica grave con características de urgencia vital y le recomendó un tratamiento urgente.”.

⁵ Al respecto ver la sentencias T-304 y T-835 de 2005 (MP Clara Inés Vargas Hernández) y T-1041 de 2005 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

⁶ En la sentencia T-1138 de 2005 (MP Rodrigo Escobar Gil) se decidió dar validez a un concepto de un médico tratante no adscrito a la entidad encargada (Mutual Ser) de garantizar la prestación del servicio requerido (un implante coclear), por cuanto existía una probada relación contractual, y se trataba de un profesional competente que atendía al paciente.

⁷ En la sentencia T-662 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil) la Corte ordenó a una entidad de medicina prepagada autorizar el servicio de salud (implante coclear) ordenado por un médico no adscrito a su entidad (Colmédica Medicina Prepagada), entre otras razones, porque una autorización previa por parte de la entidad para un servicio similar, había implicado “el reconocimiento a la idoneidad del médico tratante para atender

Una interpretación formalista de la jurisprudencia constitucional en materia de acceso a los servicios de salud, por ejemplo, con relación a la exigencia de que el médico que ordene el servicio requerido debe estar adscrito a la entidad, puede convertirse en una barrera al acceso. Por eso, cuando ello ha ocurrido, la jurisprudencia constitucional ha considerado que las órdenes impartidas por profesionales de la salud idóneos, que hacen parte del Sistema, obligan a una entidad de salud cuando ésta ha admitido a dicho profesional como ‘médico tratante’, así no éste adscrito a su red de servicios.⁸ En el mismo sentido se ha pronunciado la Corte cuando la EPS no se opuso y guardó silencio cuando tuvo conocimiento del concepto de un médico externo.⁹”

Más adelante, sobre el deber de remisión a un médico adscrito a la EPS para que revise el concepto del médico externo, señaló la Corte: *“Por regla general, el médico que puede prescribir un servicio de salud es el médico adscrito a la EPS. El usuario puede acudir a otros médicos pero su concepto no obliga a la EPS a autorizar lo que éste prescribió, sino a remitir al usuario a un médico adscrito a la correspondiente EPS (al respecto, ver apartado 4.4.2.). Toda persona tiene derecho a que su EPS valore científicamente y técnicamente el concepto de un médico reconocido y vinculado al Sistema de Salud que considera que la persona requiere un servicio de salud. Este médico es el médico adscrito a la EPS y a él debe acudir el interesado. No obstante, en el evento excepcional de que el interesado acuda a un médico externo – no adscrito a la red de prestadores de la correspondiente EPS– la EPS tiene una carga de valoración del concepto de dicho médico. El concepto del médico externo no podrá ser automáticamente descartado por la EPS, sino que es necesario una valoración de su idoneidad por parte de un médico*

la enfermedad del actor y, de otra, el reconocimiento tácito de la existencia de un vínculo jurídico, para el caso concreto, entre ella y el médico tratante, dada la autorización de la cirugía practicada por este último y la asunción del mayor costo del servicio prestado.” En este caso la Corte tuvo especial atención a los principios de continuidad en el servicio y confianza legítima.

⁸ En las sentencias T-1138 de 2005 (MP Rodrigo Escobar Gil) y T-662 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), por ejemplo, la Corte consideró que las órdenes impartidas por los médicos debían ser acatadas, así no estuvieran adscritos ‘formalmente’ a la entidad acusada, por cuanto ya habían sido tratados como médicos tratantes o hacían parte de su red de contratistas. Se tuvo en cuenta que se trataba de profesionales de la salud reconocidos, que hacían parte del Sistema y habían tratado al paciente al que le habían dado la orden, es decir, conocían su caso.

⁹ En la sentencia T-151 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), siguiendo lo dispuesto en sentencias tales como la T-835 de 2005 (MP Clara Inés Vargas Hernández), se consideró lo siguiente: *“el examen diagnóstico prescrito por el especialista en nefrología pediátrica [al menor], es requerido para determinar el origen de su afección y proporcionar el tratamiento adecuado para ésta, pues los medicamentos y exámenes realizados hasta el momento se han mostrado ineficaces para revelar cuál es la situación específica de salud del niño. [...] Además, la intervención del médico externo al Instituto de Seguro Social fue posterior a que los médicos adscritos a la entidad hubieran atendido, sin resultados satisfactorios al menor. Igualmente, el padre del menor presentó ante el ISS el concepto del médico externo, con el fin de que un médico adscrito lo valorara, pero no recibió ninguna respuesta. [...] Por esta razón, la negativa de la EPS a ordenar la práctica del examen, fundada en que el médico que lo ordenó no se encuentra adscrito a dicha entidad, es violatoria de los derechos fundamentales del menor.”* El juez de instancia había negado por que la orden médica la había impartido un médico que no estaba adscrito a la EPS acusada.

adscrito a la EPS (de manera directa o mediante remisión del interesado) o del Comité Técnico Científico, según lo determine la propia EPS.”

En cuanto a esta petición de aclaración, la Sala considera que la sentencia aborda de manera clara el punto, tal y como se observa en los párrafos transcritos, por lo que la solicitud será denegada.

b) También pregunta la solicitante de la aclaración: *“Deben trasladarse de acuerdo con la sentencia T-760 de 2008 al Comité Técnico Científico todas las solicitudes asistenciales (medicamentos, servicios, etc.) inclusive aquellas cuya patología no se encuentre contenida o no sea susceptible de tratamientos conforme a las prescripciones del POS?”*

La sentencia T-760 de 2008, fue clara y específica al indicar cuáles solicitudes debían ser tramitadas por el Comité Técnico Científico mientras el Ministerio de Protección Social adoptaba las normas para regular este trámite en las EPS. Al respecto, la orden vigésimo tercera dispuso en la parte resolutive: *“(…) extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional.”*

En esta orden se precisa cuáles son las solicitudes que deben ser remitidas a los Comité Técnico Científicos de las entidades, por lo que la Sala considera que no se requiere ninguna aclaración adicional y, en consecuencia también será denegada la petición al respecto.

c) Luego, pregunta: *“Deben incluirse en CTC las solicitudes de los usuarios que se encuentran con problemas administrativos como mora, toda vez que al no recibir compensación por parte del Estado de aquellos usuarios que se encuentran en esa situación, sus necesidades en salud deben ser cubiertas por el Estado?”*

Este asunto no fue abordado específicamente en la sentencia T-760 de 2008, ya que ninguno de los casos estudiados alude al tema en concreto, por lo que la solicitud de aclaración no se refiere al objeto y contenido de la sentencia y, en consecuencia, será denegada.

d) Posteriormente, pregunta: *“De igual forma las prestaciones del sistema de salud van mas allá del tema asistencial, las mismas se extienden a prestaciones económicas, cuyo sustento financiero se encuentra contenido en la UPC. De tal suerte el pago de las incapacidades y licencias de maternidad vistos desde la perspectiva de la conformación sostenible del sistema tienen*

sustento en el pago cumplido de las cotizaciones, que permiten cubrir los seguros o conformar los fondos que las pueden materializar. Cuando un usuario no paga cumplidamente el sistema se desajusta u las razones que sustentan su pago por intermedio de las EPS se diluyen. La Ley que nos rige nos obliga en virtud del manejo de recursos que no son nuestros, sino del sistema, a negar dichas prestaciones económicas, son embargo, la duda surge para precisar que, si el fallo hace referencia a las prestaciones en salud, las que de acuerdo al sistema son asistenciales y económicas, debe entenderse que también las solicitudes de incapacidades y licencias de maternidad deben tramitarse por el Comité Técnico Científico?”

Este asunto no fue abordado específicamente en la sentencia T-760 de 2008, ya que ninguno de los casos estudiados alude al tema en concreto, por lo que la solicitud de aclaración no se refiere al objeto y contenido de la sentencia y, en consecuencia, será denegada.

e) Recordando el tema de la soberanía y la aplicación territorial de la ley, se solicita aclaración acerca de si *“(…) deben presentarse al CTC las solicitudes de tratamientos en el exterior o los mismos serán objeto de revisión judicial por implicar determinaciones sobre principios que fundamentan la existencia del Estado?”*

Este asunto no fue abordado específicamente en la sentencia T-760 de 2008, ya que ninguno de los casos estudiados alude al tema en concreto, por lo que la solicitud de aclaración carece de pertinencia y, en consecuencia, será denegada.

f) *“Pueden los comité técnico científicos, negar la solicitud del servicio no pos al probar que existe capacidad económica por parte del usuario, como tantas veces lo hizo la H. Corte Constitucional?”*

A continuación se transcriben los apartes pertinentes de la sentencia T-760 de 2008 en los que se abordó el tema de la importancia que tiene valorar la capacidad económica de los usuarios para autorizar un servicio médico no POS ya que la persona que sí tiene capacidad económica no puede esperar que el FOSYGA financie el servicio médico, aspecto que debe ser evaluado tanto por el CTC como por el juez de tutela:

“6.1.3.1.6. Con todo, el Comité Técnico Científico no ha aplicado entre los criterios para autorizar un servicio de salud la capacidad económica del usuario. En la jurisprudencia de la Corte Constitucional, por el contrario, éste sí ha sido un criterio relevante para determinar si en un caso concreto se debe ordenar o no el suministro de un servicio médico, como se señaló previamente (ver apartado 4.4.5.).¹⁰ En aquellos casos en los que el usuario solicita un

¹⁰ Entre los criterios señalados por la jurisprudencia de la Corte Constitucional se encuentra que *“el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del*

servicio médico no incluido en el POS, pero cuenta con capacidad económica para costear lo que le corresponda pagar, la Corte Constitucional ha negado su autorización con cargo a los recursos del Fosyga. El concepto de capacidad económica para cubrir un servicio médico es relativo, y depende del nivel de ingresos del solicitante y del costo del servicio requerido (ver apartado 4.4.5.). Los criterios inflexibles para la determinación de la capacidad económica para cubrir un servicio médico, como el Ingreso Base de Cotización (IBC), resultan insuficientes a la luz de la jurisprudencia constitucional. Por ejemplo en la sentencia T-959 de 2004¹¹ se estudió el caso de una menor de tres años que padecía diabetes mellitus tipo uno y requería, como parte de su tratamiento, tirillas de glucometría para medir el nivel de azúcar en su sangre. Estas no estaban incluidas en el POS pero los padres de la menor tenían capacidad económica para asumir su costo. Dijo la Corte en aquella ocasión,

“Al revisar la descripción presentada en este proceso de los ingresos y gastos de la familia Rodríguez Anzola se concluye que sus ingresos mensuales son suficientes –sin que se haya desvirtuado ello por la actora y sin que ello signifique que en el futuro su situación económica pueda cambiar– para poder cubrir los costos de los instrumentos médicos requeridos por la menor, que hacen parte del tratamiento médico que le fue prescrito.

Esta Sala de Revisión no desconoce que, de acuerdo con la descripción de la capacidad económica de esta familia, cubrir los costos mensuales de las jeringas y de las tirillas que requiere su hija, implica una disminución del dinero disponible para el sostenimiento de la pareja, que les obliga a hacer un esfuerzo en este sentido, pero que en todo caso, no los está llevando a una situación que imposibilite su subsistencia digna.

Los jueces de tutela y los accionantes no deben olvidar que los recursos del Fosyga, están destinados exclusivamente para las personas que les es imposible, por sus propios medios económicos, acceder a tratamientos, medicamentos o pruebas de diagnóstico excluidos del P.O.S, que requieran con urgencia para salvaguardar su vida y su integridad.

Dar un uso distinto a estos recursos o incluir dentro de los beneficiarios a quienes no cumplan con los estrictos requisitos establecidos, implica necesariamente la exclusión en la asignación de recursos escasos de algunos que sí requieren con

servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie”.

¹¹ Corte Constitucional, sentencia T-959 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

urgencia de esta ayuda estatal, poniendo con esto en serio peligro sus derechos fundamentales a la vida y a la integridad.”¹²

Los anteriores párrafos abordan de manera clara el tema planteado por la solicitud, en el sentido de que quien sí tiene capacidad económica no puede esperar que el servicio médico no POS sea financiado con los recursos escasos del Fosyga, por lo que la Sala considera que no se requiere ninguna aclaración adicional y, en consecuencia también será denegada.

7. En relación con la orden Vigésimo Sexta en la que se ordena crear un Plan de Contingencia para que el Fosyga pague los recobros atrasados, Salud Total EPS solicita que se aclare si *“(...) debe el Fosyga proceder a incluir en el plan de contingencia todos los recobros pendientes, inclusive aquellos en los que ya han transcurrido dos años o más y no han sido ni pagados ni resueltos todavía?”*

La orden Vigésimo Sexta es clara al indicar cuáles son las solicitudes de recobros que deben ser comprendidas en el Plan de Contingencia, incluido el límite temporal:

“Vigésimo sexto.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social y al Administrador fiduciario del Fosyga que, si aún no lo han hecho, diseñen un plan de contingencia para (1) adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están atrasadas y (2) agilizar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos de las resoluciones vigentes, pero que aún no han sido pagadas, de acuerdo con lo señalado en esta providencia. Este plan deberá contener al menos: (i) metas específicas para el cumplimiento de la presente orden, (ii) un cronograma para el cumplimiento de las metas y (iii) las acciones que se llevarán a cabo para el cumplimiento de las metas, especificando en cada caso el funcionario responsable de su cumplimiento.

El Plan deberá ser presentado, antes del 15 de noviembre de 2008 ante el Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y ante la Corte Constitucional y deberá ser ejecutado en su totalidad antes de marzo 15 de 2009. En caso de que en esta fecha (15 de marzo de 2009) no se haya efectuado el reembolso de al menos el 50% de las solicitudes de recobro que están atrasadas en el trámite a 31 de septiembre de 2008, independiente de las glosas que tengan, operará un mecanismo de compensación general para dicho 50%. El 50% restante deberá haber sido cancelado en su totalidad antes del primero (1º) de julio de 2009. En caso de que posteriormente se verifique que el Fosyga no estaba obligado a

¹² Corte Constitucional, sentencia T-959 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

realizar determinados reembolsos, deberá adoptar las medidas para compensar esos recursos, con la correspondiente EPS.

El Ministerio de Protección Social y el administrador del Fosyga, presentarán un informe sobre la ejecución del Plan de Contingencia cada dos meses al Comité de Verificación.”

La orden transcrita es clara en cuanto al conjunto de solicitudes que deben ser incluidas en el Plan de Contingencia según la fecha explícitamente fijada, por lo que la Sala considera que no se requiere ninguna aclaración y denegará, en consecuencia, la solicitud.

8. Finalmente, sobre la incertidumbre acerca de los contenidos del POS la EPS solicita que se aclare si “(...) *puede la entidad aseguradora, a pesar de haber sido en sede de tutela obligada a cubrir los insumos no contenidos en el POS, con cargo a su propio patrimonio, iniciar demandas contra el Fosyga ante la jurisdicción ordinaria para que se resuelva el conflicto que por causa de ello se presenta con el consorcio?*”

Sobre el punto específico de la demanda ante la jurisdicción ordinaria, la sentencia no se pronuncia. Sin embargo, en la providencia se ordenó: a) aclarar la incertidumbre que existe actualmente frente a los contenidos del POS; b) respetar las exigencias del principio de integralidad y, finalmente, c) rembolsar lo no cubierto por la UPC, sin que dicho reembolso dependa de que el juez de tutela lo autorice expresamente en la parte resolutive de la sentencia.

Por estas razones, la Sala considera que no existe fundamento para aclarar la sentencia y, en consecuencia, también será denegada esta última solicitud.

9. Lo anterior muestra que todas las solicitudes de aclaración deben ser denegadas ya que versan sobre temas que no fueron objeto de la sentencia o, si lo fueron, están tratados de manera clara en la providencia.

RESUELVE

Primero.- Denegar la solicitud de aclaración de la sentencia T-760 de 2008 presentada por Claudia María Sterling Posada, en calidad de representante legal de Salud Total EPS.

Segundo.- INFORMAR a Salud Total EPS que contra el presente auto no procede recurso alguno.

Comuníquese y cúmplase.

MANUEL JOSE CEPEDA ESPINOSA
Magistrado

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO
Magistrado

RODRIGO ESCOBAR GIL
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MENDEZ
Secretaria General