

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS EN REGIMEN CONTRIBUTIVO

Establecidas las directrices normativas para la procedencia del copago y las cuotas moderadoras, esta Corporación reconoce que los aludidos pagos no constituyen per se una afectación del derecho fundamental a la salud de los afiliados al sistema, habida cuenta que persiguen como se ha reiterado, la financiación y viabilidad de éste, pero ha sido enfática en que no pueden ser un obstáculo que impida a las personas acceder a los servicios de salud que necesitan con urgencia. Una situación excepcional que impone prescindir de los copagos y cuotas moderadoras por ejemplo, es la de aquella persona que padece una enfermedad catastrófica o ruinosas. La Corte ha insistido en la protección constitucional reforzada que este grupo de personas merece, al encontrarse en un estado de debilidad manifiesta, de modo que en aquellos casos en que se vislumbre la vulneración de los derechos fundamentales del enfermo, el Juez constitucional en el caso concreto, debe valorar cada elemento tomando siempre en consideración la protección constitucional reforzada que se ha dispuesto a los pacientes de enfermedades catastróficas o ruinosas

EXENCION DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Reglas jurisprudenciales

De manera que para determinar los casos en que se torna necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, esta Corporación ha precisado dos reglas jurisprudenciales, de origen constitucional, que deben tenerse en cuenta para proteger efectivamente algún derecho fundamental que pueda resultar vulnerado: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio

CAPACIDAD ECONOMICA EN MATERIA DE SALUD-Reglas probatorias empleadas por la Corte

Respecto de la prueba de la incapacidad económica para que el costo de las cuotas moderadoras y los copagos no sean exigidos, la Corte Constitucional ha establecido que: (i) no existe una tarifa legal para su prueba, pues, para la Corporación, ésta puede verificarse a través de cualquier medio probatorio, incluyendo la presunción judicial de la incapacidad, y (ii) Se aplica la presunción de buena fe establecida en el artículo 83 de nuestra Carta Política. Las anteriores circunstancias permiten suponer la difícil situación económica por la que atraviesa la demandante y su grupo familiar, evidenciando así su estado de debilidad manifiesta. Esta situación en efecto, torna imposible la cancelación de los copagos que tiene que realizar por cada examen o servicio médico cada vez que los requiera, los cuales en el mes pueden ser numerosos teniendo en cuenta que le realizan tres hemodiálisis por semana debido a la grave enfermedad que padece. Considera la Sala que en el presente caso la vida de la actora se encuentra en grave peligro ante la enfermedad crónica terminal que padece, por lo que requiere con urgencia se tomen medidas inmediatas para que el servicio de salud sea prestado de manera tal que el tratamiento o procedimiento prescrito se le brinde, en contribución a la recuperación de su salud y al mejoramiento de su calidad de vida. De manera que se eximirá a la demandante del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, a partir de las reglas jurisprudenciales que ésta Corporación ha precisado para proteger efectivamente el derecho fundamental que pueda resultar vulnerado, en este caso, la vida de la peticionaria: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor

PRESUNCION DE INCAPACIDAD ECONOMICA FRENTE A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INSCRITAS EN EL SISBEN

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA-Orden a EPS de realizar exámenes médicos requeridos e incluir a la paciente en programa de transplante renal cadavérico

La Sala Séptima de Revisión, revocará la sentencia de instancia, para en su lugar conceder la protección de los derechos a la salud y a la vida digna de la accionante. En ese orden de ideas, se ordenará a Saludcoop EPS: (i) iniciar de forma inmediata la práctica de los exámenes de laboratorio y demás para clínicos que requiera la accionante sin el cobro de copagos o cuotas moderadoras; (ii) una vez realizados los anteriores procedimientos, sea

incluida de forma inmediata en el programa de trasplante renal cadavérico, que deberá hacerse de acuerdo a las prescripciones que disponga el médico tratante; y (iii) la prestación oportuna e integral del servicio de salud tendiente a la recuperación y el mejoramiento de la calidad de vida de la actora, quedando la EPS facultada para repetir contra el Fosyga por los valores a cuyo cubrimiento no esté legalmente obligada

Referencia: expediente T- 2.857.624

Acción de Tutela instaurada por Carmen Patricia Díaz Berrío contra Saludcoop EPS

Magistrado Ponente:

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Bogotá D.C., veintiocho (28) de febrero de dos mil once (2011)

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, conformada por los magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub -quien la preside-, Humberto Antonio Sierra Porto y Luís Ernesto Vargas Silva, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, y específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo emitido el seis (6) de septiembre de dos mil diez (2010) por el Juzgado Séptimo Civil Municipal, el cual negó la acción de tutela incoada por Carmen Patricia Díaz Berrío contra Saludcoop EPS.

1. ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, 33 del Decreto 2591 de 1991 y 49 del Reglamento de la Corporación, la Sala de Selección Número Diez de la Corte Constitucional, mediante Auto del veintisiete (27) de octubre de dos mil diez (2010) escogió, para efectos de su revisión, la acción de tutela de la referencia.

De conformidad con el artículo 34 del Decreto 2591 de 1991, esta Sala de Revisión procede a dictar la Sentencia correspondiente.

1. SOLICITUD

Carmen Patricia Díaz Berrío, a través de apoderado judicial, demanda ante el juez de tutela la protección de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, presuntamente vulnerados por Saludcoop EPS al negar la exoneración de copagos y cuotas moderadoras que mediante escrito, solicitó a dicha entidad. En consecuencia pretende, se le ordene a la EPS SALUDCOOP inicie el procedimiento para practicar los exámenes de laboratorio y demás para clínicos a fin de que sea incluida en el programa de trasplante cadavérico, que deberá hacerse de acuerdo a las prescripciones que disponga el médico tratante. Y ordenar la exoneración de copago de los exámenes o procedimientos médicos necesarios para la inclusión en dicho programa. (sic)

1. HECHOS EN QUE SUSTENTA LA DEMANDA

1.2.1. Afirma la accionante que hace tres (3) años fue diagnosticada como paciente con insuficiencia renal crónica terminal, razón por la que le realizan tres veces por semana hemodiálisis.

1.2.2. El médico nefrólogo Iván Mauricio Guerrero, adscrito a RTS Ltda Sucursal Barranquilla, determinó iniciarle un estudio a fin de ingresarla al programa de trasplante renal cadavérico, el cual se vislumbra como una opción para mejorar su calidad de vida, por ello, el 25 de junio de 2010 la remitió a la EPS Saludcoop, para que le realizaran una serie de exámenes de laboratorio incluidos dentro de la evaluación pre-trasplante.

1.2.3. Sin embargo indica, que a la fecha de interposición de la demanda de tutela, 23 de agosto de 2010, no ha sido posible dicho requerimiento porque no cuenta con el dinero para costear los copagos que demandan los exámenes, dada su difícil situación económica. Sostiene que a raíz de su enfermedad, ha perdido su capacidad para laborar tornando su condición económica precaria, toda vez que su esposo devenga un salario mínimo y tiene a su cargo hijos menores en edad escolar.

1. TRASLADO Y CONTESTACION DE LA DEMANDA

El director médico de Saludcoop EPS Barranquilla, en contestación a la acción de tutela instaurada por Carmen Patricia Díaz Berrío, manifestó:

Carmen Patricia Díaz Berrío, se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo a través de Saludcoop E.P.S. en calidad de beneficiaria.

Ante la petición de la accionante se debe comunicar al despacho que el acuerdo 260 de 2004 exoneran de copagos a tratamientos de las enfermedades catastróficas. En el mismo sentido la resolución 5261 de 1994 se considera como parte de los tratamientos de enfermedades catastróficas las diálisis, pero no incluyen estudios, citas y demás ayudas diagnósticas utilizadas en el curso del tratamiento. (sic)

En virtud de lo anterior, esta entidad exonerará del cobro de copagos las diálisis a las cuales es sometida la usuaria.

Por último, aplicando la normatividad vigente y atendiendo a que la accionante cuenta con un IBC que no es superior a cinco salarios mínimos, se tiene entonces, que el valor que esta obligada a pagar por cuotas moderadoras, equivale únicamente a \$8.000 PESOS, cantidad de dinero esta, que de ser costeadada por la accionante no representan un desmedro económico ni a su calidad de vida ni a su mínimo vital, ello en la medida en la cual cuenta con un IBC de 1.287.000. Como sustento de lo anterior se allega el IBC de la accionante. (sic) (negritas en texto)

Asimismo, consideró pertinente recordar que el legislador estableció el cobro de copagos y cuotas moderadoras para salvaguardar el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tanto, al exonerar de este pago a la accionante se estaría atentado contra el derecho a la igualdad de los demás usuarios que tienen que realizar este pago.

1.4. DECISIONES JUDICIALES

Decisión de única instancia – Juzgado Séptimo Civil Municipal de Barranquilla

En única instancia, el Juzgado Séptimo Civil Municipal de Barranquilla, mediante sentencia

proferida el seis (6) de septiembre de dos mil diez (2010), decidió negar el amparo solicitado.

Expuso el a-quo que se encuentra acreditado que la entidad demandada exonera de las cuotas moderadoras y copagos a la accionante por la práctica de diálisis a que es sometida, igualmente, la entidad desvirtuó la afirmación de la peticionaria referente a la incapacidad económica alegada, a través del IBC, el cual asciende a \$1.287.000 según la documentación allegada. Por lo tanto, consideró que la entidad demandada cumplió con su carga probatoria y que el valor de los copagos que tiene que cancelar la demandante, no afectan el mínimo vital de su núcleo familiar teniendo en cuenta su bajo costo.

2. PRUEBAS DOCUMENTALES

En el trámite de la acción de amparo se aportaron como pruebas:

2.1. Fotocopia de la respuesta al derecho de petición realizado por Saludcoop EPS a la señora Carmen Díaz Berrío, donde le manifiestan que una vez revisado el caso y que en razón a lo dispuesto en el acuerdo 260 de 2004 y la resolución 5261 de 1994, no es posible exonerarla de la cancelación de copagos y cuotas moderadoras solicitado.1

2.2. Fotocopia de la remisión realizada a Saludcoop EPS por parte del médico nefrólogo tratante, en el que indica que la paciente Carmen Patricia Díaz Berrío de 35 años de edad, quien tiene insuficiencia renal terminal será estudiada para trasplante renal, por lo que necesita se le realicen una serie de exámenes necesarios para la evaluación pre-trasplante.2

1. Fotocopia de la epicrisis -servicio de nefrología unidad renal- de la señora Carmen Patricia Díaz.3

2.4. Fotocopias de diferentes procedimientos que le han sido practicados a la demandante y que dan cuenta de los cobros realizados por la EPS Saludcoop, por la suma de \$8.000.4

2.5. Fotocopia de certificación de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud del señor Ramiro Emeterio Larios Bustamante, esposo de la accionante, informando el IBC del mismo, el cual es de \$1.287.200.5

3. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

1. COMPETENCIA

Esta Corte es competente, de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Política, y con el Decreto 2591 de 1991, para revisar el presente fallo de tutela.

1. CONSIDERACIONES JURIDICAS

1. El problema jurídico

De acuerdo con los antecedentes planteados, corresponde a esta Sala Séptima de Revisión determinar si a la demandante, quien requiere una serie de tratamientos pre-trasplante, pues hace tres años fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica terminal, le fueron vulnerados sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, al haberle negado la exoneración de copagos y cuotas moderadoras que solicitó ante su imposibilidad económica de cancelarlos.

Para resolver esta cuestión la Sala reiterará su jurisprudencia sobre i) la exigencia de cuotas moderadoras y copagos en el régimen contributivo, y ii) analizará el caso concreto.

3.2.2. Reiteración de jurisprudencia. Exigencia de cuotas moderadoras y copagos en el régimen contributivo.

El artículo 49 de la Constitución Política, estipula la obligación estatal de prestar el servicio público de atención en salud y de saneamiento ambiental, de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Con el propósito de asegurar la observancia de

dichos principios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha establecido una serie de mecanismos tendientes a encontrar un balance entre los recursos que ingresan al sistema y las prestaciones médico - asistenciales que suministran las instituciones que hacen parte del mismo, garantizando, de ésta manera, el equilibrio y la viabilidad financiera y económica de aquel.

La salud, tanto en su faceta de derecho como de servicio público, tuvo desarrollo legislativo con la promulgación de la Ley 100 de 1993, a través de la cual se crea el denominado Sistema General de Seguridad Social Integral, dirigido a cubrir contingencias derivadas de enfermedad, vejez, incapacidad y muerte. Bajo estos parámetros, se estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud, regulándose lo relativo a principios, prestación del servicio, financiación, regímenes, cotizaciones, modalidades de afiliación, planes obligatorios de atención y prevención entre otros aspectos relevantes.

Por su parte, la Ley 100 de 1993, específicamente en lo atinente a los planes obligatorios de salud, ha dispuesto entre otros, la Resolución 5261 de 1994 contentiva del Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del P.O.S. del régimen contributivo; el Acuerdo 228 de 2002 que fija el listado de medicamentos para dicho régimen; el Acuerdo 260 de 2004 por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Acuerdo 306 de 2005 que comprende el plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado. Tales cuerpos normativos se instituyen como la columna vertebral de la prestación de servicios de salud en nuestro país y lo allí señalado debe ser cubierto por las empresas promotoras de salud que operan en ambos regímenes, con cargo a los recursos dispuestos para el efecto.

Tanto las E.P.S como las E.P.S-Subsidiada (E.P.S-S) tienen la obligación de suministrar al usuario, sin dilaciones injustificadas, aquellos medicamentos o procedimientos que necesiten para restablecer o mantener su estado de salud y que se encuentren incluidos dentro de los Planes de Beneficios respectivos, pues frente a sus afiliados tienen un derecho subjetivo, cuya protección es susceptible de ser exigida de manera inmediata al Estado. Así, por ejemplo, conforme con la Ley 100 de 1993 las E.P.S. soportan las obligaciones económicas derivadas de aquello contemplado en los planes de beneficios, con cargo a los recursos que

obtienen de los aportes realizados por quienes pertenecen al régimen contributivo, mientras que las E.P.S-S, financian ese tipo de servicios médicos, con los recursos del subsidio a la demanda⁶.

El artículo 187 de la ley 100 de 1993 establece que, 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.

La anterior disposición fue reglamentada por el Acuerdo 260 de 2004, mediante el cual se crea el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su artículo 1º, el Acuerdo refiere que los copagos son aquellos aportes a cargo de los beneficiarios, destinados a la financiación del sistema, y que corresponden a una parte del valor del servicio; mientras que las cuotas moderadoras, a cargo de los cotizantes y beneficiarios, persiguen regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso.

La mencionada normatividad establece el pago de cuotas moderadoras y copagos como un deber de los afiliados al Sistema, más no lo dispone como un requisito sine qua non para acceder al servicio médico como tal. En efecto, el artículo 187 de la Ley 100 señala que En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres, a la par que el Acuerdo, en su artículo 5º, fija como uno de los principios que guían el régimen de pagos moderadores, la equidad cuyo alcance se traduce en que dichas erogaciones en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

Ahora bien, sobre los montos a cancelar por cuotas moderadoras y copagos los artículos 8 y 9 del Acuerdo señalan:

Artículo 8º. Monto de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada

actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Parágrafo. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

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

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

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual 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.

Importa resaltar que el artículo 7 numeral 4º consagra la excepción del cobro de copagos en

relación con los servicios prestados por enfermedades catastróficas o de alto costo. Igualmente, en la Resolución 5261 de 1994 se enuncian las enfermedades catalogadas como catastróficas o de alto costo (Mapipos) y que por tanto su tratamiento se encuentra eximido del copago, éstas son: a) tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer, b) diálisis para insuficiencia renal crónica, transplante renal, de corazón, de medula ósea y de córnea, c) tratamiento para el SIDA y sus complicaciones, d) tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, e) tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas, f) tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor, g) terapia en unidad de cuidados intensivos y h) reemplazos articulares.

Establecidas las directrices normativas para la procedencia del copago y las cuotas moderadoras, esta Corporación reconoce que los aludidos pagos no constituyen per se una afectación del derecho fundamental a la salud de los afiliados al sistema, habida cuenta que persiguen como se ha reiterado, la financiación y viabilidad de éste, pero ha sido enfática en que no pueden ser un obstáculo que impida a las personas acceder a los servicios de salud que necesitan con urgencia. En la Sentencia T-411 de 20037 se sostuvo:

(...) no se discute que el sistema de seguridad social en salud debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable. A ello obedecen los copagos y las cuotas moderadoras que están a cargo de los afiliados tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado. Tales copagos y cuotas impuestos por la ley y avalados por esta Corporación, son legítimos. No obstante, existen situaciones excepcionales en las que el compromiso de los derechos fundamentales del afiliado al sistema de seguridad social en salud impone prescindir de tales copagos y cuotas para no vulnerar tales derechos. (subrayado fuera de texto)

Una situación excepcional que impone prescindir de los copagos y cuotas moderadoras por ejemplo, es la de aquella persona que padece una enfermedad catastrófica o ruinosa. El artículo 16 de la resolución 5261 de 1994, define como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

La Corte ha insistido en la protección constitucional reforzada que este grupo de personas

merece, al encontrarse en un estado de debilidad manifiesta, de modo que en aquellos casos en que se vislumbre la vulneración de los derechos fundamentales del enfermo, el Juez constitucional en el caso concreto, debe valorar cada elemento tomando siempre en consideración la protección constitucional reforzada que se ha dispuesto a los pacientes de enfermedades catastróficas o ruinosas⁸.

La Corte Constitucional en su reiterada jurisprudencia ha sostenido que para las personas que padecen una enfermedad catastrófica, existe una urgencia en la prestación del servicio a la salud y ha ratificado que procede la regla de no exigibilidad de los copagos correspondientes por considerarse que ante esa reclamación se pueden ver afectados derechos fundamentales.⁹

En sentencia T-370 de 1998¹⁰, se estudio el caso de un ciudadano que requería tratamiento con diálisis peritoneal, como terminal por nefropatía diabética T.R.C. (diabetes mellitus), y por lo cual fue hospitalizado. Sin embargo, sin haber recibido el tratamiento de diálisis requerido, se ordenó darle de alta, porque el actor no contaba con los recursos económicos para asumir el porcentaje que se le exigía. La Corte, concedió el amparo solicitado por el accionante al considerar que la protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual, por lo que en la sentencia señaló:

No es aceptable que en un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, y en la conservación del valor de la vida, se pueda tolerar que ante el apremio de un individuo de recibir un tratamiento médico para conservar su existencia, se antepongan intereses de carácter económico, o una disposición de carácter legal. En casos de urgencia o gravedad comprobadas, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio como el que reclamaba el actor. Pues, por encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema. Por tanto, en estos casos, los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinosas, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que les correspondería, tienen el derecho y las entidades el deber de atenderlos. Los costos de estos tratamientos, en primera instancia, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, que tendrá la acción de repetición contra del Estado, para recuperar aquellos valores que legalmente no estaba obligada a sufragar.

En igual sentido se pronunció en sentencia T-214 de 200011, en la cual se estudio el caso de un señor que sufrió un accidente de tránsito, quien requería una cirugía de tibia más injerto en ambas extremidades inferiores, pero en el Hospital General de Medellín, donde atienden a las personas afiliadas al Sisbén, le informaron que el Centro Regulador de Atenciones Electivas de Medellín -CRAE- de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, no había enviado los papeles debidamente autorizados para que le fuera practicada la cirugía que requiere con urgencia, porque no había efectuado el copago de dos salarios mínimos mensuales vigentes que exige el Decreto 2357 de 1995 “por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en salud”, el cual estableció como copago un 10% del valor de la intervención o tratamiento, sin exceder de dos salarios mínimos legales mensuales. La Corte tuteló los derechos del demandante tras manifestar:

La protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual. No es aceptable que en un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, como lo establece el artículo 1º de la Constitución Política, y en la conservación del valor de la vida, como así lo consagra el Preámbulo y el artículo 11 de la Carta Política, se tolera que ante el apremio de un individuo de recibir un tratamiento médico para conservar su existencia, se antepongan intereses de carácter económico, o una disposición de carácter legal.

En casos como el que es objeto de estudio, en donde existe la necesidad de atención para garantizar el derecho a una vida digna de una persona, frente a una entidad pública que presta los servicios de salud, que tiene válidos intereses de tipo económico y estructural, el juez constitucional está obligado a armonizar los intereses de una y otra parte, con el fin de lograr su efectiva realización.

Posición reiterada en sentencia T-407 de 200612, en la que se consideró el caso de un señor que por más de diez años venía padeciendo trastorno afectivo bipolar, quien por falta de recursos se vio obligado a suspender el tratamiento requerido para el control de su enfermedad. Por la urgencia que ameritaba la enfermedad del demandante, su señora madre se obligó a comprometerse a pagos, los cuales por su incapacidad económica, no fue posible cumplir. La entidad prestadora del servicio de salud (Hospital Federico Lleras) exigía el copago de nivel 1 de la enfermedad mencionada para continuar con la prestación del servicio. La Corte concedió la tutela, luego de establecer:

..el legislador y la reiterada jurisprudencia de esta Corte han establecido que el cobro de las cuotas moderadoras y de copagos no puede constituirse en una barrera de acceso a los servicios de salud de la población más pobre. En efecto, cuando los afiliados no tienen la suficiente capacidad económica 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 y requieren los servicios de salud 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, este Tribunal ha entendido que los derechos fundamentales de las personas deben primar sobre cualquier otro tipo de derechos, por lo que, ante el conflicto anteriormente descrito es claro que en estas situaciones debe inaplicarse la legislación y ordenar 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 fundamentales de los individuos y, cuando so pretexto del cumplimiento de aquella se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo.

De manera que para determinar los casos en que se torna necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, esta Corporación ha precisado dos reglas jurisprudenciales, de origen constitucional, que deben tenerse en cuenta para proteger efectivamente algún derecho fundamental que pueda resultar vulnerado: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor¹³ y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio¹⁴.

Sumado a lo anterior, en virtud de la ley 972 de 2005 'por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida', el artículo 3° prescribe

que las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas. El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS.

Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

En este orden de ideas, es preciso resaltar que aunque las disposiciones que prevén el cobro de cuotas moderadoras y copagos son necesarias para la sustentación del sistema y están avaladas por esta Corporación, existe una tensión subyacente entre el equilibrio financiero del sistema y el ejercicio de los derechos fundamentales, cuando el usuario no está en capacidad de sufragar el costo de tales cuotas para acceder al servicio médico que requiere. Sin embargo, este dilema deberá, en todo caso, zanjarse a favor de la protección de los derechos fundamentales.

1. Reglas probatorias para establecer la capacidad económica.

La abundante jurisprudencia constitucional ha considerado que no es aceptable que una EPS se niegue a autorizar la prestación de un servicio de salud no incluido dentro de los planes obligatorios, porque el interesado no ha demostrado que no puede asumir el costo del servicio de salud requerido. La EPS cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si puede o no cubrir el costo. Por eso, uno de los deberes de las EPS consiste en valorar si, con la información disponible o con la que le solicite al interesado, éste carece de los medios para soportar la carga económica. Esto, sin necesidad de que se acuda a la acción de tutela. Ahora bien, de presentarse una acción de tutela, la EPS debe aportar la información al juez de tutela, para establecer la capacidad económica de los pacientes que requieren servicios de salud no incluidos en el POS o de

exoneración de cuotas moderadoras.

El juez de tutela debe presumir la buena fe de toda persona, por lo que debe suponer la veracidad de los reclamos que exponen los ciudadanos respecto a cuál es su situación económica. Sin embargo, se trata de una presunción que puede ser desvirtuada con la información que sea aportada al proceso.

La Corte ha dicho que toda persona tiene derecho a acceder a un servicio de salud que requiere (i) cuando se encuentra contemplado en el Plan Obligatorio de Salud, o (ii) cuando requiere el servicio con necesidad, es decir, cuando éste se encuentra sometido a un pago que la persona no está en capacidad de asumir. Esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona tiene que asumir un 'pago moderador' (copago, cuota moderadora) o cuando el servicio requerido no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio y la persona, o de quien ella depende, carece de la capacidad económica -parcial o total, temporal o definitiva- para asumir el costo que le corresponde. Como se dijo toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera 'con necesidad' -que no puede financiarse por sí mismo-.¹⁵

A continuación se resume las principales subreglas aplicables:¹⁶

1. No existe una tarifa legal en materia probatoria, respecto a la prueba de la incapacidad económica del accionante. Si bien en la SU-819 de 1999¹⁷ se afirmó que, en el caso que se estaba revisando, el accionante debía aportar un balance certificado por contador o su declaración de renta o un certificado de ingresos y salarios, para probar la incapacidad económica que alegaba, en fallos posteriores, esta Corporación ha aclarado que en la acción de tutela, no existe tarifa legal para que el accionante pruebe la incapacidad económica que alega.¹⁸

La Corte Constitucional ha precisado que los medios probatorios señalados en la sentencia SU-819 de 1999 no son taxativos, y que el accionante dispone de completa libertad para utilizar otros medios probatorios que estén a su alcance, para demostrar que no tiene los

medios económicos suficientes para pagar el valor que se le exige, para acceder a un servicio médico determinado.

2. La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la EPS o ARS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos.¹⁹

Esta Corporación ha establecido que, en la medida que las EPS o ARS tienen en sus archivos, información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto, hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente.²⁰

3. Los jueces de tutela tienen el deber de decretar pruebas mediante las cuales se pueda comprobar la incapacidad económica alegada por el accionante. Su inactividad al respecto, no puede conducir a que las afirmaciones del accionante al respecto, sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales solicitada.²¹

4. Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante²², pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado.²³

Siguiendo los anteriores lineamientos jurisprudenciales, en determinados casos concretos, esta Corporación 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 constitucionales y de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad de las personas, en especial por su estado de vulnerabilidad.

Respecto de la prueba de la incapacidad económica para que el costo de las cuotas moderadoras y los copagos no sean exigidos, la Corte Constitucional ha establecido que: (i) no existe una tarifa legal para su prueba, pues, para la Corporación, ésta puede verificarse a través de cualquier medio probatorio, incluyendo la presunción judicial de la incapacidad, y (ii) Se aplica la presunción de buena fe establecida en el artículo 83 de nuestra Carta Política. Así, esta Entidad ha dicho, en sentencia T-407 de 200624:

Así, cuando los usuarios no tienen la suficiente capacidad económica para cubrir lo correspondiente a las cuotas moderadoras o copagos para acceder a los tratamientos de alto costo y 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 aplicable al caso, las entidades administradoras de los servicios de salud y las entidades territoriales les niegan la atención médica necesaria, esta Corporación ha entendido que los derechos fundamentales de las personas deben primar sobre cualquier otro tipo de derechos. Por ende, ante el conflicto anteriormente descrito es claro que debe inaplicarse para el caso concreto la legislación y ordenar la prestación de los servicios negados, pues ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos fundamentales 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.

Esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de proteger los derechos fundamentales de las personas que se encuentran en estado evidente de indefensión, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos.

Al respecto en sentencia T-036 de 200625, se estudió una acción de tutela contra la E.P.S. COOMEVA, por considerar vulnerados los derechos fundamentales a la salud y a la vida, de un menor de edad en razón a que esa entidad exigía para la realización de dos cirugías que el menor requería con urgencia, la cancelación de un copago que el padre del menor no

estaba en posibilidad de asumir dada su incapacidad económica, en esa ocasión se dijo:

No obstante, la norma en cita, fue declarada exequible (sentencia C-542 de 1998) en el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, 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.

Asimismo, la Corte ha establecido una presunción de incapacidad económica frente a los afiliados al SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población. En este sentido, en Sentencia T-970 de 200826, se examinó el caso de una señora perteneciente al régimen subsidiado nivel II, a la que se le diagnosticó una enfermedad pulmonar obstructiva crónica por lo que requería oxígeno requiriente X hipoxemia severa. Sin embargo, no se le autorizó el oxígeno domiciliario 24 horas al día por parte de la entidad demandada hasta tanto no cancelara la cuota de recuperación, correspondiente a un valor de \$38.000,00 pesos, los cuales no estaba en capacidad de pagar, por cuanto se encontraba sin trabajo. En esta ocasión, para ordenar lo requerido la Corte afirmó:

Cuando una persona ha demostrado que se encuentra clasificado en el nivel 2 del SISBEN, no tiene que presentar pruebas adicionales de que es incapaz de asumir el valor de las cuotas moderadoras correspondiente a un tratamiento de alto costo, como es el caso de quien padece un tumor maligno. En estos eventos corresponde a la contraparte desvirtuar dicha situación.

Posición reiterada en la sentencia T-212 de 200927, la Corte decidió el caso de una menor de edad afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud en calidad de beneficiaria del Régimen Subsidiado a través de Caprecom EPS-S, entidad que negó el suministro de bolsas de colostomía y las respectivas barreras protectoras que requería para el tratamiento de la malformación ano-rectal -tipo fístula vaginal- que padecía. En el estudio del caso se determinó que los pagos moderadores, constituían una restricción para el oportuno y efectivo acceso a los servicios de salud, en la medida en que la afectada era una menor de edad cuyo

derecho a la salud es fundamental por expreso mandato constitucional y su protección, por tanto, resultaba procedente, no sólo por la afectación grave de los derechos a la vida y a la salud, sino también en relación con todo aquello que le impida el mantenimiento de óptimas condiciones biológicas o psíquicas. En esta oportunidad se manifestó:

La Corte en su jurisprudencia, ha identificado 2 situaciones. Por un lado, aquella que se refiere al caso de una persona que no tenga capacidad de pago suficiente y necesite un procedimiento o tratamiento médico sujeto a copago o cuota moderadora, evento en el cual, la EPS-S deberá proceder a su prestación y a su cubrimiento total. Por otro lado, aquella que trata el caso de una persona con capacidad de pago, pero sin la posibilidad de desembolsarlo previamente, evento en el cual podrá realizar acuerdos de pago que garanticen la asunción de la obligación. Dicha distinción no tiene otro propósito que garantizar, en primer lugar, el efectivo acceso al servicio de salud y, en segunda medida, evitar una afectación del mínimo vital de quienes, sin siquiera contar con los recursos necesarios para atender sus requerimientos básicos, se ven obligados a cancelar sumas de dinero que, aunque están ajustadas a lo dispuesto en la ley, les resultan demasiado onerosas por su condición de pobreza. Conforme a lo anterior, y teniendo en cuenta la situación económica de la demandante, esta Sala observa que se encuadra dentro del supuesto de quienes no tienen capacidad de pago suficiente, puesto que de lo que se desprende del expediente de tutela es que pertenece al Régimen Subsidiado en Salud en el nivel II del Sisben, hecho a partir del cual puede presumirse su falta de recursos económicos, recurriendo para ello desde luego al hecho de que tal tópico no fue controvertido por ninguna de las entidades vinculadas al proceso de tutela.

1. CASO CONCRETO

La señora Carmen Patricia Díaz Berrío, a través de apoderado judicial, demanda ante el juez de tutela la protección de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, presuntamente vulnerados por Saludcoop EPS al negar la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

Afirma que como paciente con insuficiencia renal crónica terminal, requiere una serie de exámenes que su médico tratante le prescribió con el fin de ingresarla a un programa de trasplante renal que se torna en una opción para mejorar su calidad de vida. Sin embargo,

no le ha sido posible practicárselos debido a que por cada examen debe cancelar un copago y su precaria situación económica se lo impide.

El juez de instancia negó el amparo al encontrar acreditado que la entidad demandada exonera de las cuotas moderadoras y copagos a la accionante por la práctica de diálisis a que es sometida, al igual que desvirtuó la afirmación de la peticionaria referente a la incapacidad económica alegada, a través del IBC, el cual asciende a \$1.287.000 según la documentación allegada por la EPS. Por lo tanto, consideró que la entidad accionada cumplió con su carga probatoria y que el valor de los copagos que tiene que cancelar la demandante, no afectan el mínimo vital de su núcleo familiar teniendo en cuenta su bajo costo, \$8000.

En primer lugar, se analizará la manifestación hecha por la peticionaria respecto a su incapacidad económica para cancelar el costo que por copagos y cuotas moderadoras debe realizar.

A partir de las pruebas allegadas al expediente, ésta Sala pudo comprobar que la EPS Saludcoop exonera a la demandante del pago de cuotas moderadoras por las diálisis semanales que debe practicarse. No obstante, la entidad controvertió la incapacidad económica alegada por la señora Carmen Patricia Díaz Berrío para cancelar los copagos cobrados por la práctica de los exámenes ordenados para ingresar al programa de trasplante renal, allegando el IBC del esposo de la peticionaria, el cual asciende a \$1.287.000.

Sin embargo, la Sala presume la precaria situación de la accionante y su grupo familiar, teniendo en cuenta su condición de desempleada, su afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiaria y la grave enfermedad crónica terminal que padece, además no se puede pasar por alto que el señor Ramiro Larios, esposo de la demandante, sostiene el grupo familiar, conformado además por menores en edad escolar, según lo afirma la accionante.

Las anteriores circunstancias permiten suponer la difícil situación económica por la que atraviesa la demandante y su grupo familiar, evidenciando así su estado de debilidad manifiesta. Esta situación en efecto, torna imposible la cancelación de los copagos que tiene que realizar por cada examen o servicio médico cada vez que los requiera, los cuales en el

mes pueden ser numerosos teniendo en cuenta que le realizan tres hemodiálisis por semana debido a la grave enfermedad que padece.

Considera la Sala que en el presente caso la vida de la actora se encuentra en grave peligro ante la enfermedad crónica terminal que padece, por lo que requiere con urgencia se tomen medidas inmediatas para que el servicio de salud sea prestado de manera tal que el tratamiento o procedimiento prescrito se le brinde, en contribución a la recuperación de su salud y al mejoramiento de su calidad de vida. De manera que se eximirá a la demandante del pago de las cuotas moderadoras y de los copagos, a partir de las reglas jurisprudenciales que ésta Corporación ha precisado para proteger efectivamente el derecho fundamental que pueda resultar vulnerado, en este caso, la vida de la peticionaria: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor²⁸

La Sala Séptima de Revisión, revocará la sentencia de instancia, para en su lugar conceder la protección de los derechos a la salud y a la vida digna de la accionante. En ese orden de ideas, se ordenará a Saludcoop EPS: (i) iniciar de forma inmediata la práctica de los exámenes de laboratorio y demás para clínicos que requiera la accionante sin el cobro de copagos o cuotas moderadoras; (ii) una vez realizados los anteriores procedimientos, sea incluida de forma inmediata en el programa de trasplante renal cadavérico, que deberá hacerse de acuerdo a las prescripciones que disponga el médico tratante; y (iii) la prestación oportuna e integral del servicio de salud tendiente a la recuperación y el mejoramiento de la calidad de vida de la actora Carmen Patricia Díaz Berrio, quedando la EPS facultada para repetir contra el Fosyga por los valores a cuyo cubrimiento no esté legalmente obligada.

1. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos a la salud y a la vida digna de la señora Carmen Patricia Díaz Berrio y, en consecuencia, REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Séptimo Civil Municipal de Barranquilla.

SEGUNDO: ORDENAR a Saludcoop EPS, que una vez notificada de ésta providencia: (i) inicie de forma inmediata o en un término que no supere las cuarenta y ocho (48) horas, la práctica de los exámenes de laboratorio y demás para clínicos que requiera la accionante sin el cobro de copagos o cuotas moderadoras; (ii) una vez realizados los anteriores procedimientos, sea incluida de forma inmediata en el programa de trasplante renal cadavérico, que deberá hacerse de acuerdo a las prescripciones que disponga el médico tratante, o en un término que no supere las cuarenta y ocho (48) horas siguientes; y (iii) la prestación oportuna e integral del servicio de salud tendiente a la recuperación y el mejoramiento de la calidad de vida de la actora Carmen Patricia Díaz Berrío, quedando la EPS facultada para repetir contra el Fosyga por los valores a cuyo cubrimiento no esté legalmente obligada.

TERCERO: LÍBRESE por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

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

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

1 Folio 6, con fecha 9 de julio de 2009.

2 Folios 8 a 10, firmada por el Dr. Iván Mauricio Guerrero, con fecha 25 de junio de 2010.

3 Folios 11 al 14.

4 Folios 15 al 39.

5 Folios 32 al 34, con fecha de expedición 31 de agosto de 2010.

6 Sentencia T-869 de 2006 M.P. Rodrigo Escobar Gil. Sobre el tema, esta Corporación ha expuesto lo siguiente: Al derecho fundamental a la salud, en materia de los servicios médicos consagrados en el Manual de Procedimientos del POS y demás normas complementarias, le son connaturales dos dimensiones, a saber: De una parte, el derecho comporta la prestación real, efectiva y oportuna del servicio médico incluido dentro del POS y, de otra, éste implica la asunción total de los costos del servicio, por cuenta de las entidades que tienen a su cargo la prestación de los mismos. En este sentido, aun cuando las controversias en torno a la responsabilidad patrimonial respecto de los servicios incluidos dentro del Manual de procedimientos del POS, parecieran de índole netamente económica y por tanto ajenas a la esfera de competencia de la acción de tutela, ello no es del todo cierto, por cuanto la cobertura económica del servicio, cuando éste se encuentra incluido en el plan de atención médica correspondiente (v.g. el POS), hace parte de la dimensión iusfundamental del derecho a la salud.

8 Este mandato de protección constitucional reforzada hacia los pacientes de enfermedades catastróficas o ruinosas puede ser recogido en las sentencias C- 542/98, T- 881/02, T- 560/03, T- 262/05, T- 443/07, T- 550/08, entre muchas otras.

9 En la Sentencia T-913 de 2006 la Corte Constitucional manifestó expresamente que “(...)

existen situaciones excepcionales en las que el compromiso de los derechos fundamentales del afiliado al sistema de seguridad social en salud impone prescindir de [los] copagos y cuotas para no vulnerar tales derechos. De allí que la misma ley,[57] (...) haya considerado que en ninguna circunstancia los pagos moderadores puedan convertirse en barreras de acceso que impidan la prestación del servicio de seguridad social en salud a los más pobres.[58]

10 M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

11 M.P. Alvaro Tafur Galvis.

12 M.P. Jaime Araujo Rentería.

13 Sentencia T-743 de 6 de agosto de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

14 Sentencia T-330 de 28 de abril de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño.

15 Sentencia T-760 de 2008

16 Idem.

17 M.P., Alvaro Tafur Galvis.

18 En la sentencia T-683 de 2003 (MP: Eduardo Montealegre Lynett) se señaló lo siguiente: “De la revisión de una parte de la jurisprudencia constitucional en materia de condiciones probatorias del tercero de los requisitos (incapacidad económica del solicitante) para la autorización de procedimientos, intervenciones y medicamentos excluidos del POS, mediante órdenes de tutela, la Corte concluye que: (...) (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba”. En el mismo sentido, ver también la sentencia T-906 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), entre otras. Que no exista una tarifa legal respecto a la incapacidad económica, no significa que no se deba probar la incapacidad. Así por ejemplo, en la sentencia T-002 de 2003 (MP: Marco Gerardo Monroy Cabra) se negó la acción de tutela porque el accionante no había probado de manera alguna que carecía de la capacidad económica suficiente para

cubrir los costos de los servicios médicos que requería. Ni siquiera así lo afirmó en la demanda.

19 Ver entre otras las siguientes sentencias: T-1019 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-906 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), T-699 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-447 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-279 de 2002 (MP: Eduardo Montealegre Lynett), T-113 de 2002 (MP: Jaime Araujo Rentería).

20 Al respecto, en la Sentencia T-260 de 2004 (MP: Clara Inés Vargas Hernández) se señaló lo siguiente: “El accionante también afirma en su demanda no tener capacidad económica para cubrir los gastos que supone el examen recomendado, lo que no fue controvertido por la entidad accionada, a pesar de que es sabido que estas entidades poseen archivos con información suficiente de sus usuarios para desvirtuar la incapacidad económica que estos aleguen”. En el mismo sentido, ver también la sentencia T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández) y la T-523 de 2001 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa), entre otras.

21 Al respecto, en la Sentencia T-279 de 2002 (MP: Eduardo Montealegre Lynett) se señaló lo siguiente: “Como se ha dicho en ocasiones pasadas (T-1120 de 2001) si el solicitante del amparo aduce en la demanda no contar con la capacidad económica para sufragar el costo de la prueba de laboratorio, de las medicinas o el procedimiento excluido del P.O.S., lo conducente es requerirlo para que aporte prueba que demuestre esa situación o decretar la práctica de pruebas que apunten a desvirtuar su dicho. Pero no es justo concluir que no se reúne uno de los requisitos indispensables para acceder a la tutela demandada por la ausencia de pruebas para demostrarlo, como lo señala la sentencia que se revisa, atribuyendo esa falencia al actor, quien en la mayoría de los casos no sabe qué ni cómo puede probar un hecho determinado, dejando de lado que el juez constitucional de tutela como director del proceso debe hacer uso de la facultad oficiosa que la ley le confiere para decretar la práctica de pruebas que estime necesarias para dictar fallo de fondo ajustado a derecho resolviendo el asunto sometido a su conocimiento (T-018 de 2001)”. En el mismo sentido ver las siguientes sentencias: T-699 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-447 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-1120 de 2001 (MP: Jaime Córdoba Triviño), T-1207 de 2001 (MP: Rodrigo Escobar Gil), entre otras.

22 Ver las siguientes sentencias: T-867 de 2003 (MP: Manuel José Cepeda) y T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

23 Sentencia T-744 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa). Esta decisión ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-984 de 2004 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-236A de 2005 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-805 de 2005 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-888 de 2006 (MP Jaime Araujo Rentería).

24 M.P. Jaime Araujo Rentería.

25 M.P. Jaime Córdoba Triviño.

26 M.P. Marco Gerardo Monroy.

27 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza.

28 Sentencia T-743 de 6 de agosto de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.