

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad

ENFERMEDADES CATASTROFICAS O RUINOSAS-Suministro de tratamientos sin cumplir periodo mínimo de cotización/ENFERMEDADES DE ALTO COSTO-Cobro de porcentaje en dinero cuando no se ha cumplido el periodo mínimo de cotización

Como igualmente lo ha señalado esta Corporación, dentro del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) las E.P.S. no pueden negar la prestación de servicios requeridos por sus afiliados y beneficiarios escudándose para ello en la existencia de preexistencias, particularmente cuando se hace mención a las enfermedades calificadas como catastróficas o ruinosas. No obstante, estas entidades prestadoras de salud si pueden condicionar la prestación de tales servicios al cumplimiento previo de los periodos mínimos de cotización que exige la ley, de tal suerte que sí dichos periodos están incompletos, será el usuario quien deba contribuir en el porcentaje que legalmente le corresponda a fin de sufragar el costo de los servicios o procedimientos médicos que le han sido o le serán prestados. A este respecto debe hacerse mención a lo señalado por el Decreto 806 de 1998, reglamentario de la Ley 100 de 1993, y en especial por lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994, esta última, por cuanto en varias de sus normas, señala que uno de los tratamientos considerados como de ALTO COSTO es la internación de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, caso en el cual, el servicio debe ser prestado por la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el paciente, siempre que éste último haya completado un periodo mínimo de cotización de cien (100) semanas, de las cuales veintiséis (26) tienen que haberse cotizado en el último año.

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA-Inaplicación de periodos mínimos de cotización por incapacidad económica del paciente

Esta Corporación en decisiones más recientes (T-448, T-517, T-797 y T-1053 de 2003), ha sido muy enfática en señalar que en aquellos casos en los cuales se ha demostrado la incapacidad económica del paciente o de su familia para asumir directamente un porcentaje del costo que implica el tratamiento de la enfermedad catastrófica o ruinosa que le ha sido diagnosticada o del alto costo que comporta el o los tratamientos médicos a los que de manera urgente debe ser sometido para garantizar su vida y su salud, no podrá la E.P.S. a la cual está afiliado el paciente, oponerse a la realización del tratamiento médico que su afiliado

reclama, aclarándose además, que dicha E.P.S., podrá recobrar al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Salud, Fosyga, los sobrecostos de los servicios prestados.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-Repetición contra el Fosyga/DERECHO A LA SALUD-Continuidad del tratamiento médico sin cumplir periodo mínimo de cotización

Reiteración de Jurisprudencia

Referencia: expediente T-967811

Acción de tutela instaurada por Oscar de Jesús Ríos Ospina en representación de su esposa María Gabriela Flórez Rincón contra COOMEVA E.P.S.

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Bogotá, D.C., tres (3) de diciembre de dos mil cuatro (2004).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados RODRIGO ESCOBAR GIL, MARCO GERARDO MONROY CABRA y JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del proceso de revisión de los fallos proferidos por los Juzgados Primero Penal Municipal y Tercero Penal del Circuito, ambos de Rionegro (Antioquia), en el trámite de la acción de tutela instaurada por Oscar de Jesús Ríos Ospina en representación de su esposa María Gabriela Flórez Rincón contra COOMEVA E.P.S.

I. ANTECEDENTES.

El accionante, quien actúa en representación de su esposa, interpone la presente tutela contra la E.P.S. Coomeva, con base en los siguientes hechos:

1. La señora María Gabriela Flórez Rincón, esposa del accionante, se encuentra afiliada a la

E.P.S Coomeva desde el 27 de octubre de 20031.

2. El 26 de abril de 2004, debió ser intervenida quirúrgicamente en la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja (Antioquia) por presentar cálculos en la vesícula.

3. Con posterioridad a dicha intervención el estado de salud de la paciente requirió nuevas consultas dada su debilidad.

4. El 8 de mayo de 2004 fue llevada nuevamente a la Clínica San Juan de Dios del Municipio de La Ceja, debiendo ser remitida a la Clínica Somer de Rionegro (Antioquia) en razón a su delicado estado de salud. Allí, nuevamente debió ser intervenida quirúrgicamente y recluida en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

5. Si bien la paciente había estado afiliada a la E.P.S. del I.S.S por espacio de más de siete años, el haber permanecido más de doce (12) meses sin cotizar al SGSSS, le hizo perder su antigüedad, razón por la cual el día 12 de mayo del presente año, la Clínica Somer le informó al accionante que ya no era posible seguir atendiendo a su esposa por cuenta de Coomeva E.P.S., pues no se cumplía con los periodos mínimos de cotización, ya que por tener tan sólo 26 semanas cotizadas, no podía acceder a otros servicios de mayor complejidad, razón por la cual, a partir de esa fecha la clínica comenzaría a facturar a su nombre los costos médicos y clínicos correspondientes.

6. Vista la anterior situación, y teniendo en cuenta que la paciente ha recibido hasta el momento todas las atenciones médicas y quirúrgicas requeridas para conservar su salud y su vida, el accionante aclara que su precaria condición económica, cuyo ingreso familiar está representado en el salario mínimo que percibe como capataz de una finca, en la cual igualmente laboraba medio tiempo su esposa y por lo cual ésta devenga tan sólo medio salario mínimo, le resulta absolutamente imposible asumir el pago de tales servicios médicos. Agrega finalmente, que el ingreso económico con que cuenta, lo emplea principalmente para la manutención de sus dos hijos que se encuentran en edad escolar.

7. Es por ello, que considera que de no continuarse con la atención médica que requiere su esposa, su vida correría peligro, pues así se lo manifestaron los médicos especialistas que han venido tratando a su esposa.

Por los anteriores hechos, el actor, en representación de su esposa enferma, solicita la protección de sus derechos fundamentales a la salud y seguridad social, en conexidad con la vida. Para ello, solicita que se le practiquen a su esposa, todos los procedimientos médicos y quirúrgicos que requiera, así como también se le suministren todos los medicamentos pertinentes.

I. INTERVENCIÓN DE COOMEVA E.P.S.

En escrito de fecha 26 de mayo de 2004, el Director de la Oficina de Coomeva E.P.S., Sucursal Rionegro, se pronunció sobre la presente tutela, en los siguientes términos:

- La señora María Gabriela Flórez está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la E.P.S. Coomeva en condición de cotizante, contando a la fecha de interposición de la tutela, con veintiséis (26) semanas de cotizaciones. En virtud de esta afiliación, la señora Flórez a recibido los servicios de salud que ha requerido de conformidad con las normas legales vigentes.

- Que tal y como lo señala el esposo de la paciente, ésta se encuentra recluida en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de la Clínica Somer, y que el 12 de mayo del presente año, fue informado por dicha clínica de la imposibilidad de seguir atendiendo a la accionante por cuanto esta no cumplía a la fecha con las semanas mínimas de cotizaciones que requería para ser atendida en la UCI. Frente a esta hecho, el accionante solicita que a su esposa se le sigan prestando los servicios médicos que requiere.

- Que frente a la petición del accionante, relativas al cubrimiento total de los gastos derivados de la estadía de la usuaria en la UCI, cabe decir, que no se han cotizado al SGSSS las semanas mínimas requeridas por ley que corresponde a cien (100) semanas, lo que le permitiría a la paciente tener derecho a los servicios médicos por ella requeridos, pues la compleja condición de salud que presenta y los complejos procedimientos médicos que requiere como es su permanencia en la UCI, permiten catalogar su enfermedad o padecimiento como de ALTO COSTO, tal y como lo señalan los artículos 17 y 117 de la Resolución 5261 de 1994.

- Por ello, y vistas las pocas semanas cotizadas (veintiséis (26) semanas hasta la fecha de interposición de la tutela), el pago compartido que debe asumirse por la accionante, es completamente ajustado a las normas que regulan la materia, es decir, Coomeva E.P.S. estará obligada a asumir tan sólo el 26% de la totalidad del tratamiento, quedando el restante 74%, a cargo de la usuaria.

- Sumado a lo anterior, el artículo 117 de la Resolución 5261 de 1994, incluye el manejo de pacientes en UCI como un procedimiento médico de ALTO COSTO, lo que permitiría reclamar un pago compartido para tener acceso a dicha terapia, en el eventual caso de que el paciente aún no haya cumplido con los periodos mínimos de cotización que se requieren para que dicha atención en salud sea asumida en su totalidad por la respectiva E.P.S..

- “Sin embargo, es previendo éste tipo de situaciones que la Dirección Seccional de Salud ha definido una serie de lineamientos para atender los usuarios del Régimen Contributivo que no cumplan con los periodos mínimos de cotización y que no tengan capacidad de pago, criterio que fue acogido por la Honorable Corte Constitucional en una de sus últimas providencias, son las siguientes:

“- Certificación de la clasificación del SISBEN en los niveles, 1, 2, ó 3.

“- Solicitud de autorización de atención a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia en formato preestablecido donde conste:

“. Que la persona se encuentra en periodo de carencia por no haber cumplido el periodo mínimo de cotización y no por pérdida de la antigüedad acumulada como consecuencias de las sanciones referidas en el artículo 64 del Decreto 606 de 1998, caso en el cual no hay derecho al subsidio (con excepción de lo establecido en el literal f del mencionado artículo).

“. Número de Semanas cotizadas por el afiliado.

“. Valor a pagar por parte de la EPS, cantidad proporcional al número de semanas cotizadas por el afiliado.

“. Concepto médico respecto a que la atención requerida debe ser prestada a corto plazo y no da espera a completar el periodo mínimo de cotización que le otorga el derecho de ser atendido por la EPS.

“. El porcentaje del subsidio se aplicará sobre el valor proporcional al número de semanas no cotizadas, teniendo en cuenta lo descrito anteriormente según nivel del SISBEN”.

- Así mismo anotó, que el acceso a los servicios objeto de los contratos celebrados por el Departamento de Antioquia, Dirección Seccional de Salud, se hará por el primer nivel de atención o por el servicio de urgencias, pudiéndose acceder a los demás niveles de atención, previa remisión que se haga del nivel de atención inferior (Art. 11 del Decreto 806 de 1998 y art. 2 de la Resolución No. 5261 de 1994).

- De esta manera, sí la usuaria tiene periodos de carencia, ella no quedará desprotegida, pues tendrá prioridad para ser atendida en forma obligatoria en las instituciones públicas o privadas con las que el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

- Teniendo en cuenta los principios en los cuales se sustenta el SGSSS y la forma en que deben operar las E.P.S., es claro que la E.P.S. Coomeva, ha actuado de acuerdo a los lineamientos legales, y que por tal motivo habrá de negarse esta tutela, pues en tanto la accionante no ha cotizado aún las cien (100) semanas requeridas para que la E.P.S. proceda a cubrir en su totalidad los costos clínicos y de permanencia en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), resulta razonable en consecuencia, que la paciente asuma por su parte la proporción del valor del tratamiento del cual viene siendo objeto y que equivaldría al número de semanas que faltan por cotizar.

- No obstante, si no cuenta con los recursos económicos suficientes para sufragar los periodos de carencia que por ley no puede cubrirle la E.P.S., deberá el accionante acudir a la DSSA (Dirección Seccional de Salud de Antioquia), ente verdaderamente competente por ley para cubrir los periodos de carencia.

I. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN.

En providencia del 2 de junio de 2004, el Juzgado Primero Penal Municipal de Rionegro (Antioquia), negó el amparo constitucional solicitado. Consideró el a quo que en el presente caso no se han presentado actos u omisiones por parte de la entidad accionada que haga presumir la afectación de los derechos fundamentales de la peticionaria. Sin embargo, el que

la Clínica Somer haya puesto en conocimiento del esposo de la paciente que los costos médicos y hospitalarios generados a partir del 12 de mayo comenzarían a ser facturados a su nombre, sólo busca garantizar el pago futuro de los servicios prestados. “Empero, en este sentido la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reiterado que esta acción de amparo no procede para prevenir hechos futuros e inciertos”.

Impugnada la anterior decisión, conoció el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Rionegro (Antioquia), el cual en fallo del 13 de julio de 2004, confirmó la decisión de primera instancia. En esta oportunidad, el ad quem expuso de manera amplia los procedimientos médicos y las diferentes intervenciones quirúrgicas de las cuales ha sido objeto la esposa del accionante, servicios que han sido prestados de manera diligente por parte de la Clínica Somer, aún conociendo esta entidad hospitalaria que tales servicios sólo serán cubiertos en una pequeña proporción por la E.P.S. Coomeva.

Así mismo, señaló que comparte lo dicho por el juez de primera instancia, en el sentido de la improcedencia de la tutela frente a hechos futuros e inciertos expuestos por el accionante, no pudiendo en consecuencia, ser objeto de protección por vía de tutela, pues son hechos cuya ocurrencia no se han producido.

Ahora bien, vista la difícil situación económica del accionante, así como la necesidad de la Clínica Somer de cobrar los servicios prestados, ambos podrán acudir al Fondo de Seguridad y Garantía Fosyga, fondo cuya finalidad y objetivo está centrado en garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos.

I. PRUEBAS RELEVANTES ALLEGADAS AL EXPEDIENTE.

- Folios 6 y 7, fotocopias simples de la cédula de ciudadanía del señor Oscar de Jesús Ríos Ospina y de su esposa María Gabriela Flórez Rincón, así como también del carné de afiliada de esta última a la E.P.S. Coomeva.

- Folios 11 a 15, Declaraciones rendidas por los señores Oscar de Jesús Ríos Ospina, Jhon Fabio Flórez Rincón y Reinaldo Henao Cardona, en las cuales se expone la precaria situación económica del accionante y su esposa, así como la grave condición de salud de la misma

señora María Gabriela Flórez.

- Folios 16 a 20, respuesta entregada por el Director de la E.P.S. Coomeva, Sucursal Rionegro al juez de primera instancia de esta tutela.

- Folios 21 y 22, Certificado de Ingresos y Retenciones correspondientes al año gravable 2003, y perteneciente a la señora María Gabriela Flórez Rincón.

- Folios 36 a 39, Informe médico expedido por el Director Médico de la Clínica SOMER de Rionegro en el cual se exponen los procedimientos médicos practicados a la señora Flórez Rincón, así como aquellos que requiere que sean prestados en el futuro, y los costos de los mismos. Dicha información se puede sintetizar de la siguiente manera:

* Paciente de 48 años de edad, a quien se le practicó el 28 de abril de 2004, Colectomía abierta (extracción de la vesícula biliar) por colecistitis aguda (inflamación aguda de la vesícula biliar). Operación de difícil realización que le fue practicada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja (Antioquia).

* El 8 de mayo de 2004, como consecuencia de una difícil evolución post-quirúrgica, se presenta nuevamente la accionante a la Clínica San Juan de Dios de La Ceja (Antioquia) con dolor abdominal de tres (3) días. En el examen físico encontraron abdomen distendido, dolor difuso a la palpación. Se hizo impresión diagnóstica de Abdomen Agudo por peritonitis biliar para descartar lesión de la vía biliar.

* Ese mismo 8 de mayo, se hace remisión para la Clínica Somer en Rionegro, en donde es recibida por el cirujano de turno a las 4.30 p.m. en regulares condiciones generales, febril 39°. Se hospitalizó con probable Coleperitoneo, y se inicia tratamiento con antibióticos.

* Durante la hospitalización la condición de la paciente se deteriora progresivamente por infección generalizada, razón por la cual el día 12 de mayo se realiza laparotomía exploradora (abertura de la cavidad abdominal y exploración). Se limpia la cavidad abdominal, se coloca un dren, sin haber podido localizar sitio de drenaje de vía biliar. Vista la débil condición de la paciente fue trasladada a la UCI.

* En la UCI, la paciente permanece conectada a ventilación mecánica, por injuria pulmonar secundaria a sepsis, requiriendo vasopresores (Medicamento necesario para mantener la presión arterial en cifras adecuadas), así como medicamentos para la función retráctil del corazón y antibióticos de amplio espectro. Debió ser intervenida nuevamente el 23 de mayo para limpiar nuevamente la cavidad abdominal.

* Paciente con dren muy activo, perdiendo gran cantidad de bilis por dren, pálida, con trastornos hidroelectrolíticos. Fue necesario transfundir GRE (Glóbulos Rojos Empacados) y reemplazo de electrolitos. El bajo nivel de Albúmina, no permitía una nueva intervención quirúrgica por poner en riesgo la cicatrización e inmunidad de la paciente, por lo que se decidió realizar mejoramiento de su condición nutricional, mediante el uso de NPT (Nutrición Parenteral Total), aplicación de los nutrientes necesarios para la supervivencia.

* El 3 de junio de 2004, se realizó CPRE (Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda), a partir de la cual se concluye que existe una obstrucción del colédoco proximal.

* Durante los primeros días del mes de junio, la paciente muestra una condición estable. Sin embargo, nuevamente se presentan estados febriles, reactantes de fase aguda elevados y pobre aumento de la albúmina. Por ello, el 24 de junio se toma un TAC (Tomografía Axial Computarizada), contrastado de tórax y abdomen en busca de focos sépticos (focos de infección).

* Como resultado del TAC de tórax se encontró derrame pleural bilateral (agua en la cavidad torácica), imagen compatible con consolidación neumónica (neumonía) basal bilateral y pérdida del volumen pulmonar.

* El TAC abdominal arrojó como resultado absceso intraabdominal (pus en la cavidad abdominal), hígado aumentado y gran dilatación de las vías biliares intrahepáticas.

* Vistos los resultados de los exámenes, el grupo de cirugía considera, como la mejor opción médica para la paciente, la realización de una HEPATICOYEYUNOSTOMÍA MÁS COLOCACIÓN DE TUBO SIN FIN (Unión del intestino a la vía biliar, buscando un drenaje adecuado de la bilis al intestino, evitando la pérdida de ésta). Esta cirugía es bastante compleja, de alto riesgo de complicaciones y de aproximadamente cinco (5) horas de duración, requiriendo además, para su postoperatorio, que la paciente sea llevada a la UCI.

* En resumen, se trata de una paciente con graves complicaciones posquirúrgicas que debió ser tratada en la UCI por espacio de nueve (9) días, en donde, en razón a su grave condición de vida debió ser conectada a respirador mecánico y al empleo de otros procedimientos médicos para ayudar en sus funciones vitales.

* La Clínica Somer prestó todos los servicios a la paciente, especialmente en la UCI, ante el inminente peligro inminente de muerte en que se encontraba, aún a sabiendas de la imposibilidad económica de la familia de cancelar el valor de tales servicios. (Subraya y negrilla fuera del texto original).

* En posteriores conversaciones con la E.P.S. Coomeva, esta entidad manifestó que se cubrirían los servicios prestados y por prestar a la paciente, según el porcentaje definido en cuadro que se transcribe a continuación, y en el que se indica el tiempo que ha permanecido la paciente en la UCI, y que requerirá una vez le sea practicada la cirugía de Hepaticoyeyunostomía, con la cual se busca su recuperación total. Esta intervención al igual que la permanencia de la paciente en la UCI, solo será cubierta en un porcentaje por la E.P.S., haciendo imposible que el valor restante pueda ser asumido por la familia. Por lo tanto, sin tener garantizada la UCI en el posquirúrgico, ningún cirujano se atreverá a intervenirla en razón a los conocidos riesgos posquirúrgicos inmediatos.

* Para definir los porcentajes de autorización, Coomeva E.P.S., aplicó los siguientes periodos mínimos de cotización, definidos en la Ley 100 de 1993:

- Atención inicial de Urgencias. No requiere. Atención prestada desde su afiliación al S.G.S.S.S.

- Cirugía Urgente. No requiere.

- UCI. Cien (100) semanas.

- CPRE. No requiere por ser ayuda diagnóstica.

- NPT. Previa a la realización del CTC (Comité Técnico Científico) que define la autorización como parte del tratamiento integral, entonces aplican Periodos Mínimos de Cotización relacionados con la UCI o con Hospitalización.

ACTIVIDADES REALIZADAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR LA EPS

COBERTURA AUTORIZADA

POR LA EPS

VALOR A PAGAR POR EL

PACIENTE

Hospitalización inicial 8 a 12 de mayo

100%

0

Cirugía por peritonitis

100%

0

UCI del 12 al 23 de mayo

Nutrición parenteral en UCI

26%

26%

\$ 15.215.563

Lavado abdominal 15 de mayo

100%

0

CPRE

100%

0

Hospitalización en habitación individual tercer nivel de complejidad 23 de mayo a la fecha

100%

0

NPT en Hospitalización

100%

0

Copago

\$ 102.800

TOTAL

\$ 15.321.363

ACTIVIDADES POR

REALIZAR QUE

REQUIEREN AUTORIZACIÓN

POR LA EPS

COBERTURA AUTORIZADA POR LA EPS

CPRE

100%

Cirugía Hepaticoyeyunostomía

60%

UCI post Hepaticoyeyunostomía

31%

Hospitalización post UCI

100%

* Finalmente, se indica que sólo se puede hacer un cálculo aproximado de los costos de los procedimientos médicos que estarían pendientes por realizársele a la paciente, para lo cual se puede considerar que el valor día en la UCI es de aproximadamente un millón quinientos mil (\$ 1.500.000) pesos.

I. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer del fallo materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, y por la escogencia del caso por la Sala de Selección.

1. Problema Jurídico.

En el presente caso debe determinarse, si la E.P.S. Coomeva ha venido prestando de manera integral los servicios médicos requeridos por la accionante y si a pesar de ello existiría la posible vulneración a sus derechos fundamentales. Este problema jurídico involucra el tema

de la prestación de los servicios de salud en los casos en los cuales la entidad prestadora alega la carencia de los mínimos legales de cotización necesarios para acceder al cubrimiento total de un determinado tratamiento en salud.

1. Derecho a la salud en conexidad con la vida. Mínimos de cotización como requisito previo para acceder a la prestación de algunos tratamientos o procedimientos médicos. Alcance relativo de este mandato legal.

En reiterada jurisprudencia proferida por esta Corporación, se ha señalado que el derecho a la salud a más de ser un servicio público, es un derecho de carácter prestacional protegible constitucionalmente², que si bien carece de la condición de derecho fundamental per se, adquiere tal condición cuando entra en relación de conexidad con otros derechos que ostentan esa calidad, como la vida, la integridad personal y la dignidad³.

Ahora, como igualmente lo ha señalado esta Corporación, dentro del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) las E.P.S. no pueden negar la prestación de servicios requeridos por sus afiliados y beneficiarios escudándose para ello en la existencia de preexistencias, particularmente cuando se hace mención a las enfermedades calificadas como catastróficas o ruinosas. No obstante, estas entidades prestadoras de salud si pueden condicionar la prestación de tales servicios al cumplimiento previo de los periodos mínimos de cotización que exige la ley, de tal suerte que sí dichos periodos están incompletos, será el usuario quien deba contribuir en el porcentaje que legalmente le corresponda a fin de sufragar el costo de los servicios o procedimientos médicos que le han sido o le serán prestados.

A este respecto debe hacerse mención a lo señalado por el Decreto 806 de 1998,⁴ reglamentario de la Ley 100 de 1993, y en especial por lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994,⁵ esta última, por cuanto en varias de sus normas, señala que uno de los tratamientos considerados como de ALTO COSTO es la internación de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, caso en el cual, el servicio debe ser prestado por la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el paciente, siempre que éste último haya completado un periodo mínimo de cotización de cien (100) semanas, de las cuales veintiséis (26) tienen que haberse cotizado en el último año.

Sin embargo, el contenido de las normas a las que se ha hecho mención no corresponde a un precepto jurídico de carácter absoluto. Jurisprudencialmente, se ha considerado que la aplicación en estricto sentido de la normatividad que reglamenta la prestación de servicios en salud, puede atentar incluso contra su derecho a la salud en conexidad con la vida y la dignidad humana, razón por la cual, la aplicación estricta de dicha normatividad, dependerá sustancialmente del apremio que impone la prestación de un servicio médico, o según la capacidad económica con que cuente el usuario para asumir directamente el costo que le corresponde en proporción a las semanas que haya cotizado.

Por lo anterior, es que la Corte Constitucional ha considerado que la protección constitucional que debe darse al derecho fundamental a la vida, no puede estar condicionada a normas de menor rango o a acuerdos contractuales, pues no se puede permitir que el derecho a la vida y a la dignidad humana, así como su protección, esté supeditado al cumplimiento previo de condiciones de orden económico, o al previo cumplimiento de lineamientos legales, máxime cuando lo que se pretende es salvaguardar la vida, la salud y la integridad física de un paciente que requiere con urgencia la atención de sus afecciones en salud que comprometen incluso, su propia existencia.

En estos casos, esta Corporación se ha pronunciado en los siguientes términos:

“...en casos de enfermedad y tratamientos permanentes comprobados, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio. 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 ruinoso, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que le correspondería, tienen el derecho y las entidades el deber de atenderlos. Los costos del tratamiento serán asumidos por la entidad promotora de salud a la que esté afiliado el usuario, que tendrá la acción de repetición contra el Estado, para recuperar aquellos valores que legalmente no estaba obligada a sufragar, tal como expresamente lo afirmó la Sentencia SU-480 de 1997 y lo reiteró, entre otras, en la Sentencia SU-819/99 y T-016/99.”⁶

En fallo posterior, la Corte sostuvo:

“...tratamientos como el requerido por la accionante, en los cuales se exige de una

determinada periodicidad a afectos de poder mantener no sólo una condición de salud adecuada, sino también de garantizar la vida misma, no pueden condicionarse para su prestación a la estricta aplicación de lineamientos legales, que lo único que generan es la violación de derechos fundamentales de carácter constitucional, que deben primar en su aplicación y protección. En consecuencia, una enfermedad como la que aqueja a la accionante, calificada como ruinoso o catastrófica, y que además de ello se encuentra en una etapa de evolución terminal, no permite que los servicios reclamados sean restringidos en el tiempo, pues la condición de salud y la inminente afectación de la vida, representa un peligro constante que hace que la paciente se encuentre en una condición crítica e incluso de permanente urgencia”7.

Así mismo, esta Corporación en decisiones más recientes (T-448, T-517, T-797 y T-1053 de 2003), ha sido muy enfática en señalar que en aquellos casos en los cuales se ha demostrado la incapacidad económica del paciente o de su familia para asumir directamente un porcentaje del costo que implica el tratamiento de la enfermedad catastrófica o ruinoso que le ha sido diagnosticada o del alto costo que comporta el o los tratamientos médicos a los que de manera urgente debe ser sometido para garantizar su vida y su salud, no podrá la E.P.S. a la cual está afiliado el paciente, oponerse a la realización del tratamiento médico que su afiliado reclama, aclarándose además, que dicha E.P.S., podrá recobrar al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Salud, Fosyga, los sobrecostos de los servicios prestados.

4. Caso concreto.

En el presente caso, se trata de una paciente afiliada a la E.P.S. Coomeva, que luego de una operación realizada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja (Antioquia), presentó complicaciones postoperatorias, que agravaron su estado de salud, y que significaron su traslado a la Clínica Somer en Rionegro (Antioquia): Allí, en razón a su delicado estado de salud debió ser intervenida nuevamente e internada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en donde, se requirieron de complejas ayudas médicas para preservar su vida. Posteriormente, volvió a presentar una recaída en su condición de vida, lo que requirió una nueva intervención. En este momento y dada la gravedad de su estado de salud, le fue programada para una nueva intervención quirúrgica, la cual hasta el momento de interposición de esta tutela, no se había realizado, pues ante la no garantía que tiene la

Clínica Somer de que los gastos por UCI que se generarán con posterioridad a la cirugía se cubran, ninguno de sus galenos asumirá el riesgo de intervenir a la paciente.

Todo este proceso de intervenciones quirúrgicas al cual se ha sometido la accionante, inició el 26 de abril de 2004, pero en vista de que no cumplía aún con todas las semanas mínimas de cotización requeridas para acceder a algunos de los procedimientos médicos a los cuales fue sometida y que son catalogados como de ALTO COSTO (mínimo 100 semanas), la Clínica Somer informó al esposo de la paciente, que todos los gastos causados a partir del 12 de mayo de 2004, le serían facturados a su nombre, en la proporción de semanas que aún le faltaban por cotizar a la E.P.S. y que correspondía a setenta y cuatro (74%) por ciento del costo total. En vista de esta circunstancia, el esposo de la accionante expone en esta tutela, que con su restringido ingreso familiar el cual asciende tan solo a uno y medio salarios mínimos, le resulta imposible asumir el pago de los procedimientos médicos prestados a su esposa, costos frente a los cuales, la E.P.S. Coomeva, reclama su pago.

En razón a los anteriores hechos, el accionante interpuso la presente tutela, con el fin de que se ordene a la E.P.S. Coomeva, siga prestando los servicios médicos requeridos por su esposa.

Si bien, la Clínica Somer ha prestado todos los servicios médicos que ha requerido la señora María Gabriela Flórez Rincón, la E.P.S. Coomeva, ha aceptado asumir tan sólo un porcentaje del total de los gastos médicos que por ley le corresponden, exigiendo de la paciente que pague aquella proporción del valor total del tratamiento que corresponde al porcentaje de semanas de cotización que le faltan para completar el periodo mínimo de cotizaciones, contemplados por la ley en el caso de los tratamientos de alto costo.

Como consecuencia de esta exigencia económica que plantea la E.P.S. Coomeva, la Clínica Somer, si bien ha planteado la necesidad de practicar a la paciente una nueva cirugía, que presenta un alto grado de complejidad, que por lo mismo requeriría que la paciente fuere trasladada después de la misma a la UCI, no ha practicado dicha intervención por no tener asegurado el pago de los costos que implica la cirugía y la permanencia de la paciente en la UCI.

Vistos los anteriores hechos y expuestas las diferentes posiciones de las partes, así como también teniendo en cuenta la información médica que obra en el expediente, es claro para

esta Corporación, que la condición de vida de la paciente y su delicado estado de salud, no sólo comprometen su derecho a la salud e integridad física, sino que además pone en vilo su propia existencia, pues las veces en que la accionante ha permanecido en la UCI siempre ha requerido de procedimientos médicos de gran complejidad que le ha permitido seguir con vida. Por ello, aceptar los argumentos expuestos por la E.P.S. Coomeva y supeditar así la realización de los procedimientos de alto costo que aún están pendientes por practicársele a la accionante, al cumplimiento por parte de esta de un requisito de orden legal y de carácter netamente económico el cual le es imposible cumplir, tal y como aparece demostrado en el material probatorio obrante en el expediente, significaría poner en entredicho su vida y su salud y la continuidad en la prestación del servicio de salud⁸ requerido con urgencia.

En relación con el derecho a la seguridad social y a la continuidad en la prestación del servicio,⁹ la Corte, en sentencia T-1053 de 2003, M.P. Rodrigo Escobar Gil se dijo lo siguiente:

“El artículo 48 de la Constitución Política destaca que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Característica fundamental de todo servicio público es su continuidad, que implica la prestación integral, ininterrumpida, constante y permanente, dada la necesidad que de ella tienen los usuarios del sistema de salud. Ello unido a la prohibición de oponer mínimos de cotización cuando se trata de urgencia comprobadas o enfermedades catastróficas en usuarios que no tienen capacidad económica, como se advierte en este caso, hacen que se proteja el derecho fundamental a la salud y la vida de la accionante y que Cafesalud continúe prestándole todos los servicios que pueda requerir, recobrando posteriormente al Fosyga.”

De esta manera, es claro para la Sala que aún cuando los servicios médicos que le han sido prestados a la accionante, se han dado de manera diligente y puntual, también es cierto que, supeditar en este momento la continuidad en la atención médica que aún requiere la accionante, al cumplimiento de una exigencia de orden legal y de carácter económico, trae como consecuencia la vulneración de los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida de la accionante. Ciertamente, la E.P.S. Coomeva reclama el cumplimiento estricto de los lineamientos legales dentro de los cuales sus servicios médicos deben ser prestados, pero no puede olvidar igualmente, que en caso como este, en el cual la incapacidad económica de la paciente está demostrada, y la urgencia de los servicios

médicos por ello requeridos es más que evidente, es primordial entrar a garantizar la protección de los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida, de la señora María Gabriela Flórez Rincón, haciendo salvedad que los sobrecostos en los servicios médicos que por esta vía se ordene prestar, podrán ser recobrados por la E.P.S. Coomeva al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud Fosyga.

En consecuencia, esta Sala de Revisión, revocará las decisiones de instancia y en su lugar concederá la tutela por violación de los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y la seguridad social. Para ello, se ordenará a la E.P.S. Coomeva, para que en el plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice y asuma a su costa, la práctica de todos los procedimientos médicos que se encuentran pendientes por realizar a la señora María Gabriela Flórez Rincón. Indicar igualmente que Coomeva E.P.S., podrá acudir al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud Fosyga para obtener de éste, el reembolso de todo lo gastado en el tratamiento de la señora Flórez Rincón y que no estaba obligado a asumir, recobro que deberá incluir todos aquellos valores causados desde el momento en que se comenzó a facturar a nombre del esposo de la paciente los porcentajes que no se cubrirían por no cumplirse con los periodos mínimos de cotización, es decir, desde el 12 de mayo de 2004.

I. DECISIÓN.

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

RESUELVE

Primero. REVOCAR las sentencias proferidas los días 2 de junio y 13 de julio de 2004 por los Juzgados Primero Penal Municipal y Tercero Penal del Circuito de Rionegro (Antioquia) en cuanto negaron la tutela. En su lugar, CONCEDER la tutela solicitada por Oscar de Jesús Ríos Ospina en representación de su esposa María Gabriela Flórez Rincón, por violación de sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida y la seguridad social.

Segundo. ORDENAR a la E.P.S. Coomeva, que en el plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la presente providencia, autorice y asuma a su costa, la práctica de todos los procedimientos médicos que se encuentran pendientes por realizar a la señora María Gabriela Flórez Rincón. INDICAR igualmente que Coomeva E.P.S., podrá acudir al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud FOSYGA para obtener de éste, el reembolso de todo lo gastado en el tratamiento de la señora Flórez Rincón y que no estaba obligado a asumir, recobro que deberá incluir todos aquellos valores causados desde el momento en que se comenzó a facturar a nombre del esposo de la paciente aquellos porcentajes que no se cubrirían por no cumplirse con los periodos mínimos de cotización, es decir, desde el 12 de mayo de 2004.

Tercero. El incumplimiento de lo ordenado en la presente providencia será objeto de las sanciones previstas en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991.

Cuarto. Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Ver folio 7 del expediente, en el cual obra, además de fotocopia de la cédula de ciudadanía de la señora Flórez Rincón, fotocopia de su carné de Coomeva E.P.S. en el que se puede verificar su fecha de afiliación.

2 Al respecto se deben consultar las Sentencias SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, SU-039 de 1998, M.P. Hernando Herrera Vergara, T-236 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz, T-395 de 1998, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-489 y T-560 de 1998, Vladimiro Naranjo Mesa, T-171 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero, entre otras.

3 Ver sentencia T-202 de 2003, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

4 El artículo 61 del Decreto 806 de 1998, dispone los periodos mínimos de cotización que deben haberse pagado para acceder a la prestación de algunos servicios en salud. Igualmente, dispone que cuando no se cuente con las semanas mínimas requeridas, se podrá cobrar al usuario del servicio un porcentaje correspondiente a las semanas que falten de cotización para completar los periodos mínimos requeridos. Dice la norma.

“ARTÍCULO 61. PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN. Los periodos mínimos de cotización al sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

“Grupo 1: Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas del nivel IV en el plan obligatorio de salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

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

5 Los artículos 17 (Tratamiento para las enfermedades ruinosas o catastróficas) y 117 (Patologías de tipo catastrófico), disponen que el manejo y prestación de terapias a pacientes en la unidad de cuidado intensivo UCI, corresponde a una prestación en salud de ALTO COSTO, en razón a su baja ocurrencia, y su bajo costo-efectividad en su tratamiento.

6 Sentencia T-160 de 2001, M.P. Fabio Morón Díaz.

7 Sentencia T-724 de 2002, M.P. Alvaro Tafur Galvis.

8 Se dice en la sentencia en cuestión: “(...) del propio texto constitucional se extrae la prestación eficiente del servicio público. Eficiencia que se traduce en la continuidad, regularidad y calidad del mismo. || Pero además, el artículo 1º del Decreto 753 de 1956 trae la definición del servicio público como toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas. || En este orden de ideas, tanto de la Constitución como de la ley se extrae que los principios esenciales comunes al servicio público se vinculan a las siguientes ideas: continuidad, adaptación a las nuevas circunstancias e igualdad.” (T-406/93)

9 La sentencia SU-562/99 precisó que “la salud es un servicio público, y además esencial, no tiene la menor duda porque los artículos 48 y 49 expresamente dicen que la salud es servicio público, el artículo 366 C.P. presenta como objetivo fundamental del estado la solución a la salud, y la ley 100 de 1993 también lo indica en su artículo 2º. Uno de los principios característicos del servicio público es el de la eficiencia. Dentro de la eficiencia está la continuidad en el servicio, porque debe prestarse sin interrupción”.