

Sentencia T-129/06

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad con la vida

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-Tratamiento de persona de escasos recursos sin cumplir periodo mínimo de cotización

INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Suministro de tratamiento de alto costo sin cumplir periodo mínimo de cotización

En reiterada jurisprudencia proferida por esta Corporación, se ha señalado que respecto a los tratamientos que se encuentran sometidos a un mínimo determinado de semanas de cotización, las entidades prestadoras de salud no pueden oponer esos mínimos períodos de cotización, cuando se trata de una urgencia comprobada o cuando el paciente padece una enfermedad catastrófica y carece de capacidad económica para sufragar por sí mismo los gastos que se generen. Así mismo, ha señalado que con es negativa se viola el derecho a la salud, en conexidad con la vida y la integridad física cuando 1. la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; 2. ese tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; 3. el interesado no pueda cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie y 4. el tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. de quien se está solicitando el tratamiento.

DERECHO A LA VIDA-Protección constitucional no puede estar condicionada a normas de menor rango o a acuerdos contractuales

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.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Referencia: expediente T-1234172

Acción de tutela de Ana Elvía Medina Moreno en representación de su esposo Germán Pérez Pérez, contra el Seguro Social EPS Seccional Cundinamarca.

Procedencia: Juzgado Treinta y Tres Civil del Circuito de Bogotá.

Magistrado Ponente:

Dr. ALFREDO BELTRÁN SIERRA.

Bogotá, veintitrés (23) de febrero de dos mil seis (2006).

La Sala Segunda (2a.) de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, Alfredo Beltrán Sierra, Manuel José Cepeda Espinosa y Jaime Córdoba Triviño, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales ha proferido la siguiente

SENTENCIA

en el proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Treinta y Tres Civil del Circuito de Bogotá, dentro de la acción de tutela instaurada por la señora Ana Elvía Medina Moreno en representación de su esposo Germán Pérez Pérez, contra el Seguro Social EPS Seccional Cundinamarca, a efectos de reiterar la jurisprudencia de esta Corporación, en el asunto que originó la tutela de la referencia.

El expediente llegó a la Corte Constitucional, por remisión que hizo el Juzgado, en virtud de lo ordenado por el artículo 31 del decreto 2591 de 1991. La Sala de Selección de la Corte eligió, para efectos de su revisión, el expediente de la referencia.

I. ANTECEDENTES.

La actora en representación de su esposo, presentó acción de tutela el diecinueve (19) de septiembre de 2005, ante el Juzgado Treinta y Tres Civil del Circuito de Bogotá, por los hechos que se resumen a continuación:

A. Hechos

La actora manifiesta que su esposo se encuentra vinculado al sistema de seguridad social en salud en el régimen contributivo desde el mes de mayo de 2002, y el día 2 de septiembre de 2005, sufrió un accidente de tránsito, siendo remitido al Hospital Universitario la Samaritana por su estado delicado de salud, ya que presentó contusión frontal derecha, fractura de cinco arcos costales derechos, fractura de fémur derecho (trauma cerrado de tórax y abdomen), fractura acetabular fémur derecho, falla ventilatoria hipoxémica y trauma craneano encefálico, por lo tanto requirió ser intervenido quirúrgicamente, realizando colocación de tutor externo.

Ante la gravedad de su estado de salud, se interna el paciente en la UCI del Hospital Universitario la Samaritana desde el día 3 de septiembre de 2005, para el correspondiente manejo de soporte inotrópico y ventilatorio.

Presentada entonces la autorización de servicios, el Seguro Social EPS le contesta a la actora que no asumirá el 100% de la cuenta ocasionada por el servicio médico prestado al paciente, sino únicamente a prorrata de las 64 semanas cotizadas, sin tener en cuenta la limitada capacidad económica para pagar el porcentaje que no cubre la EPS, ya que pertenecen al estrato uno por su nivel de ingresos.

B. Informe presentado por el Hospital Universitario la Samaritana.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

El Representante Legal del centro hospitalario contestó a la acción de tutela el 7 de octubre de 2005, manifestando que para que sea procedente la acción de tutela debe demostrarse

fehacientemente el daño soportado o la amenaza concreta afrontada por el actor, así como el nexo causal entre el motivo alegado y el daño causado que dice padecer, lo que no aparece demostrado en la tutela presentada. Adiciona que la entidad ha sido diligente en la prestación del servicio, atendiendo al paciente con celeridad, prontitud, eficiencia y eficacia, que los medicamentos han sido suministrados en las oportunidades que han tenido soporte.

Que no es procedente por parte del Hospital asumir la carga económica que le compete a la EPS a la cual está afiliado el paciente, pues lo contrario iría en contravía de las normas que regulan el cuidado de los bienes y recursos del Estado, y se iría también en contradicción con el objeto de las ESE, por lo que solicitó que excluyera a la institución de cualquier responsabilidad (folios 28 y 29)

C. Respuesta del Instituto de los Seguros Sociales EPS.

Por intermedio de su Representante Legal, solicitó que se desestimara la acción de tutela, ya que el accionante es un afiliado al Sistema en calidad de cotizante, y que éste solicita la practica de un procedimiento en un 100%. Además que revisada la base de datos, es cotizante que viene siendo atendido, y que el ISS no ha vulnerado derecho alguno, ni se ha negado a prestar servicios pero, que en relación a un procedimiento de alto costo, la autorización será en relación a las semanas cotizadas, y que éste no cuenta con el mínimo de las 100 semanas; que ello se le dijo al accionante, por lo que se está cumpliendo con la normatividad establecida, y procurando la defensa del Sistema con fundamento en lineamientos jurisprudenciales establecidos, como en las sentencias T-323/98 y T 819/99 siendo obligación del Estado, en casos como el que se presentó, compartir los gastos. (Folios 36-38)

D. Intervención del Ministerio de la Protección Social.

La señora Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo del Ministerio de la Protección Social manifestó, que respecto del accidente de tránsito, conforme al artículo 30 del Decreto 1283 de 1996, por el cual se reglamentó el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud FOSYGA, se consagra la atención integral a las víctimas que han sufrido daños en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito y, en relación a los beneficios, y el artículo 32 de la citada obra establece que éstas tienen derecho, sin perjuicio de las reclamaciones civiles y/o penales que correspondiere y que adelante la Nación contra los responsables directos, los servicios médicos quirúrgicos, y la indemnización por incapacidad permanente.

Señaló, que una vez cubierto el tratamiento hasta el límite de la cobertura previsto por el SOAT, le corresponde a la EPS o ARP, a la que se encuentra afiliado, continuar suministrando la atención que requiera; y en relación a la estancia en la UCI, esta se encuentra incluida dentro de la Resolución 5261 de 1994, y 117 ibídem, sujeto a que el accionante haya cotizado 100 semanas al SGSSS por lo que careciendo de dicho período, una vez agotada la cobertura del SOAT, las EPS deberán solicitar al ente territorial del domicilio del accionante SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, como actores responsables del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus regiones, que canalice dentro de la red prestadores públicas o privadas, la atención a estos pacientes.

E. Sentencia objeto de revisión.

Mediante sentencia del veintiuno (2) de abril de dos mil cinco (2005), el Juzgado Treinta y Tres Civil del Circuito de Bogotá denegó la tutela solicitada.

Después de un análisis del Decreto 1238 de 1996 especialmente de los artículos 13, 30 a 34 que determinan el manejo del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito FONSAT, manifiesta que existen dos situaciones diferentes, como es el accidente ocasionado por vehículo asegurado, situación ante la cual la cuenta de cobro por los servicios prestados se presenta ante la respectiva entidad aseguradora y, el caso de accidentes ocasionados por vehículos no asegurados, o no identificados, caso en el cual se presenta la reclamación al FONSAT.

En el primer caso, a la víctima se le atiende, y la entidad aseguradora responderá por los gastos ocasionados. En el segundo de los casos, debe responder el FONSAT o el FOSYGA pero, terminado el límite de la cobertura prevista por aquél, corresponde a la EPS o a la ARP a la cual se encuentre afiliada la víctima, continuar suministrando la atención que ésta requiera pero, en el evento en que la atención requiera una larga estadía en la UCI, debe cumplir la víctima con el mínimo de semanas cotizadas, por lo tanto tratándose de pacientes, como en el caso en estudio, pertenece al régimen contributivo. Pero si se tratara de una víctima del régimen subsidiado, sería la Secretaria Distrital de Salud la que debería continuar respondiendo por el tratamiento.

Por último, con el fin de no desequilibrar el sistema en su aspecto financiero, como lo ha reiterado la jurisprudencia constitucional, los medicamentos, tratamientos y procedimientos no POS deben suministrarse solo cuando se trate de una enfermedad de las catalogadas como ruinosas o catastróficas, y no cuente el accionante, debidamente probado, con los medios suficientes para costear el medicamento o procedimiento, y no sea posible sustituido por otros de la misma eficacia.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

Primera. Competencia.

La Sala es competente para decidir, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 241, numeral 9o., de la Constitución, y 33 y 34 del decreto 2591 de 1991.

Segunda. Lo que se debate.

En el presente caso debe determinarse, si la EPS demandada violó los derechos a la salud y a la vida del señor Germán Pérez por su negativa a cubrir el 100% de los gastos médicos generados por la hospitalización y atención en cuidados intensivos de aquel, involucrando 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.

Por tanto, corresponderá a esta Sala decidir si en el caso en estudio procede la acción de tutela.

Tercera. 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 - Reiteración de jurisprudencia.¹

En reiterada jurisprudencia proferida por esta Corporación, se ha señalado que respecto a los tratamientos que se encuentran sometidos a un mínimo determinado de semanas de cotización, las entidades prestadoras de salud no pueden oponer esos mínimos períodos de cotización, cuando se trata de una urgencia comprobada o cuando el paciente padece una enfermedad catastrófica y carece de capacidad económica para sufragar por sí mismo los gastos que se generen. Así mismo, ha señalado que con es negativa se viola el derecho a la

salud, en conexidad con la vida y la integridad física cuando “1. la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; 2. ese tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; 3. el interesado no pueda cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie y 4. el tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. de quien se está solicitando el tratamiento”.

Así las cosas, si la vida del paciente se encuentra comprometida, el tratamiento ha sido ordenado por su médico tratante adscrito a la EPS, y el mismo no puede ser sustituido por otro no sometido a período mínimo de cotización, y además el afectado no se encuentra en condiciones de cubrir el porcentaje señalado por las entidades promotoras de salud, éstas no pueden excusarse en la carencia de períodos mínimos de cotización para prestar el servicio de salud requerido.

A este respecto debe hacerse mención a lo señalado por el Decreto 806 de 1998,3 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 EPS 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.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Por lo tanto, 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 ruinosa, 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.”⁴

En otra Sentencia la Corte sostuvo lo siguiente:

“...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”5.

Esta Corporación 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 EPS a la cual está afiliado el paciente, oponerse a la realización del tratamiento médico que su afiliado reclama, aclarándose además, que dicha EPS, podrá recobrar al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Salud, FOSYGA, los sobrecostos de los servicios prestados.

Caso concreto.

En el caso en estudio, se trata de un paciente afiliado al Seguro Social EPS, que sufrió un accidente de tránsito, y por ello fue remitido al Hospital Universitario la Samaritana por haber presentado severos traumas en su cuerpo y que además requirió ser intervenido

quirúrgicamente. Luego ante la gravedad de su estado de salud, es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI del mismo Hospital desde el día 3 de septiembre de 2005, para el correspondiente manejo de soporte inotrópico y ventilatorio para preservar su vida.

Según lo expuesto por la EPS demandada, se le han prestado todos los servicios médicos que ha requerido el paciente, pero ha aceptado asumir tan sólo un porcentaje del total de los gastos médicos que por ley le corresponden, exigiendo de la accionante esposa del paciente, el pago de aquella proporción del valor total del tratamiento que corresponde al porcentaje de semanas de cotización que le faltan para completar el período mínimo de cotizaciones, contemplados por la ley en el caso de los tratamientos de alto costo, como es la permanencia en la UCI del Hospital de la Samaritana. En vista de esta circunstancia, la esposa del paciente expone en la acción de tutela, que con su bajo ingreso familiar, le resulta imposible asumir el porcentaje adicional correspondiente al pago total de los procedimientos, permanencia en la UCI y en general toda la atención médica prestada a su esposo.

De otro lado, la EPS demandada argumenta que no cubriría el 100% correspondiente a los costos generados por la permanencia del señor Germán Pérez en la UCI debido a que el tratamiento allí brindado está catalogado en la Resolución 5261 de 1994 para las enfermedades ruinosas o catastróficas y que por tal motivo para que la entidad cubra la totalidad de los gastos se requiere que el afiliado haya cotizado 100 semanas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De esta manera, es claro para la Sala que aún cuando los servicios médicos que le han sido prestados al señor Germán Pérez, se han dado de manera diligente y puntual, también es cierto que, al supeditar en este momento la continuidad en la atención médica que aún pueda requerir el paciente en la UCI, 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 del esposo de la accionante. Además la EPS del Seguro Social reclama el cumplimiento estricto de los lineamientos legales dentro de los cuales sus

servicios médicos deben ser prestados, pero no puede olvidar, que en casos como este, en donde la incapacidad económica del paciente se manifiesta bajo juramento en su escrito de tutela (estrato I), 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, del señor Germán Pérez, haciendo salvedad que se debe agotar primero la cobertura del Seguro Obligatorio por tratarse de un accidente de tránsito, y luego los sobrecostos en los servicios médicos excluidos del POS que por esta vía se ordene prestar, podrán ser recobrados por el Seguro Social EPS al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud FOSYGA.

Así las cosas, la Sala revocará la decisión 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 al Seguro Social EPS, si aun no lo hubiere hecho, 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, el valor de su estadía en la UCI del Hospital la Samaritana, la práctica de todos los procedimientos médicos necesarios y que se encuentren pendientes por realizar al señor Germán Pérez. Indicar igualmente que el Seguro Social EPS, 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 médico del señor Germán Pérez y que no estaba obligado a asumir, por no cumplirse con los períodos mínimos de cotización.

III.- DECISIÓN.

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

RESUELVE:

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

En consecuencia, ORDÉNASE al Seguro Social EPS, si aun no lo hubiere hecho, 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, el valor de su estadía en la UCI del Hospital la Samaritana, la práctica de todos los procedimientos médicos necesarios y que se encuentren pendientes por realizar al señor Germán Pérez Pérez, conforme a lo ordenado por sus médicos tratantes. Indicar igualmente que el Seguro Social EPS, 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 médico del señor Germán Pérez Pérez y que no estaba obligado a asumir, por no cumplirse con los períodos mínimos de cotización.

Segundo: Por Secretaría General, LIBRENSE las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

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

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 T-1209/04

2 Cr. Corte Constitucional. Sentencia T-691 del 19 de noviembre de 1998 (M.P. Antonio Barrera Carbonell). En igual sentido se pueden consultar las sentencias SU-819 del 20 de octubre de 1999 (M.P. Alvaro Tafur Galvis) y T-927 del 23 de septiembre de 2004 (M.P. Alvaro

Tafur Galvis).

3 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”

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

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