

Sentencia T-150/12

DERECHO A LA SALUD DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD COMO DERECHO FUNDAMENTAL- Reiteración de jurisprudencia

Si el derecho a la salud de cualquier individuo resulta amenazado o vulnerado, los jueces pueden hacer efectiva su protección por vía de tutela. Queda así demostrado que, para la jurisprudencia colombiana, el derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y que puede ser invocado en sede de tutela si llega a verse amenazado o vulnerado. En el caso bajo estudio la accionante es una mujer de 85 años de edad que sufre de una serie de padecimientos tales como EPOC, otras dificultades respiratorias, cáncer de colon, entre otros, que menoscaban gravemente su salud y la posibilidad de vivir una vida digna. Por su edad y sus dolencias requiere de atención y tratamiento constante con el fin de mantener estable su estado de salud y poder seguir llevando una vida digna.

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Naturaleza jurídica

EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS DE RECUPERACION EN EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD-Reglas jurisprudenciales

En lo que tiene que ver con el tema de la exoneración de los copagos y cuotas moderadoras que la peticionaria solicita, quedó establecido que la jurisprudencia ha trazado unas reglas probatorias específicas para determinar la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Sea lo primero recordar que la EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de sus afiliados, lo que le permite inferir si éstos están o no en la capacidad de cubrir el costo de este tipo de pagos. Es por esto que, de presentarse una acción de tutela, la EPS accionada debe aportar la información al juez de tutela, para establecer la capacidad económica de los pacientes que, en principio, deben pagar cuotas moderadoras o copagos, y, si la entidad no prueba que la persona tiene capacidad de pago el juez de tutela puede presumir la veracidad de las afirmaciones del accionante. Además, existen otros indicios que el juez debe tener en cuenta y son el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiado, el hecho de pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad, entre otros.

ACCION DE TUTELA PARA EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS-Orden de exoneración de copagos por cuanto la accionante es sujeto de especial protección al tener 85 años y pertenecer al Sisbén

Referencia: expediente T-3249237

Acción de tutela instaurada por ANA MARÍA ZULUAGA DE ZULUAGA contra Comfama EPS y otro.

Magistrado Ponente:

JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Colaboró: Diana Carolina Rivera Drago

Bogotá D.C., dos (2) de marzo de dos mil doce (2012)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Jorge Iván Palacio Palacio y Juan Carlos Henao Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo del Juzgado Cuarto Civil del Circuito proferido en primera instancia el 22 de julio de 2011 por el cual se concedió la tutela impetrada, y del fallo de segunda instancia proferido por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, Sala Duodécima de Decisión Civil, el 13 de septiembre de 2011 por el cual se revocó la sentencia del a quo.

I. ANTECEDENTES

La señora Maria Rubiela Zuluaga de Castaño, actuando como agente oficiosa de su señora madre Ana María Zuluaga de Zuluaga, instauró acción de tutela contra la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y la EPS-S Comfama por considerar que dichas entidades han vulnerado los derechos a la vida, a la salud, a la integridad física, a la igualdad y a la seguridad social, al cobrarle un copago excesivo por su tratamiento. La acción de tutela se

fundamenta en los siguientes

1. Hechos

1.1. La señora Ana María Zuluaga se encuentra vinculada al Régimen de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado, específicamente en el nivel II del Sisben y está adscrita a la EPS-S Comfama en el municipio de Bello, Antioquia.

2.2. La señora Zuluaga tiene 84 años de edad de manera que pertenece a las personas consideradas de la tercera edad.

2.4. Desde aquél momento recibe tratamiento en dicha institución y se le cobró un copago de \$1.700.000.

2.5. Por la razón anterior, la señora Maria Rubiela Zuluaga (hija de la paciente) acudió a la Secretaría de Salud de Medellín donde el doctor Luis Espinosa le informó que el copago máximo que se puede cobrar en el nivel II del Sisben es de \$535.600.

2.6. Afirma la señora Maria Rubiela que ya había pagado la suma de \$172.000 por la atención que le fue prestada a su madre el 13 de julio de 2011.

2.7. Indica además que la paciente es una persona de la tercera edad que no cuenta con ningún ingreso y que ella no tiene un trabajo estable de manera que sobreviven gracias a la ayuda que les ofrece una prima y una cuñada.

2.8 Con base en los hechos descritos se solicita que se protejan los derechos de la accionante ordenándole a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y a Comfama EPS-S que asuman la totalidad de los costos del tratamiento que la paciente requiere.

2. Documentos relevantes cuyas copias obran dentro del expediente

2.1. Orden médica firmada por el doctor Juan Fernando Palacio Díaz en la que se indica que la paciente requiere oxígeno domiciliario 24 horas al día.

2.2. Formato de solicitud de autorización de servicios de salud suscrito por el médico tratante, en el cual se solicita al Comité Técnico Científico que se le conceda a la accionante el oxígeno domiciliario 24 horas diarias.

2.3. Fotocopia de la historia clínica de la accionante en la que consta que acudió a la clínica por complicaciones respiratorias y que allí permaneció todo el tiempo con oxígeno.

2.4. Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la accionante en la que consta que tiene actualmente 85 años de edad.

2.5. Fotocopia del carné de afiliación a Comfama en el que se indica que pertenece al régimen subsidiado y que paga el 10% de copago.

2.6. Fotocopia del Acuerdo 260 de 2004, cuyo artículo 11 numeral 3 en el que se establece que en el nivel II del Sisben el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente, y que el valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

3. Contestación de las entidades accionadas

3.1. Comfama EPS-S

Comfama EPS-S dio respuesta a la acción de tutela indicando que, efectivamente, la accionante se encuentra vinculada a la entidad a través del municipio de Bello desde el mes de junio del año 2002 y que presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), razón por la cual su médico tratante le ordenó oxígeno domiciliario.

Indicó además que el oxígeno como tal se encuentra incluido dentro del POS-S pero este debe ser solicitado ante el primer nivel de atención, de manera que la accionante debe acudir a su IPS de primer nivel para que su médico general le prescriba dicho suministro. Una vez hecho este trámite, Comfama hará entrega del mismo a la IPS y ésta le prestará el servicio a la accionante.

Manifestó que Comfama autoriza los servicios solicitados y por ende solicita que se declare el hecho superado, que se exonere a la accionante del pago de los copagos que se exigen en el nivel II del Sisben y que la Secretaría Distrital de Salud de Antioquia le cubra todo aquello que sea necesario para su salud y que esté por fuera del POS-S.

3.2. Dirección Seccional de Salud de Antioquia

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia también confirmó que la señora Ana María Zuluaga es beneficiaria del régimen subsidiado y que está afiliada a Comfama EPS-S nivel II del Sisiben. Afirmó que es la EPS-S la entidad obligada a garantizar la prestación de los servicios de salud y el suministro de medicamentos incluidos o no en el POS-S a las personas beneficiarias del régimen subsidiado, razón por la cual la Dirección Seccional de Salud de Antioquia no tiene legitimación pasiva en la presente acción de tutela.

Por último, hizo referencia a la solicitud de la accionante referente a la exoneración de los copagos, frente a lo cual precisó que el cobro de los mismos lo hacen las IPS y que nada tiene que ver con ellos la Dirección Seccional.

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

2.1. Sentencia de Primera Instancia

El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín profirió sentencia de primera instancia el día 4 del mes de agosto del año 2011, providencia que concedió las pretensiones de la accionante con base en las siguientes consideraciones:

Por una parte, el juez de primera instancia consideró que la acción de tutela es un mecanismo excepcional y subsidiario que solo opera en aquellos casos en que no sea posible recurrir a otro mecanismo judicial de defensa de los derechos, o en aquellas circunstancias en las que sea inminente la ocurrencia de un perjuicio irremediable y ésta quiera evitarse.

Indicó además que el derecho a la salud es un derecho fundamental que puede protegerse mediante acción de tutela y más aún cuando se trate de sujetos de especial protección constitucional. De este modo, la Corte Constitucional ha establecido que cuando un adulto mayor tenga alguna afección que altere su salud, que lo conduzca a solicitar atención médica y la misma le sea negada, dicha persona puede acudir al juez constitucional para que su derecho fundamental a la salud sea respetado.

Por otra parte, indicó que la jurisprudencia constitucional ha reconocido la legitimidad del cobro de copagos y cuotas moderadoras en el régimen subsidiado, pero dicho cobro no puede ser comprendido en abstracto sino solo en la medida en que resulte compatible con el

acceso a los servicios de salud, especialmente en el caso de las personas con menores ingresos. Así, se ha establecido que en ningún caso dichos cobros pueden convertirse en barreras para el acceso a los servicios de salud de las personas más necesitadas.

En el caso concreto, estimó el despacho que el hecho de que la accionante pertenezca al nivel II del Sisben hace presumir que carece de los recursos económicos necesarios para asumir los copagos que se le están cobrando por el tratamiento médico que recibe, razón por la cual se le ordenó tanto a Comfama EPS-S como a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia exonerar a la accionante de dichos pagos.

2.2 Impugnación

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia impugnó el fallo del a quo, por considerar que es únicamente la EPS-S la entidad obligada a garantizar la prestación de los servicios de salud y el suministro de medicamentos POS-S y NO POS-S a las personas afiliadas al régimen subsidiado. Con base en lo anterior, solicitó ser exonerada de toda responsabilidad frente al caso de la accionante por cuanto no es de su competencia la exoneración de copagos de los afiliados.

2.3. Sentencia de Segunda Instancia

El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, Sala Duodécima de Decisión Civil, profirió sentencia de segunda instancia el 13 de septiembre de 2011, revocando la sentencia del a quo y negando la protección de los derechos invocados por la accionante, con base en las siguientes consideraciones:

Indicó el juez de segunda instancia que el punto a decidir era si había o no lugar a exonerar de los copagos a la accionante, pese a haberse prestado ya el servicio demandado.

Al respecto, manifestó que, si bien se ha dicho en la jurisprudencia que el cobro de copagos y cuotas moderadoras no puede ser una barrera para el acceso a los servicios, la exoneración de los mismos en sede de tutela sólo se produce cuando se somete la prestación del servicio requerido a una exigencia previa de pago. Sin embargo, en el caso concreto la prestación del servicio no se condicionó a la cancelación del copago sino que simplemente se está exigiendo a la actora una prestación económica como consecuencia de un servicio que ya fue

prestado.

Por las razones anteriores, el ad quem consideró que no se había presentado la vulneración de ningún derecho fundamental, que la tutela no era el mecanismo adecuado para reclamar prestaciones económicas y negó el amparo solicitado.

III. ACTUACIONES SURTIDAS EN SEDE DE REVISIÓN

Durante el trámite de la presente tutela el despacho se comunicó telefónicamente con la señora Maria Rubiela Zuluaga quien indicó que la señora Ana María Zuluaga sigue padeciendo graves problemas de salud por su edad, entre ellos cáncer de colon, que hace unos meses no ha vuelto a necesitar oxígeno y que aún se le están cobrando copagos en algunas ocasiones por los servicios que se le prestan.

IV. CONSIDERACIONES y fundamentos

1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar las decisiones proferidas dentro de la Acción de Tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política.

El expediente de la referencia fue seleccionado por medio de Auto del 20 de octubre de 2011 proferido por la Sala de Selección número Diez.

2. Presentación del caso y planteamiento del problema jurídico

A raíz de las enfermedades que padece, principalmente del EPOC pulmonar, su médico tratante le ordenó tener oxígeno domiciliario 24 horas al día y éste fue solicitado ante el Comité Técnico Científico. Sin embargo, la EPS-S accionada indicó que el servicio podía prestársele siempre y cuando se efectuara el pago del copago correspondiente, copago además que, según la accionante, era mucho más costoso de lo que admite la ley.

Por las razones anteriores la accionante interpuso acción de tutela con el fin de obtener la prestación de los servicios de salud necesarios y de ser exonerada del cobro de copagos y cuotas moderadoras que no está en la capacidad económica de sufragar.

Al respecto, Comfama EPS-S indicó que el oxígeno se encuentra incluido dentro del POS-S pero que éste debía ser solicitado ante la correspondiente IPS del primer nivel de atención, y que una vez surtido dicho trámite haría la entrega del mismo a la IPS y ésta le prestaría el servicio a la accionante. Manifestó además que en el presente caso autorizaría la exoneración del pago de los copagos que se exigen en el nivel II del Sisben.

Por su parte, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia afirmó que es la EPS-S la entidad obligada a garantizar la prestación de los servicios de salud y el suministro de medicamentos incluidos o no en el POS-S a las personas beneficiarias del régimen subsidiado, razón por la cual la Dirección Seccional de Salud de Antioquia no tenía legitimación pasiva en la acción de tutela.

En sede de primera instancia se concedió la protección a los derechos invocados por la accionante, teniendo en cuenta que el derecho a la salud es un derecho fundamental que puede protegerse mediante acción de tutela y más aún cuando se trate de sujetos de especial protección constitucional, y que, si bien es legítimo el cobro de copagos y cuotas moderadoras en el régimen subsidiado, dicho cobro no puede ser en ningún caso una barrera para el acceso a los servicios de salud de las personas más necesitadas. Se estimó que el hecho de que la accionante perteneciera al nivel II del Sisben hacía presumir que carecía de recursos económicos y por ende no podía asumir los copagos que se le cobraban, razón por la cual le ordenó tanto a Comfama EPS-S como a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia exonerar a la accionante de dichos pagos.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia impugnó el fallo por considerar que es únicamente la EPS-S la entidad obligada a garantizar la prestación de los servicios de salud y el suministro de medicamentos POS-S y NO POS-S a las personas afiliadas al régimen subsidiado. Con base en lo anterior, solicitó ser exonerada de toda responsabilidad frente al caso de la accionante por cuanto no es de su competencia la exoneración de copagos de los afiliados.

En sede de segunda instancia, se revocó la sentencia del a quo y se negó la tutela por considerar que, si bien se ha dicho en la jurisprudencia que el cobro de copagos y cuotas moderadoras no puede ser una barrera para el acceso a los servicios, la exoneración de los mismos en sede de tutela sólo se produce cuando se somete la prestación del servicio

requerido a una exigencia previa de pago. En el caso concreto la prestación del servicio no se condicionó a la cancelación del copago sino que simplemente se exigió una prestación económica como consecuencia de un servicio que ya fue prestado.

2.2. Teniendo en cuenta lo anterior, el problema jurídico a resolver es si en el caso bajo estudio se están vulnerando los derechos fundamentales de la señora Ana María Zuluaga al exigírsele el pago de copagos por los servicios médicos que recibe, teniendo en cuenta que es una persona de la tercera edad que no tiene ingresos económicos. Para resolver dicho problema se desarrollarán los siguientes temas: i. El derecho fundamental a la salud de las personas en estado de discapacidad. Reiteración de jurisprudencia. ii. La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que cabe su exoneración. iii. Análisis del caso concreto.

i. El derecho fundamental a la salud de las personas en estado de discapacidad y de la tercera edad. Reiteración de jurisprudencia

1. En el presente acápite se procederá a analizar el derecho a la salud y la protección con que éste cuenta tanto en la Constitución Política de 1991, como en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Valga recordar que la importancia de este derecho se deriva, básicamente, de su estrecha y directa relación con otros derechos fundamentales, como lo son el derecho a la vida y el derecho a la dignidad humana de que gozan todos los habitantes del territorio nacional.

2. En la sentencia T-574 de 2010 se indicó que la Constitución Política de 1991 dispone una especial protección a las personas que se encuentran en condición de discapacidad. De las disposiciones constitucionales es preciso destacar el artículo 13 y el 47. El artículo 13 de la Constitución enuncia que:

“El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. (...) El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

De igual manera, el artículo 47 constitucional prescribe que:

“El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”

La mencionada sentencia indicó lo siguiente:

“(…) la Corte, en reiterada jurisprudencia ha establecido, respecto de la especial protección que merecen las personas en situación de discapacidad, lo siguiente:

“El Constituyente no fue ajeno a la situación de marginalidad y discriminación a la que históricamente han sido expuestas las personas disminuidas física, sensorial o psíquicamente. Es así como la Carta Política consagra derechos fundamentales y derechos prestacionales en favor de los discapacitados. La igualdad de oportunidades y el trato más favorable (CP art. 13), son derechos fundamentales, de aplicación inmediata (CP art. 85), reconocidos a los grupos discriminados o marginados y a las personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. De otra parte, los discapacitados gozan de un derecho constitucional, de carácter programático (CP art. 47), que se deduce de la obligación estatal de adoptar una política de previsión, rehabilitación e integración social.

“Los derechos específicos de protección especial para grupos o personas, a diferencia del derecho a la igualdad de oportunidades, autorizan una `diferenciación positiva justificada` en favor de sus titulares. Esta supone el trato más favorable para grupos discriminados o marginados y para personas en circunstancias de debilidad manifiesta (CP Art. 13).”¹

De igual forma, en la Sentencia T-197 de 2003, en cuanto al tema de la salud y la necesidad de su protección respecto a aquellas personas que sufren problemas de salud, se indicó:

“(…) es frecuente que el discapacitado requiera atención médica especializada a fin de mantener o mejorar las habilidades físicas o mentales disminuidas y, en la mayoría de casos, buscar la conservación de la vida en condiciones dignas. De esto se desprende que, en situaciones concretas, el suministro de una adecuada y pronta atención en salud del discapacitado supedita la protección de sus derechos fundamentales a la vida digna y la integridad física, por lo que el amparo constitucional a través de la acción de tutela resulta procedente, más aún si se tienen en cuenta los imperativos que desde la misma Carta

Política se extraen sobre la protección reforzada a la que son acreedores los limitados físicos y mentales.”

Una conclusión acertada acerca del tema objeto de la presente exposición se encuentra en la sentencia T-818 de 2008:

“En síntesis, las circunstancias de vulnerabilidad e indefensión en las cuales desarrollan su vida las personas afectadas con algún tipo de discapacidad, son reconocidas por la Constitución Política y por la jurisprudencia de esta Corporación, la cual ha establecido como deber de todas las personas que participan del Sistema de Seguridad Social en Salud, el deber de proteger especialmente a aquellos que por su condición física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.”

3. Posteriormente, en sentencia T-144 de 2008 (febrero 15), M. P. Clara Inés Vargas Hernández, se precisó:

“Se trata entonces de una línea jurisprudencial reiterada por esta Corte³, la cual ha establecido que el derecho a la salud es un derecho fundamental, que envuelve como sucede también con los demás derechos fundamentales, prestaciones de orden económico orientadas a garantizar de modo efectivo la eficacia de estos derechos en la realidad. Bajo esta premisa, el Estado a través del Sistema de Seguridad Social en Salud, proporciona las condiciones por medio de las cuales sus asociados pueden acceder a un estado de salud íntegro y armónico.

Es por ello que esta Corporación ha precisado que la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando peligra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas...⁴

En conclusión, la Corte ha señalado que todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no

solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales.”

4. Por último, es importante recordar que esta Corte, en sentencia T-126 de 2010 indicó que:

“(…) En la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional sistematizó y compiló las reglas jurisprudenciales que esta corporación ha establecido sobre el derecho a la salud. En esta providencia se argumentó, al igual que en reiteradas oportunidades, que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo:

“3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.[16] Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.[17] La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo.[18]”⁵

5. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible concluir que si el derecho a la salud de cualquier individuo resulta amenazado o vulnerado, los jueces pueden hacer efectiva su protección por vía de tutela⁶. Queda así demostrado que, para la jurisprudencia colombiana, el derecho a la

salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y que puede ser invocado en sede de tutela si llega a verse amenazado o vulnerado.

6. En el caso bajo estudio la accionante es una mujer de 85 años de edad que sufre de una serie de padecimientos tales como EPOC, otras dificultades respiratorias, cáncer de colon, entre otros, que menoscaban gravemente su salud y la posibilidad de vivir una vida digna. Por su edad y sus dolencias requiere de atención y tratamiento constante con el fin de mantener estable su estado de salud y poder seguir llevando una vida digna.

ii. La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y las hipótesis en las que cabe su exoneración

1. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, específicamente con la sentencia T-760 de 2008, se ha establecido que una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona, irrespeto su derecho a acceder a éstos si le exige como condición previa que cancele un pago moderador y el interesado no tiene la capacidad económica de asumirlo.

La tendencia jurisprudencial de esta Corte ha sido la de afirmar 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 copago o una 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 para asumir el costo que le corresponde.

De esta manera, toda persona tiene el derecho constitucional a no ser excluida del acceso a los servicios de salud, por lo que no se le puede condicionar la prestación de los mismos al pago de sumas de dinero cuando carece de la capacidad económica para sufragarlas. La Constitución Política, en el artículo 49, establece que la 'atención de la salud' es un servicio público a cargo del Estado, que debe garantizar 'a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud', 'conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad'.

2. En desarrollo de estas disposiciones constitucionales, el legislador estableció que las personas afiliadas y beneficiarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud están sujetas a 'pagos moderadores' entendidos como 'pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles' (artículo 187 de la Ley 100 de 1993).⁷ Los 'pagos moderadores' pueden ser de dos tipos: aquellos dirigidos a 'racionalizar' los servicios y aquellos dirigidos a 'complementar la financiación de los servicios prestados'.⁸ El legislador advierte que en el caso de los afiliados cotizantes, los 'pagos moderadores' sólo pueden ser aplicados con un 'exclusivo objetivo', a saber, 'racionalizar el uso de servicios del sistema'; mientras que en el caso de los beneficiarios, tales pagos también se aplicarán con el objetivo de 'complementar la financiación del plan obligatorio de salud POS'.⁹

3. De esta manera, en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establece la diferencia entre las cuotas moderadoras y los copagos, al señalar que las primeras, que se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, al paso que los segundos, que se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

De este modo, ha dicho la Corte, que la base del citado acuerdo está, por un lado, con el establecimiento de las cuotas moderadoras, el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, por otro, con los copagos aplicables a los beneficiarios, se pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún examen o procedimiento, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente, con la finalidad de generar otro aporte al Sistema y proteger su financiación¹⁰.

En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de los mismos. Así, de

conformidad con el Artículo 5 del acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos:

“1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos 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.

2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.”

Dispone el artículo 4 del acuerdo que, en el régimen contributivo, las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Específicamente en relación con los copagos, el acuerdo, en su artículo 9, establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.¹¹ Allí se señala también que se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una enfermedad específica del paciente en el mismo año calendario, y, en el artículo 10 del acuerdo se establece el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario por año calendario. Tratándose de afiliados cuyo ingreso base de

cotización sea menor a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, el valor del copago será del 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 y se fija como tope máximo anual el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. 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. Por último, 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.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7º del Acuerdo 260 de 2004, están sujetos al cobro de copagos todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención; 2. Programas de control en atención materno infantil; 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; 4. Enfermedades catastróficas o de alto costo; 5. La atención inicial de urgencias y, 6. Los servicios que, conforme al artículo 6º del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras.

Por su parte, el artículo 6º establece cuáles son los servicios sujetos al pago de cuotas moderadoras. Se indica allí que están sujetos a cuotas moderadoras:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo

cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Establece además que en ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias; que si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios; y que las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

En cuanto al monto de las cuotas moderadoras, establece el artículo 8° del mismo acuerdo que las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6° del acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, de la siguiente manera:

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.

En lo que tiene que ver con el régimen subsidiado, se establece en el artículo 11 que los

beneficiarios de dicho régimen contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén, de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.

2. Para el nivel 1 del Sisbén y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

3. Para el nivel 2 del Sisbén el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

4. Sin embargo, en el momento de la prestación de los servicios de salud, las instituciones encargadas deben tener en cuenta, siempre, la voluntad expresa y manifiesta del Legislador, de acuerdo con la cual 'en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres'.¹² Para la Corte, el no tener capacidad económica no puede convertirse en un obstáculo para obtener el servicio, pues toda persona tiene el derecho a "acceder al Sistema sin ningún tipo de discriminación".¹³

5. De manera más específica, la jurisprudencia ha considerado expresamente que está constitucionalmente prohibido aplicar pagos moderadores a los servicios que requiere una niña o un niño cuyos acudientes no cuenten con los recursos para cubrir esos gastos¹⁴. En esta ocasión dijo al respecto la Corte,

"(...) cuando una persona se encuentra en condiciones de pobreza, y requiera de un tratamiento o procedimiento médico que le proteja su derecho a la vida en condiciones de dignidad, no se podrá interponer obstáculos de carácter económico, debido a su imposibilidad económica para la no realización de dichos procedimientos.

Lo anterior adquiere mayor importancia, como se verá en concreto frente a las circunstancias

del caso revisado si el afectado con la decisión de la entidad prestadora de servicios de salud es un menor de edad, pues para su caso, el derecho a la salud es de naturaleza fundamental y, por tanto, es procedente su protección a través del amparo constitucional no sólo en los eventos en que se afecten de forma grave los derechos a la vida y a la integridad física, sino también cuando se compruebe que, a raíz de la falta de atención médica, se impide el mantenimiento de adecuadas condiciones biológicas o psíquicas del niño.”¹⁵

6. Tal y como se mencionó en el acápite anterior, la jurisprudencia ha trazado unas reglas probatorias específicas para establecer la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Al respecto, se ha dicho que la EPS siempre 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.

De este modo, 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 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. Las reglas aplicables han sido fijadas por la jurisprudencia constitucional en los siguientes términos:

- 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.¹⁶

- 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 cotizante,¹⁷ 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 demandado¹⁸.

7. De este modo, la Sala analizará en el caso concreto, si se cumplen o no las reglas para la exoneración de los pagos moderadores y si la accionante tiene o no capacidad económica para cubrirlos.

iii. Análisis del caso concreto

1. En el caso bajo análisis, se encuentra la Sala frente al caso de una mujer de 85 años de edad, vinculada al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado, específicamente en el nivel II del Sisben y adscrita a la EPS-S Comfama en el municipio de Bello, Antioquia.

Se trata de una persona de avanzada edad con múltiples padecimientos de salud de los cuales los más graves son cáncer en el colon y EPOC pulmonar, enfermedades que requieren tratamiento constante y acceso integral a los servicios médicos. Desde hace algunos años ha venido recibiendo dichos servicios a través de Comfama EPS-S, entidad que, según la accionante, en repetidas ocasiones le ha cobrado copagos por la prestación de los mismos, incluso por valores más altos de los permitidos por la ley que en el caso de personas vinculadas en el nivel II del Sisben es del 10% del costo del servicio, sin que el cobro por un mismo evento pueda exceder el monto de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente¹⁹.

Por ser una persona de la tercera edad, la accionante no se encuentra en el mercado laboral de manera que no cuenta con un ingreso económico fijo, teniendo en cuenta además que tampoco es acreedora de una pensión de vejez. Por otra parte, su hija que es quien vela por su salud, tampoco tiene un trabajo estable y ambas residen en la vivienda de familiares que les ayudan con darles un techo y la alimentación.

Vale la pena mencionar que una vez interpuesta la acción de tutela Comfama EPS-S indicó que, efectivamente, la accionante se encuentra vinculada a la entidad a través del Municipio de Bello desde el mes de junio del año 2002 y que allí se le ha prestado toda la atención necesaria. Manifestó además que autorizaría todos los servicios solicitados así como la exoneración del pago de los copagos que se exigen en el nivel II del Sisben en la prestación de los mismos, cada vez que ella los requiera. Por su parte, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia se pronunció aduciendo que no es de su competencia pronunciarse ni decidir sobre el tema de exoneración de copagos ni cuotas moderadoras.

Teniendo en cuenta la jurisprudencia citada en acápites anteriores, debe reiterarse que el derecho a la salud de cualquier individuo es un derecho fundamental y que si éste resulta amenazado o vulnerado, los jueces pueden hacer efectiva su protección por vía de tutela.

En el caso bajo estudio la accionante es una mujer de 85 años de edad -se reitera-, lo que la convierte en un sujeto de especial protección constitucional que sufre de una serie de padecimientos que menoscaban gravemente su salud y la posibilidad de vivir una vida digna, razones por las cuales su derecho debe ser protegido.

2. En lo que tiene que ver con el tema de la exoneración de los copagos y cuotas moderadoras que la peticionaria solicita, quedó establecido que la jurisprudencia ha trazado unas reglas probatorias específicas para determinar la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Sea lo primero recordar que la EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de sus afiliados, lo que le permite inferir si éstos están o no en la capacidad de cubrir el costo de este tipo de pagos. Es por esto que, de presentarse una acción de tutela, la EPS accionada debe aportar la información al juez de tutela, para establecer la capacidad económica de los pacientes que, en principio, deben pagar cuotas moderadoras o copagos, y, si la entidad no prueba que la persona tiene capacidad de pago el juez de tutela puede presumir la veracidad de las afirmaciones del accionante. Además, existen otros indicios que el juez debe tener en cuenta y son el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiado, el hecho de pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad, entre otros.

En el presente evento, se cumplen a cabalidad los mencionados presupuestos, es decir, se trata de una persona de la tercera edad, desempleada y sin pensión, que pertenece al régimen subsidiado en el nivel II del Sisben y que afirma no tener capacidad de pago para sufragar los copagos que se derivan de recibir los servicios de salud que requiere. Es además una persona con un estado de salud delicado que debe recibir atención médica de manera constante y cuya EPS-S además de no haber controvertido su capacidad económica, en la contestación a la acción de tutela indicó que la exoneraría del pago de los copagos que pueda causar el tratamiento de sus padecimientos.

3. Por los motivos antes expuestos, la Sala procederá a revocar la sentencia proferida el día 13 de septiembre de 2011 por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín-Sala

Duodécima de Decisión Civil, por medio de la cual no se tutelaron los derechos a la salud, a la vida digna y a la seguridad social de la accionante y, en su lugar, se ordenará a la EPS-S accionada exonerar a la accionante de los copagos y cuotas moderadoras que puedan causarse por los servicios de salud que reciba para el tratamiento de sus dolencias.

V. DECISIÓN

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR el fallo proferido en segunda instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín Sala Duodécima de Decisión Civil el 13 de septiembre de 2011, que a su vez revocó el fallo del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín del 4 de agosto del mismo año, y en su lugar, TUTELAR los derechos de la señora Ana María Zuluaga de Zuluaga.

Segundo.- ORDENAR a Comfama EPS-S que exonere a la señora Ana María Zuluaga de Zuluaga del pago de las cuotas moderadoras y copagos que se le han venido exigiendo para acceder a los servicios de salud que necesita.

Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1.991.

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

JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaría General

1 Sentencia T -288 de 1995.

2 Sobre el tema ver también la sentencia T-899 de 2007.

3 Ver T-227/03, T-859/03, T- 694/05, T-307/06, T-1041/06, T-1042/06, T-016/07, T-085/07, T-200/07, T-253/07, T-523/07, T-524-07, T-525/07, T-648/07, T-670/07 y T-763/07, entre otras.

4 Sobre el tema particular, consultar las sentencias: T-1384 de 2000 y T-365A de 2006, entre muchas otras.

5 Sentencia T-760 de 2008.

6 T-763 de septiembre 25 de 2007, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

7 La jurisprudencia constitucional ya había resaltado el concepto de ‘pagos moderadores’ como un concepto genérico que incluye las distintas categorías de pagos que se realizan en el sistema. En la sentencia T-973 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), por ejemplo, se señaló al respecto: “(...) la normatividad prevé cuotas económicas adicionales a las cotizaciones que deben ser cubiertas por las personas usuarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS-para acceder a los servicios de salud. Dentro de dicha legislación, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece los pagos que deben efectuar los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo o subsidiado de salud dentro de los cuales se encuentran pagos moderadores que comprenden a su vez i) pagos compartidos-copagos-, ii) cuotas moderadoras y iii) deducibles”. Así también en las sentencias T-617 de 2004 (MP Jaime Araujo Rentería), T-734 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

8 El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece: “De los Pagos Moderadores. 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. || En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes

servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y [la antigüedad de afiliación en el sistema] según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. || Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. || PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.’ Se resalta la parte declarada inexecutable por la Corte Constitucional en la sentencia C-542 de 1998 (MP Hernando Herrera Vergara).

9 Artículo 187 de la Ley 100 de 1993, primer inciso.

10 Ver Sentencia T-584 de 31 de julio de 2007 M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

11 Artículo 9º. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera: // 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.

12 Artículo 187 de la Ley 100 de 1993, segundo inciso; de acuerdo con esta norma, los recaudos por estos conceptos ‘serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud’, no obstante, advierte que ‘el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar

parte de ellos a la subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía', Fosyga.

13 Artículos 187 y 188 ('Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios') de Ley 100 de 1993. En la sentencia T-811 de 2006 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra), la Corte consideró que de acuerdo con la Constitución y la Ley, el deber de hacer viable económicamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha de conseguir teniendo en cuenta que "las personas que tienen incapacidad económica puedan acceder al Sistema sin ningún tipo de discriminación." En este caso la Corte tuteló los derechos a la vida y a la salud de una mujer, por lo que inaplicó una disposición reglamentaria y ordenó a la entidad encargada [Compensar EPS] prestar los servicios que ésta requería, los cuales se le habían negado porque no había cancelado un copago que se le exigía y no tenía la capacidad económica de asumir.

14 Al respecto ver la sentencia T-225 de 2007 (MP Clara Inés Vargas Hernández).

15 En este caso se decidió que "el derecho fundamental a la salud del menor debe primar sobre la obligación del cubrimiento de las cuotas moderadoras o copagos para lo cual deberá protegerse los derechos constitucionales del niño ordenando la prestación de los servicios de manera integral, como quiera que los derechos fundamentales están por encima de las reglamentaciones." Corte Constitucional, sentencia T-225 de 2007 (MP Clara Inés Vargas Hernández).

16 Al respecto, 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) y T-113 de 2002 (MP: Jaime Araujo Rentería).

17 Al respecto, ver las siguientes sentencias: T-867 de 2003 (MP: Manuel José Cepeda) y T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

18 Corte Constitucional, 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).

19 Folios 1, 19 y 36 del expediente.