

Referencia: expediente T-2.145.981

Acción de tutela instaurada por María Angélica Arias Ayala en contra de la Secretaría Departamental de Salud de Tolima

Magistrado Ponente:

Dr. Juan Carlos Henao Pérez

Bogotá, D.C., el catorce (14) de mayo de dos mil nueve (2009).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada María Victoria Calle Correa y los magistrados Luis Ernesto Vargas Silva y Juan Carlos Henao Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del trámite de revisión del fallo dictado por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Ibagué (Tolima) en el asunto de la referencia.

Dado que el problema jurídico que plantea la presente acción de tutela ya ha sido objeto de otros pronunciamientos por parte de esta Corporación, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional reiterará lo dispuesto por la jurisprudencia para este tipo de casos. Por tal razón, este fallo será motivado brevemente.¹

El expediente de la referencia fue escogido para revisión por medio del auto de veintinueve (29) de enero dos mil nueve (2009) proferido por la Sala de Selección Número Uno. 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

1. María Angélica Arias Ayala, beneficiaria del SISBEN Nivel 2, presentó acción de tutela en contra de la Secretaría Departamental de Salud de Tolima, por considerar que dicha entidad está vulnerando su derecho a la salud en conexidad con la vida digna e

integridad personal con base en los siguientes hechos y consideraciones:

1. Relata que su médico tratante le diagnosticó cardiomiopatía isquémica. Esta enfermedad presenta, según ella, graves síntomas como: “(...) insuficiencia cardiaca congestiva”. Explica que “los pacientes con esta condición presentan un bombeo cardiaco debilitado, ya sea debido a ataques cardiacos previos o debido a bloqueos corrientes de las arterias coronarias”. Agrega que “[e]s posible que se presente una acumulación de colesterol y otras sustancias, llamada placa, en la arterias (sic) que traen oxigeno a los tejidos del músculo cardiaco”.

2. En la demanda, la accionante señala que tiene obstruido el “70% de la coronaria ascendente”, motivo por el cual el médico especialista dispuso que debía ser sometida a una “ANGIOPLASTIA CORONARIA de un vaso con implante de un STENT MEDICADO”. Adicionalmente, el médico le prescribió durante un año “CLOPIDOGREL (PLAVIX O IXCOVER) 75 Mg (sic), ASA y ESTATINA (...) e EICAS según su estado clínico”².

3. Manifiesta que la angioplastia coronaria con el implante del stent fue autorizada por la entidad accionada previa cancelación del 10% del valor de la atención médica, esto es, “[u]n millón ochocientos cuarenta y seis mil pesos Mcte (\$1.846.000.)” a título de copago, cifra que, argumenta, no está en condiciones económicas de asumir.

4. En relación al medicamento prescrito, Clopidogrel -Plavix o Iscover-, señala que no se encuentra incluido en el POS y que “el valor de 14 pastas es de ciento treinta y ocho mil cuatrocientos pesos (\$138.400)”. Precisa que de acuerdo a la orden médica “el tratamiento es de una pasta diaria por un año”, valor que tampoco puede ser cancelado por ella o por su familia.

5. Con base en los anteriores hechos, la accionante solicita (i) se ordene a la Secretaría Departamental de Salud de Tolima, autorizar la realización del procedimiento Angioplastia Coronaria y el implante del stent medicado, eximiéndola de la cancelación del valor equivalente al copago en razón a la ausencia de recursos económicos para asumir su costo. En el mismo sentido, pide que (ii) “una vez sea realizado este procedimiento ambulatorio se entregue por parte de la accionada los medicamentos de tratamiento que ordena el médico tratante. En este caso CLOPIDOGREL (PLAVIX O IXCOVER) 75 Mg, DÍA POR UN AÑO, ASA y ESTATINA en forma indefinida e

EICAS según su estado clínico (sic)".

1. El proceso correspondió al Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Ibagué³, ante quien intervino la Secretaría de Salud Departamental de Tolima para indicar que (i) esta entidad no ha vulnerado los derechos de la accionante en tanto no le ha negado la prestación de los servicios médicos requeridos, y que (ii) el cobro de la cuota recuperación realizado a la actora para la prestación de los servicios médicos, se ha llevado a cabo en cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias.

2. El catorce (14) de noviembre de dos mil ocho (2008) el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Tolima denegó el amparo por considerar que la entidad accionada autorizó la prestación de los servicios requeridos por la accionante y el cobro del pago moderador para la prestación de estos servicios está hecho en concordancia con lo dispuesto por la normatividad que regula la materia.

3. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación recogió y sistematizó las principales reglas desarrolladas por la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud. En dicha ocasión, la Corte sostuvo que los pagos, exigidos en el contexto de la prestación de servicios de salud, “además de ser razonables, no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos”. La Corte agregó que “[t]oda persona tiene derecho a acceder a un servicio de salud que requiere (i) cuando se encuentra contemplado en el Plan Obligatorio de Salud, o (ii) cuando requiere el servicio con necesidad, es decir, cuando éste se encuentra sometido a un pago que la persona no está en capacidad de asumir. Esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona tiene que asumir un ‘pago moderador’ (copago, cuota moderadora) o cuando el servicio requerido no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio y la persona, o de quien ella depende, carece de la capacidad económica —parcial o total, temporal o definitiva— para asumir el costo que le corresponde. Como se dijo toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera ‘con necesidad’ -que no puede financiarse por sí mismo-”.

4. En el presente asunto, está demostrado que la actora requiere con necesidad (i) la práctica de una angioplastia coronaria y el implante de un stent medicado, y (ii) el

suministro del medicamento “CLOPIDOGREL (PLAVIX O IXCOVER) 75 MG DÍA (SIC)”, en los términos indicados por el médico tratante. Para realizar el análisis particular de este caso resulta necesario precisar que la intervención quirúrgica requerida por la actora hace parte del POS del régimen subsidiado y que, en cambio, el medicamento Clopidogrel no.

5. Sobre los servicios médicos contemplados en el POS, en la precitada T-760 de 2008, esta Corporación sostuvo que: “toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios médicos contemplados dentro de los planes obligatorios de salud. Así pues, ‘no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.’ La jurisprudencia ha precisado las condiciones en las cuales la vulneración al derecho a acceder a un servicio fundamental a la salud es tutelable, en los siguientes términos: una persona inscrita en el régimen de salud contributivo o subsidiado tiene derecho a reclamar mediante acción de tutela la prestación de un servicio de salud cuando éste (i) está contemplado por el Plan Obligatorio de Salud (POS o POS-S), (ii) fue ordenado por su médico tratante adscrito a la entidad prestadora del servicio de salud correspondiente, (iii) es necesario para conservar su salud, su vida, su dignidad, su integridad, o algún otro derecho fundamental y (iv) fue solicitado previamente a la entidad encargada de prestarle el servicio de salud, la cual o se ha negado o se ha demorado injustificadamente en cumplir su deber.

6. En relación con la práctica de la intervención quirúrgica requerida por la accionante, la Sala encuentra que: (i) Efectivamente, hace parte del POS. Este aspecto ni siquiera fue discutido por la entidad demandada; (ii) Fue prescrita por el médico tratante adscrito a la entidad prestadora del servicio de salud⁴; (iii) Dado el cuadro clínico y las condiciones médicas de la actora, las cuales tampoco fueron desvirtuadas por la entidad accionada, se tiene que la angioplastia coronaria con implante de stent medicado es necesaria para conservar su salud y (iv) la prestación de este servicio de salud fue solicitado por la actora y fue autorizado. Sin embargo, para hacer efectiva su prestación, la entidad prestadora del servicio de salud le exige a la actora la cancelación del valor correspondiente al copago, que según el decir de la actora equivale a “[u]n millón ochocientos cuarenta y seis mil pesos Mcte

(\$1.846.000.)”, los cuales, dadas sus condiciones económicas no puede pagar.

7. Específicamente, frente a este tema y en relación con el régimen subsidiado la precitada sentencia indicó lo siguiente: “Los pagos moderadores de los beneficiarios del régimen subsidiado, de acuerdo con la regulación (Acuerdo 260 de 2004, CNSSS),⁵ son contribuciones equitativas, dirigidas a contribuir a financiar los servicios recibidos. Expresamente, la regulación establece que los ‘beneficiarios del régimen subsidiado 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’. Agregó que “[l]as EPS y las entidades territoriales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud a una persona que carece de recursos económicos, irrespetan su derecho constitucional a acceder a los servicios de salud sin discriminación y, además, actúan en contra de la ley, puesto que la constitucionalidad de la norma legal invocada fue condicionada, precisamente, a que el pago no se constituya en una barrera a la accesibilidad al servicio de salud para los que carecen de recursos económicos (art. 187, Ley 100; sentencia C-542 de 1998). Esta regla también ha sido aplicada en el contexto del régimen subsidiado, en el que las personas, por su condición de beneficiarios, suelen estar sometidos a copagos, para colaborar en la financiación de los servicios que reciben, y así promover la sostenibilidad del Sistema.” En ese sentido, de acuerdo a estos criterios jurisprudenciales, cuando la prestación del servicio está sometida a la cancelación de pagos moderadores y la persona manifiesta expresamente que no puede asumir su precio, es obligación del ente territorial respectivo garantizar el acceso al servicio requerido asumiendo la totalidad del costo⁶. Frente a estas situaciones la Corte Constitucional ha decidido inaplicar las disposiciones de carácter reglamentario, en las cuales se funda el cobro de los pagos moderadores en el régimen subsidiado.

8. Por otra parte, en relación a los criterios de aplicación a la regla de acceso a los servicios de salud que una persona requiera y no se encuentren incluidos en los planes obligatorios de salud la misma sentencia T- 760 de 2008 recordó: “[S]e desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando (i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el

interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.⁷ En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]”.

9. En el presente asunto, está demostrado que la actora, adicionalmente, requiere con necesidad el suministro del medicamento no incluido en el POS. Se trata del medicamento “CLOPIDOGREL (PLAVIX O IXCOVER) 75 MG (SIC)” [sub regla i].

10. El siguiente aspecto de análisis [subregla ii] tiene que ver con la existencia de pruebas a partir de las cuales se pueda inferir que la intervención quirúrgica y el medicamento prescrito puede ser sustituido por algún otro incluido en el POS. En este caso no existen afirmaciones de la entidad accionada, ni otro material probatorio en el expediente encaminado a demostrar que el medicamento Clopidogrel puede ser sustituido por algún otro que haga parte del POS y que proporcione los mismos o mejores efectos en la salud de la paciente, razón por la cual la Sala encuentra satisfecho este requisito.

11. También encuentra la Sala que la prescripción médica fue hecha por el médico tratante adscrito a la accionada [subregla iv], satisfaciéndose así otro de los requisitos jurisprudenciales requeridos para conceder el amparo.

12. Por último, [subregla iii] la accionante manifiesta encontrarse en incapacidad económica para asumir el costo del medicamento prescrito.

Sobre las reglas probatorias para establecer la capacidad económica, la sentencia T-760 de 2008 dijo: “Para la jurisprudencia constitucional no es aceptable que una EPS se niegue a autorizar la prestación de un servicio de salud no incluido dentro de los planes obligatorios, porque el interesado no ha demostrado que no puede asumir el costo del servicio de salud requerido. La EPS cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si puede o no cubrir el costo. Por eso,

uno de los deberes de las EPS consiste en valorar si, con la información disponible o con la que le solicite al interesado, éste carece de los medios para soportar la carga económica. Esto, sin necesidad de que se acuda a la acción de tutela. Ahora bien, de presentarse una acción de tutela, la EPS debe aportar la información al juez de tutela, para establecer la capacidad económica de los pacientes que requieren servicios de salud no incluidos en el POS o de 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”.

En esos términos, en el presente caso, no existen manifestaciones por parte de la entidad accionada encaminadas a desvirtuar la información presentada por la accionante sobre su incapacidad económica para asumir el costo del medicamento requerido, ni pruebas que indiquen lo contrario. Por tanto, respetando la regla jurisprudencial que establece que en estas situaciones el juez constitucional debe presumir, con base en el principio de buena fe, la veracidad de la información dada por quien interpone la acción de tutela, a juicio de la Sala no se encuentra desvirtuada la incapacidad económica de la actora.

1. Así las cosas, en el caso concreto se ordenará a la Secretaría de Salud Departamental de Tolima, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo proceda, si aún no lo ha hecho, a disponer todo lo necesario para que la Angioplastia derecha con implantación de Stent en arteria coronaria que requiere la accionante, en razón a la Cardiopatía Isquémica que padece, le sea practicada y que el medicamento Clopidogrel -Plavix o Iscover- le sea entregado en los términos y condiciones indicados por su médico tratante, bien en forma directa o por intermedio de una institución pública o privada con la cual está entidad tenga suscrito el correspondiente contrato, sin que para el caso sean exigidos los pagos moderadores a la actora.

DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones anteriores, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la

Constitución,

RESUELVE:

Primero. REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Ibagué (Tolima), proferido el catorce (14) de noviembre de dos mil ocho (2008) en el presente asunto y en su lugar, CONCEDER la tutela del derecho fundamental a la salud de María Angélica Arias Ayala.

Segundo. ORDENAR a la Secretaría Departamental de Salud de Tolima, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo proceda, si aún no lo ha hecho, a disponer todo lo necesario para que la Angioplastia derecha con implantación de Stent en arteria coronaria que requiere la accionante, de acuerdo a la prescripción hecha por el médico tratante en razón a la Cardiopatía Isquémica que padece, le sea practicada por intermedio de la institución pública o privada con la cual está entidad tenga suscrito el correspondiente contrato de prestación de este servicio, sin que para el caso sean exigidos los pagos moderadores a la actora.

Tercero. ORDENAR a la Secretaría Departamental de Salud de Tolima, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo proceda, si aún no lo ha hecho, a disponer todo lo necesario para que a la accionante le sea entregado el medicamento Clopidogrel -Plavix o Iscover- 75 MG día, Asa y Estatinas en forma indefinida e Eicas según su estado clínico, en los términos y condiciones indicados por su médico tratante.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Magistrado Ponente

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

Secretaria General

1 Con base en lo dispuesto por el Decreto 2591 de 1991 (artículo 35), la Corte Constitucional ha señalado que las decisiones de revisión que se limiten a reiterar la jurisprudencia pueden “ser brevemente justificadas”. Así lo ha hecho en varias ocasiones, entre otras, en las sentencias T-549 de 1995, T-396 de 1999, T-054 de 2002, T-392 de 2004, T-959 de 2004, T-810 de 2005, T-465A de 2006, y, T-689 de 2006, T-1032 de 2007, T-784 de 2008 y T-808 de 2008.

2 La actora agrega copia del diagnóstico y de la orden médica que prescribe el tratamiento. Cfr. Folios 13 y 15.

3 Cfr. Folio 20.

4 Supra nota 2.

5 Acuerdo 260 de 2004, CNSSS, ‘Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.’ Mediante este Acuerdo se derogó ‘las disposiciones que sean contrarias’ y, en especial, los Acuerdos 30 y 61 y el artículo 9º del Acuerdo 218.

6 En la sentencia T-1091 de 2004 se tuteló el derecho de una persona a que la entidad responsable (Secretaría de Salud de Antioquia) le suministrara el oxígeno domiciliario permanente que requería como parte de su tratamiento contra el cáncer. En la sentencia T-499 de 2006 se tuteló el derecho de un beneficiario vinculado (nivel 2 en el SISBEN) a seguir recibiendo por parte de la entidad encargada (la ESE Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios, Antioquia) el medicamento que requiere (FENOBARVITAL), sin cobrarle pago moderador alguno. En la sentencia T-837 de 2006 se ordenó al ente territorial respectivo (Secretaría de Salud Pública de Manizales) que cubriera el 100% del costo de los copagos que debía cancelar la accionante para la práctica del procedimiento quirúrgico requerido (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior).

7 Estos criterios fueron establecidos en estos términos por la sentencia T-1204 de 2000

y reiterados así, entre otras, por las sentencias T-1022 de 2005, T-557 y T-829 de 2006, T-148 de 2007, T-565 de 2007, T-788 de 2007 y T-1079 de 2007. En la sentencia T-1204 de 2000, en el contexto del régimen contributivo de salud; en este caso la Corte ordenó a la entidad encargada de garantizarle al peticionario la prestación del servicio de salud (Colmena Salud EPS) que autorizara la practicara del servicio requerido (examen de carga viral). La Corte tuvo en cuenta que según la jurisprudencia constitucional, el juez de tutela puede ordenar “(...) la prestación de los servicios de salud, a los cuales las personas no tienen el derecho fundamental a acceder, cuando sin ellos se haría nugatoria la garantía a derechos constitucionales fundamentales como la vida y la integridad personal, pues frente a estos derechos, inherentes a la persona humana e independientes de cualquier circunstancia ajena a su núcleo esencial, no puede oponerse la falta de reglamentación legal (decisión política) o la carencia de recursos para satisfacerlos.”