Sentencia T-342/00

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

INSTITUCION PUBLICA DE SALUD-Atención a pacientes que no han cotizado las semanas requeridas ni tienen recursos económicos para cubrir el ciento por ciento del tratamiento

Referencia: expediente T-265548

Acción de tutela instaurada por Vitelvina Pimiento Gómez contra el Seguro Social

Magistrado ponente:

Dr. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO

Santa Fe de Bogotá D.C., veintisiete (27) de marzo de dos mil (2000).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, en especial de las previstas en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución y en el Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

que pone fin al en el proceso de revisión del fallo adoptado por el Juzgado Décimo Penal del Circuito de Bucaramanga, al resolver sobre la acción de tutela instaurada por Vitelvina Pimiento Gómez contra el Seguro Social.

I. ANTECEDENTES

La demandante instauró la acción de tutela con el fin de obtener la protección de los derechos a la salud y a la seguridad social, ya que necesita que le brinden el tratamiento para el cáncer que padece. Afirmó que no poseía los recursos económicos para asumir el excedente del valor de dicho tratamiento que no le cubrió la E.P.S. demandada, por no tener el número de semanas cotizadas que exige la normatividad vigente.

El Seguro Social manifiesta que, de acuerdo con las disposiciones legales, está dispuesto a

cubrir un porcentaje del costo del tratamiento, por haber cotizado la accionante 76 semanas de las 100 que como mínimo exige la ley.

II. DECISION JUDICIAL OBJETO DE REVISIÓN

El Juzgado de instancia negó la tutela promovida, tras considerar que la actuación de la demandada se ajustó al ordenamiento legal y a la jurisprudencia y, en particular, a lo dispuesto en el Decreto 806 de 1998.

Además, expresó que a la actora se le prestan, actualmente, los servicios por parte de una entidad del Estado, sin ningún costo.

III. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

Derechos a la vida, a la salud y a la seguridad social. Aplicación por parte de una entidad de salud de las disposiciones del Decreto 806 de 1998

Según la jurisprudencia de esta Corporación, cuando la vida y la salud de las personas se encuentran comprometidas, dada la de urgencia del tratamiento o la gravedad de la enfermedad, es preciso inaplicar la norma legal que obstaculiza la protección de los indicados derechos, a la luz del artículo 4 de la Carta Política.

Es necesario reiterar los criterios expuestos por esta Corte en Sentencia C-112 del 25 de marzo de 1998 (M.P.: Dr. Carlos Gaviria Díaz), al pronunciarse sobre la exequibilidad del artículo 164 de la Ley 100 de 1993:

“Así las cosas, cuando el usuario del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, requiera atención médica por una enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y no cumpla con el período mínimo de cotización, debe ser atendido por la entidad de salud a la que esté afiliado, pero con la condición de que pague una suma determinada por los servicios prestados, que según la norma antes transcrita es “el porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados” en ese mismo artículo. No se olvide que el usuario pertenece al régimen contributivo y, por tanto, se presume su capacidad de pago. Pero ¿qué ocurre cuando se presentan casos de urgencia?. En estos eventos, la misma ley 100/93 en su artículo 168, obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las

personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente.”

“Entonces, bien puede afirmarse que ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de “alto costo”, necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios.

“El cobro de un porcentaje en dinero por la atención de enfermedades de alto costo, cuando no se hayan cumplido los períodos mínimos de cotización, tampoco viola la Constitución, pues ésta no prescribe que los servicios de salud deban ser gratuitos, salvo en lo que atañe a la atención básica, según se lee en el inciso cuarto del artículo 49 que textualmente reza: “La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”. Los servicios que comprende la atención básica, según el artículo 3o. del decreto 1938 de 1994 son “todas aquellas acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades, o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.”

“Además, el porcentaje de los costos que debe pagar el usuario de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución, lo fija la ley proporcionalmente con la capacidad socio económica del empleado, para evitar precisamente cobros irrazonables y desmesurados”.

Y en la Sentencia T-370 de 1998 también se expresó:

“Sin embargo, en casos de urgencia o gravedad comprobadas, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio como el que reclamaba el actor. Pues, por encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema. Por tanto, en estos casos, los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinosa, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que les correspondería, tienen el derecho y las entidades el deber de atenderlos. Los costos de estos tratamientos, en primera

instancia, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, que tendrá la acción de repetición contra del Estado, para recuperar aquellos valores que legalmente no estaba obligada a sufragar, tal como expresamente lo afirmó la sentencia SU-480 de 1997". (Cfr. Constitucional. Sala Primera de Revisión. Sentencia T-370 del 17 de julio de 1998. M.P.: Dr. Alfredo Beltrán Sierra).

En el caso concreto, la demandante es beneficiaria de los servicios del sistema de seguridad social en salud y, a raíz del diagnóstico de cáncer maxilar izquierdo efectuado por médicos del Seguro Social, ha recibido siempre la atención necesaria, pero ha debido cancelar un excedente, el cual ya no le es posible sufragar por cuanto su esposo no tiene trabajo actualmente y el Seguro no le presta la atención completa, sino condicionada a las semanas cotizadas.

En casos similares, la jurisprudencia, dando aplicación directa a los preceptos constitucionales, y bajo los indicados supuestos de gravedad y urgencia, ha ordenado a las empresas promotoras de salud suministrar los tratamientos, medicamentos, e incluso efectuar las intervenciones quirúrgicas que se requieran, con el fin de lograr la conservación de los derechos inalienables a la vida y a la salud e integridad de sus afiliados y beneficiarios, pese a que éstos no cuenten con las semanas mínimas de cotización que exige la ley, desde luego con la posibilidad de repetir contra el Fosyga en lo relativo al excedente dejado de asumir por el cotizante.

Sin embargo, en el presente caso se observa, que según declaración rendida ante el Juzgado de instancia, por parte del esposo de la accionante, el Hospital Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga se encuentra actualmente atendiendo a la señora Vitelvina Pimiento sin ningún costo, en aplicación del inciso segundo del artículo 61 del Decreto 806 de 1998, que prevé la atención por parte de las instituciones públicas cuando los pacientes no han cotizado las semanas requeridas ni tienen recursos económicos para cubrir el 100% del tratamiento.

Lo anterior lleva a la Corte a reiterar la jurisprudencia señalada, pero a confirmar la decisión de instancia, por cuanto la salud y la vida de la actora no está en peligro actualmente, ya que a la accionante se le está brindando la atención necesaria.

DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero. CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Décimo Penal del Circuito de Bucaramanga, mediante la cual negó el amparo solicitado.

Segundo. Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista por el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

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

JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Magistrado Ponente

ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO FABIO MORON DIAZ

Magistrado Magistrado

MARTHA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General