

DERECHO A LA SALUD DEL ENFERMO DE SIDA-Copagos y cuotas moderadoras

No se discute que el sistema de seguridad social en salud debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable. A ello obedecen los copagos y las cuotas moderadoras que están a cargo de los afiliados tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado. Tales copagos y cuotas impuestos por la ley y avalados por esta Corporación, son legítimos. No obstante, existen situaciones excepcionales en las que el compromiso de los derechos fundamentales del afiliado al sistema de seguridad social en salud impone prescindir de tales copagos y cuotas para no vulnerar tales derechos. De allí que la misma ley, por ejemplo, haya considerado que en ninguna circunstancia los pagos moderadores puedan convertirse en barreras de acceso que impidan la prestación del servicio de seguridad social en salud a los más pobres. De la misma manera, atendiendo las connotaciones de las enfermedades catalogadas como de interés en salud pública, el Consejo Superior de Seguridad Social en Salud excluyó de copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al sistema afectados por enfermedades ruinosas, entre las que se incluyó al sida. Para los afiliados existe fundamento para los pagos moderadores, éstos han sido consagrados legalmente y desarrollados administrativamente y existe también una exclusión de enfermedades catastróficas entre las que se encuentra el sida. Para los vinculados, en cambio, existe fundamento legal y desarrollo administrativo pero no una exclusión de enfermedades catastróficas. Surge, entonces, un tratamiento diferenciado entre los dos regímenes.

Para la Sala es claro que este tratamiento discriminatorio es injustificado pues no existe una explicación razonable que lo dote de legitimidad constitucional. Por el contrario, existirían razones para un tratamiento inverso. En efecto, si se parte de considerar que las personas afiliadas al sistema de seguridad social mediante el régimen contributivo se hallan en capacidad de cotizar y que las personas vinculadas no tienen esa capacidad y que se mantienen en tal condición hasta ser afiliadas al sistema mediante el régimen subsidiado, abundan razones para que éstas sean exoneradas de los pagos moderadores en los eventos de enfermedades catastróficas pues carece de sentido que a los afiliados mediante el régimen contributivo, los que se hallan en capacidad de pagar sus cotizaciones, se los exonere de tales pagos y no se haga lo mismo con las personas vinculadas pese a no contar con tal capacidad. Ese tratamiento discriminatorio, fruto de un inadecuado ejercicio de

configuración normativa en la instancia administrativa, puede conducir, en casos como el que considera la Sala, a la vulneración del derecho fundamental de igualdad. A los falladores de instancia les asiste razón en cuanto a la no vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la seguridad social en salud y a la dignidad pero únicamente en cuanto al costo del tratamiento a que fue sometido mientras estuvo internado en el Hospital Simón Bolívar, mas no en cuanto a los medicamentos que se le prescribieron a su salida de ese centro pues no pudo adquirirlos ante su imposibilidad de pagar las cuotas moderadoras que se le impusieron. Además, para la Sala es clara la vulneración del derecho a la igualdad del actor pues, dada su calidad de persona vinculada al sistema, se le exige el pago de una cuota de recuperación de la que están exonerados los afiliados al mismo. Desde luego, se trata de un supuesto de vulneración del derecho de igualdad que tiene consecuencias económicas. No obstante, el contenido monetario de tales consecuencias no configura un obstáculo para la viabilidad del amparo constitucional pues lo relevante es el tratamiento discriminatorio injustificado que al actor se le ha dado, por parte de la entidad accionada, en materia de pago de cuotas de recuperación.

Referencia: expediente T-705386

Acción de tutela de Luis Carlos Feo Encizo contra el Hospital Simón Bolívar de Bogotá

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Bogotá, D. C., veintidós (22) de mayo de dos mil tres (2003).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del trámite de revisión de la tutela instaurada por Luis Carlos Feo Encizo contra el Hospital Simón Bolívar de Bogotá.

I. ANTECEDENTES

A. Reseña fáctica

Al señor Luis Carlos Feo Encizo le fue diagnosticado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, motivo por el cual, en el mes de septiembre de 2002, fue internado por quince días en el Hospital Simón Bolívar de esta ciudad. El valor de los servicios prestados ascendió a \$2.910.304 de los cuales el Fondo Financiero Distrital reconoció \$2.037.217. Al paciente se le exigió el pago del saldo. Ante su imposibilidad para realizar ese pago, se le permitió que lo hiciera en varias cuotas garantizadas con un pagaré suscrito por su cuñado Luis Hernando Forero.

Desde ese momento se le han formulado antiretrovirales y otros medicamentos pero para su entrega y para la continuidad de las citas médicas, exámenes y tratamientos se le han exigido copagos que no está en capacidad de cumplir por cuanto no es laboralmente activo y vive actualmente gracias a la ayuda de una hermana.

B. La tutela instaurada

Ante esa situación, el 18 de octubre de 2002, Luis Carlos Feo Encizo interpuso una acción de tutela y en ella plantó que la entidad accionada estaba vulnerando sus derechos fundamentales a un adecuado nivel de vida, a la vida en conexidad con la salud y la seguridad social, a la igualdad y a la dignidad humana. Por ese motivo solicitó protección constitucional con el fin de que se le exonerara de los copagos que se le exigían y pudiera así acceder a los exámenes, tratamientos y medicamentos requeridos.

C. Actuación cumplida

El Juzgado 58 Penal Municipal de Bogotá admitió la demanda y corrió traslado de ella a la entidad accionada y a otras instituciones. Éstas asumieron las siguientes posturas:

1. El Hospital Simón Bolívar solicitó que se lo exonerara de toda responsabilidad por cuanto no había vulnerado los derechos fundamentales del actor. Para ello, manifestó lo siguiente:
 - El paciente, de acuerdo a la información que consta en el comprobador de derechos reportado por la Secretaría Distrital de Salud, está clasificado en el nivel 2 del Sisbén y por ese motivo debe cancelar el 10% del valor de los servicios como cuota de recuperación.

- De acuerdo con el artículo 12 de la Ley 715 de 2001, las Direcciones Locales del Sistema de Salud administran los fondos locales de salud y asignan recursos en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados.

2. El Ministerio de Salud planteó la improcedencia de la tutela con base en los siguientes argumentos:

- El actor es un vinculado temporalmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Arts. 32 y 33 del Decreto 806 de 1998). Por lo tanto, mientras se afilia al régimen subsidiado, tiene acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado, según su capacidad de oferta, y teniendo en cuenta las cuotas de recuperación vigentes.

- La prestación del servicio de salud a los vinculados es una competencia del departamento (Art. 43 de la Ley 715 de 2002) pues es ésta entidad territorial la que celebra contratos o convenios con instituciones públicas para tal efecto.

- La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 2 del Sisbén debe pagar un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes (Art. 18 del Decreto 2357 de 1995).

3. La Superintendencia Nacional de Salud expuso:

- El sida está incluido dentro de las enfermedades de interés en salud pública, resolución 412 de 2000, y para las cuales el Ministerio de Salud estableció las guías de atención. Para ellas se contempla explícitamente la no aplicación de copagos o cuotas moderadoras. Sin embargo, no se hace extensiva la aplicación de esta excepción a la población vinculada.

- Pese a la anterior reglamentación se ha establecido como principio general que la incapacidad para el pago de las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación no pueden convertirse en barreras para el acceso a la prestación de los servicios.

- No hay una vulneración del derecho a la vida y del derecho a la seguridad social pero sí del derecho a la igualdad. Este derecho merece protección constitucional.

4. La Secretaría Distrital de Salud afirmó:

- El accionante fue objeto de una encuesta Sisben el 15 de septiembre de 2002, en ella obtuvo 40.812 puntos que lo identifican como beneficiario del subsidio en salud en el nivel 2 y le dan derecho a ser afiliado a una Administradora del Régimen Subsidiado en el próximo período de libre elección a iniciarse en el mes de febrero de 2003. No puede hacérselo antes porque el proceso de escogencia de administradora se realiza en los meses de febrero y agosto de cada año, en forma previa a la iniciación de los períodos de contratación que se inician en abril y octubre. La administradora que elija será la encargada de garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS, incluyendo los relacionados con la enfermedad que actualmente padece.
- Mientras se surten los trámites de elección de ARS y carnetización y se inicia el período de contratación respectivo, el accionante y su núcleo familiar deberán ser atendidos en los hospitales de la red pública como participantes vinculados pertenecientes al nivel 2, debiendo cancelar únicamente el 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes por la atención de un mismo evento, tal como lo dispone el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.
- Al accionante no se le ha suspendido el tratamiento por parte de la Secretaría Distrital de Salud pues si el paciente no tiene recursos para pagar, debe llegar a un acuerdo conciliatorio con ella pero no se puede suspender el servicio. Así se infiere del artículo 187 de la Ley 100 de 1998, del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y de la Sentencia C-542-98. De allí que lo que el actor pretende no es que se reinicie un tratamiento que no ha sido suspendido sino que se lo exonere del pago de las cuotas moderadoras y bien se sabe que la acción de tutela es inidónea para solucionar controversias económicas.
- La acción no procede contra la Secretaría de Salud del Distrito por cuanto el Consejo, mediante Acuerdo 20 de 1990, creó los hospitales distritales como establecimientos públicos con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritos a esa Secretaría y luego, mediante Acuerdo 17 de 1997, fueron transformados en Empresas Sociales del Estado. Por lo tanto, se trata de entidades que prestan servicios de salud en forma directa y no pertenecen a la Secretaría Distrital de Salud y por ello el Fondo Financiero Distrital de Salud tiene contrato vigente suscrito con tales establecimientos para la compraventa de servicios de salud con destino a la población pobre que es residente habitual y que tenga la calidad de participante vinculado sin capacidad de pago y para la población

afiliada al régimen subsidiado que demande servicios no incluidos en el POS.

- El Decreto 2357 de 1995 les exige a los beneficiarios del subsidio, es decir a las personas a las que se les practica la encuesta Sisbén y gozan de los beneficios del régimen subsidiado, a contribuir a financiar el valor de los servicios de salud que reciban. De allí que no resulte procedente exonerarlos de su pago.

- Según el literal B del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, los participantes vinculados son aquellas personas a las que, habiéndoseles aplicado la encuesta Sisbén y clasificadas en los niveles 1 y 2 por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado. Tales personas deben cancelar la cuota moderadora indicada en el artículo 18 del Decreto 2357 ya citado.

II. SENTENCIAS JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

A. De primera instancia

El 13 de noviembre de 2002, el Juzgado 58 Penal Municipal de Bogotá negó la tutela invocada por el actor. El fallo se basó en los siguientes planteamientos:

- Al actor se le ha brindado la atención requerida para su patología pues desde agosto de 2002 fue atendido por el Hospital Simón Bolívar como vinculado en el nivel 3 del Sisbén y luego le siguió prestando el servicio como encuestado en el nivel 2.

- No está demostrado que el actor se haya presentado en la farmacia del Hospital Simón Bolívar y por ello no se puede concluir si sólo se le informó que debería cancelar el 10% del valor de los medicamentos o si efectivamente se le exigió ese pago.

- Si bien la jurisprudencia constitucional les ha dado un tratamiento especial a los enfermos de sida, la exigencia de que el actor pague un 10% del valor de los servicios es legal y ella no implica vulneración de derecho fundamental alguno.

- El actor puede solicitar que no se le cobre el 30% del valor de las consultas, exámenes y tratamientos, sino únicamente el 10% por pertenecer al nivel 2 del Sisben. Sin embargo, tal solicitud debe hacerla promoviendo trámites administrativos y no por vía de tutela.

- En ningún momento la entidad accionada ha antepuesto el pago de ese porcentaje a la prestación del servicio de salud.

El 16 de enero de 2003, el Juzgado Noveno Penal del Circuito de Bogotá resolvió la impugnación interpuesta por el actor y confirmó la sentencia proferida por el juez de tutela de primera instancia. Para ello argumentó que la entidad accionada si había prestado el servicio requerido y que por ello no se había vulnerado el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida. Indicó también que el cobro de un porcentaje al actor tiene fundamento legal y se explica por el carácter de entidad prestadora y no financiadora del Hospital Simón Bolívar.

III. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

1. De acuerdo con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, existen dos tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud: Los afiliados al sistema y los vinculados al sistema.

Los afiliados al sistema pueden serlo mediante el régimen contributivo o mediante el régimen subsidiado. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas laboralmente activas o pensionadas que tienen capacidad de pago. Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.

Por otra parte están las personas vinculadas al sistema que son aquellas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.

2. El régimen legal de los pagos moderadores está determinado por el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 2357 de 1995, los Acuerdos 30 de 1996 y 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Decreto 806 de 1998.

a. De acuerdo con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán sujetos a pagos compartidos y cuotas

moderadoras. Estos pagos, para los afiliados cotizantes, se aplican con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema y, para los demás beneficiarios, se aplican para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.

No obstante la implementación de tales pagos moderadores, en la misma disposición se señala que “En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres” y que “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, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Finalmente, los recursos obtenidos serán de las entidades promotoras de salud, aunque el Consejo puede destinar parte de ellos a la subcuenta de promoción de la salud del fondo de solidaridad y garantía.

b. El Decreto 2357 de 1995, por su parte, en su artículo 18, dispuso lo siguiente:

“ART. 18.—Cuotas de recuperación. Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del Sisben o incluidas en los listados censales pagarán un 5% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del Sisben pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
3. Para la población identificada en el nivel 3 de Sisben pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POSS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2º del presente artículo.

5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes”.

c. El Acuerdo 30 de 1996 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre otras cosas, indicó cual era el objeto de las cuotas moderadoras (Art. 1) y los copagos (Art. 2), precisó que aquellos se aplicaban a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, en tanto que éstos se aplican únicamente a los afiliados beneficiarios (Art. 3), destacó los principios que regían su aplicación (Art.5), detalló los servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras (Art. 6) y los servicios sujetos al cobro de copagos y, expresamente, exceptuó de tales servicios los relacionados con enfermedades catastróficas o de alto costo (Art. 7).

Aparte de todo ello, en el artículo 11 dispuso lo siguiente en relación con las contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado:

“ART. 11.—Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado. 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 Sisben 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.

3. Para el nivel 2 de 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. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente”.

- El artículo 7 del Acuerdo 117 de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluyó al sida dentro de las enfermedades de interés en salud pública, es decir, según se indica en el artículo 2, dentro de “aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial”, tal como ocurre con las “enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una atención eficaz para su control. Son enfermedades que exceden en frecuencia o gravedad el comportamiento regular y requieren de atención inmediata para evitar su propagación,

disminuir su avance, reducir las secuelas y evitar la mortalidad”.

d. Finalmente, el artículo 32 del Decreto 806 de 1998 reitera que las vinculadas al sistema son las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.

Por su parte, el artículo 33 de ese decreto estipula que esas personas tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, pero que ello procederá “de conformidad con la capacidad de oferta de esas instituciones y de acuerdo con las normas sobre las cuotas de recuperación vigentes”.

4. De lo expuesto se infiere que en materia de pagos moderadores la situación legal vigente es la siguiente:

- La regla general es que los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud están sujetos a pagos moderadores (Ley 100 de 1993, artículo 187). Como puede advertirse, esta regla general no se aplica a la población vinculada sino únicamente a la población afiliada, ya sea mediante el régimen contributivo o mediante el régimen subsidiado. Los afiliados mediante este último régimen pagan un porcentaje de acuerdo al nivel en el que hayan sido clasificados.

- No obstante que el legislador consagró esa regla general, manifestó expresamente que los pagos moderadores no podían concebirse como “barreras de acceso para los más pobres”. Es decir, la misma ley prevé que, en situaciones extremas, la imposibilidad de cumplir los pagos moderadores no puede conducir a la no prestación del servicio de seguridad social en salud.

- La regla general de los pagos moderadores tiene varias excepciones y entre ellas se encuentran las enfermedades catastróficas o de alto costo, evento en el cual no se aplican copagos a los servicios contenidos en el POS (Acuerdo 30 de 1996 del CNSSS, artículo 7).

- Los pagos moderadores de la población no afiliada se regulan por un régimen diferente (Decreto 2357 de 1995, artículo 18). De acuerdo con éste, para la población indígena e indigente no existen cuotas de recuperación. Y para la población no afiliada, tales pagos equivalen al 5% o al 10%, según se trate de personas identificadas en el nivel 1 o 2 del Sisben. De acuerdo con tal decreto, los pagos no pueden exceder de uno o dos salarios

mínimos legales mensuales vigentes, respectivamente, por evento. No obstante, el monto del pago fue luego disminuido por el CNSSS a una cuarta parte o a la mitad de un salario mínimo mensual legal, de acuerdo con el nivel del afiliado.

- Esa regla general de los pagos moderadores de la población no afiliada no tiene excepciones y de allí por qué ellos se apliquen aún en aquellos eventos en que se prestan los servicios contenidos en el POS a personas vinculadas afectadas por enfermedades catastróficas o de alto costo.

5. En tal contexto, no se discute que el sistema de seguridad social en salud debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable¹. A ello obedecen los copagos y las cuotas moderadoras que están a cargo de los afiliados tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado. Tales copagos y cuotas impuestos por la ley y avalados por esta Corporación, son legítimos.

No obstante, existen situaciones excepcionales en las que el compromiso de los derechos fundamentales del afiliado al sistema de seguridad social en salud impone prescindir de tales copagos y cuotas para no vulnerar tales derechos. De allí que la misma ley, por ejemplo, haya considerado que en ninguna circunstancia los pagos moderadores puedan convertirse en barreras de acceso que impidan la prestación del servicio de seguridad social en salud a los más pobres². De la misma manera, atendiendo las connotaciones de las enfermedades catalogadas como de interés en salud pública, el Consejo Superior de Seguridad Social en Salud excluyó de copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al sistema afectados por enfermedades ruinosas, entre las que se incluyó al sida³.

El problema se presenta con el distinto tratamiento que en esa misma materia se les da a las personas vinculadas al sistema de seguridad social en salud pues éstas, aún cuando se trate de enfermedades ruinosas como el sida, están obligadas a pagar cuotas de recuperación.

Luego, lo discutible no es la razón de ser de tales copagos y cuotas moderadoras pues se trata de instituciones legítimas, que realizan el principio de solidaridad y que contribuyen a viabilizar el sistema. Lo discutible es el distinto tratamiento que se les da a los vinculados al sistema de seguridad social afectados por enfermedades ruinosas en relación con los afiliados a él.

Para los afiliados existe fundamento para los pagos moderadores, éstos han sido consagrados legalmente y desarrollados administrativamente y existe también una exclusión de enfermedades catastróficas entre las que se encuentra el sida. Para los vinculados, en cambio, existe fundamento legal y desarrollo administrativo pero no una exclusión de enfermedades catastróficas. Surge, entonces, un tratamiento diferenciado entre los dos regímenes.

6. Para la Sala es claro que este tratamiento discriminatorio es injustificado pues no existe una explicación razonable que lo dote de legitimidad constitucional. Por el contrario, existirían razones para un tratamiento inverso. En efecto, si se parte de considerar que las personas afiliadas al sistema de seguridad social mediante el régimen contributivo se hallan en capacidad de cotizar y que las personas vinculadas no tienen esa capacidad y que se mantienen en tal condición hasta ser afiliadas al sistema mediante el régimen subsidiado, abundan razones para que éstas sean exoneradas de los pagos moderadores en los eventos de enfermedades catastróficas pues carece de sentido que a los afiliados mediante el régimen contributivo, los que se hallan en capacidad de pagar sus cotizaciones, se los exonere de tales pagos y no se haga lo mismo con las personas vinculadas pese a no contar con tal capacidad.

Ese tratamiento discriminatorio, fruto de un inadecuado ejercicio de configuración normativa en la instancia administrativa, puede conducir, en casos como el que considera la Sala, a la vulneración del derecho fundamental de igualdad.

7. Los jueces constitucionales de instancia negaron el amparo de los derechos a la vida, a la seguridad social en salud y a la dignidad por cuanto al actor se le habían prestado los servicios médicos requeridos por aquél en razón de la enfermedad ruinosa que le afecta. Para aquellos, la pretensión del actor en el sentido que se le exonerara del pago de las cuotas de recuperación es una aspiración de contenido económico que debe plantearse ante la administración pero no ante la jurisdicción y mucho menos a través de la acción de tutela.

A los falladores de instancia les asiste razón en cuanto a la no vulneración de los derechos fundamentales a la vida, a la seguridad social en salud y a la dignidad pero únicamente en cuanto al costo del tratamiento a que fue sometido mientras estuvo internado en el Hospital

Simón Bolívar, mas no en cuanto a los medicamentos que se le prescribieron a su salida de ese centro pues no pudo adquirirlos ante su imposibilidad de pagar las cuotas moderadoras que se le impusieron. Además, para la Sala es clara la vulneración del derecho a la igualdad del actor pues, dada su calidad de persona vinculada al sistema, se le exige el pago de una cuota de recuperación de la que están exonerados los afiliados al mismo.

Desde luego, se trata de un supuesto de vulneración del derecho de igualdad que tiene consecuencias económicas. No obstante, el contenido monetario de tales consecuencias no configura un obstáculo para la viabilidad del amparo constitucional pues lo relevante es el tratamiento discriminatorio injustificado que al actor se le ha dado, por parte de la entidad accionada, en materia de pago de cuotas de recuperación.

8. Por las razones expuestas, la Sala revocará las sentencias de instancia y en su lugar tutelaré los derechos fundamentales a la vida y a la seguridad social en salud y ordenará que al actor se le exonere del pago de las cuotas de recuperación por el tratamiento recibido mientras estuvo internado y por los diagnósticos, tratamientos y suministros de medicamentos a que haya lugar.

Como a esta fecha ha transcurrido el término requerido para que el actor sea afiliado a una ARS, se le debe estar suministrando el tratamiento requerido por la afección que padece. No obstante, ya que es posible que aquél tenga deudas pendientes con la entidad accionada en virtud del acuerdo conciliatorio suscrito para efectos de los copagos que se le exigieron y como ellas provienen de un tratamiento reglamentario diferenciado e injustificado que se reputa contrario a la Constitución, a la entidad accionada se le dará la orden de abstenerse de cobrar esas sumas, las que deberán ser asumidas por el Fondo Distrital de Salud.

IV. DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones expuestas en precedencia, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

Primero. Revocar la sentencia proferida el 13 de noviembre de 2002 por el Juzgado 58 Penal

Municipal de Bogotá y la sentencia proferida el 16 de enero de 2003 por el Juzgado 9 Penal de Circuito de Bogotá.

Segundo. Tutelar los derechos a la vida, a la seguridad social en salud y a la igualdad del actor Luis Carlos Feo Encizo.

Tercero. Ordenarle al Hospital Simón Bolívar de Bogotá abstenerse de cobrarle al actor suma alguna por concepto de cuotas de recuperación con ocasión del tratamiento a que fue sometido en razón de la enfermedad catastrófica que padece. En su lugar se dispone que esas sumas sean asumidas por el Fondo Distrital de Salud.

Cuarto. DÉSE cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JAIME CORDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

RODRIGO ESCOBAR GIL Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ Secretaria General

1 La Corte ya en dos oportunidades ha declarado la exequibilidad de normas legales que consagran cuotas moderadoras y copagos. En la Sentencia C-089-98 declaró la exequibilidad del artículo 36 de la Ley 352 de 1997 que consagra pagos compartidos y cuotas moderadoras para los beneficiarios de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Y en la Sentencia C-542-98 declaró la exequibilidad del artículo 187 de la Ley 100 de 1993, que consagra pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles aplicables a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud. No obstante, en los dos pronunciamientos la declaratoria de exequibilidad se condicionó en el sentido que el sistema y sus funcionarios no

le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera el afiliado, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes. En tales pronunciamientos se destacó que la finalidad con que el legislador consagró tales pagos, racionalizar el uso del sistema y contribuir a su financiación, eran compatible con el Texto Superior.

2 Varias Salas de Revisión de esta Corporación han revisado sentencias proferidas en supuestos como el que hoy se considera y han retomado el alcance de esa prescripción legal.

Así, por ejemplo, en la Sentencia T-1132-01 se indicó que “cuando las personas no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos, o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a ciertos tratamientos, y éstos se requieren con urgencia por que de lo contrario se verían afectados derechos como la vida y la salud en conexidad, la Corte ha dado prevalencia a los derechos fundamentales sobre cualquier otra consideración legal, sosteniendo que ante urgencias y patologías comprobadas no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio de salud, porque por encima de la legalidad, está la vida como fundamento de todo el sistema”.

3 Esta excepción al cobro de cuotas moderadoras o copagos ha sido considerada también en varios pronunciamientos. Uno de ellos fue la Sentencia T-1056-01, en la que se precisó que “podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción, entre otros, de las “enfermedades catastróficas o de alto costo”, de modo que, si el VIH/SIDA es una enfermedad de ese tipo, la atención que requiera en razón de la misma no está sujeta a copago. Ese aporte será por la atención que no esté relacionada con la misma”.