

Sentencia T-426/07

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Alcance

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Destinatarios

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Participantes vinculados y afiliados al régimen subsidiado tienen en común la carencia de capacidad de pago

Los vinculados tienen en común con los afiliados al régimen subsidiado el hecho de carecer de capacidad de pago; sin embargo, los últimos han sido afiliados a una entidad administradora específica, que gestiona los servicios por ellos requeridos con cargo a los recursos del régimen subsidiado; mientras los simplemente vinculados, que aún deben surtir el trámite de afiliación a una ARS, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto. Por ende, los participantes vinculados deben recibir temporalmente los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Cuotas moderadoras y copagos

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Cuotas moderadoras o copagos no pueden convertirse en barreras de acceso al servicio para personas que no tienen recursos económicos

ACCION DE TUTELA-Hecho superado por recibir atención médica

Referencia: expediente T-1521044

Acción de tutela instaurada por Blanca Sully Escobar Zapata contra la Secretaría Distrital de Salud.

Magistrada Ponente:

Dra. CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Bogotá, D.C., veinticinco (25) de mayo de dos mil siete (2007).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Clara Inés Vargas Hernández, Jaime Araújo Rentería y Manuel José Cepeda Espinosa, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

En el proceso de revisión de los fallos dictados por el Juzgado Treinta y Nueve (39) Civil Municipal de Bogotá y el Juzgado Veinticinco (25) Civil del Circuito de Bogotá, dentro de la acción de tutela instaurada por Blanca Sully Escobar Zapata contra la Secretaría Distrital de Salud.

I. ANTECEDENTES

La señora Blanca Sully Escobar Zapata interpuso acción de tutela contra la Secretaría Distrital de Salud, por considerar vulnerados los derechos a la vida y a la salud. Para fundamentar su demanda señala los siguientes

1. Hechos

a. Afirma que se encuentra clasificada en “un injusto nivel 3 del sisben”. En consecuencia, debe pagar una cuota de recuperación del 30% para que le presten los servicios médicos.

a. Expresa que debe someterse a dos cirugías para controlar la Incontinencia Urinaria que le fue diagnosticada, sin embargo, no ha sido posible pues se le exige que pague la suma de 534.000 pesos.

a. Así mismo, manifiesta que trabaja por días y gana al mes en promedio 100.000 pesos mensuales “por ello me es materialmente imposible conseguir esa altísima suma para mi cirugía pues lo que reúno es para la manutención propia y de mis hijos de 18 y 7 años respectivamente”.

Por todo lo anterior, solicita que se ordene a la Secretaría Distrital de Salud autorizar la práctica de las cirugías ordenadas así como el tratamiento integral, “sin el cobro de ninguna

suma de dinero, ni de copago, ni de cuota de recuperación establecida para el nivel tres (3), dada mi precaria situación económica”.

2. Respuesta del ente demandado

Harold Cárdenas Herrera, actuando como director de aseguramiento en salud de la Secretaría Distrital de Salud, sostiene que en la base de datos de la población identificada por el SISBEN, la accionante Blanca Sully Escobar Zapata “figura ubicada en el Nivel Uno de SISBEN, producto de encuesta realizada el día 10 de marzo de 2005, ficha 1494298 puntaje 27.70, que le da derecho a recibir subsidios en salud por parte del Distrito Capital del 95% y asumir como cuota de recuperación el 5% restante que no podrá ser superior a Un SMLMV por evento al año”, pudiendo llegar a fórmulas de arreglo para cumplir su obligación, las cuales “no podrán ser tomadas por la IPS o Hospital como barrera de acceso en la prestación del servicio”..

No obstante lo anterior, se esgrime que la accionante no escogió ARS dentro de los periodos de libre elección señalados por el Ministerio de Protección Social para la anualidad del 2005, por ende y mientras ello sucede “seguirá siendo atendida como población participante vinculada NO AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO y con cargo al FFDS”.

Afirma que a la accionante se le diagnostico Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, por lo que requiere que se le practique una “Cistopexia, procedimiento quirúrgico contemplado en el Plan Obligatorio de Salud POS según Resolución 5261/94”.

Finalmente, expresa que a la accionante se le debe garantizar la atención médica en una IPS de la Red contratada con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud, “es por ello, que la accionante deberá seguir siendo atendida en el Hospital la Victoria ESE III NIVEL, quien deberá garantizar a la accionante la atención requerida”.

3. Pruebas

Del material probatorio allegado al expediente la Sala destaca los siguientes documentos:

- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía No 66.651.724 de la señora Blanca Sully Escobar Zapata, quien nació el 23 de agosto de 1964 (folios 1, 5, 8 y 9 cuaderno original).

* Fotocopia de una orden médica por medio de la cual el médico Manuel Ramírez, vinculado al Hospital La Victoria E.S.E III NIVEL, el 8 de septiembre de 2006 ordenó a la señora Blanca Sully Escobar Zapata el procedimiento denominado “Cistopexia” (folios 3 y 6 cuaderno original).

* Fotocopia de un escrito proferido por la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá por medio del cual se solicita a la Gerente del Hospital La Victoria E.S.E que se brinde el “tratamiento integral al paciente en acatamiento al fallo de tutela con cargo 100% al contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital en Salud sin cobro de cuota de recuperación al paciente” (folio 36 cuaderno original).

* Original de un escrito emitido por la jefe de la oficina jurídica del Hospital La Victoria de Bogotá dirigido a la Dirección de Aseguramiento en Salud- Secretaría Distrital de Salud- por medio de la cual se informa que la “paciente fue programada para practica de cirugia el día 23 de octubre de 2006, fecha en la cual se le realizará uretrocistopexia tipo tanagho + perineorrafia. Así mismo le será garantizada la atención integral en salud con cobertura 100% a cargo de la SDS” (folio 45 del cuaderno original).

* Fotocopia de un comprobador de derechos, emitido por la Secretaría de Salud de Bogotá, de fecha 5 de diciembre de 2006, en el que se observa que la señora Blanca Sully Escobar Zapata con un puntaje del 27.70 se encuentra en nivel 3 del SISBEN de conformidad con la encuesta realizada el 10 de marzo de 2005 (folio 17 del segundo cuaderno original).

* Original de un recurso de reposición que presentó la accionante contra el fallo proferido en segunda instancia en el trámite de la presente acción de tutela, en el que se consigna que las afirmaciones hechas por el ente accionado son falsas, pues “me encuentro clasificada en el grado (3) tres “del SISBEN”. La clasificación de los grados es la razón que me indujo a recurrir a la ACCIÓN DE TUTELA, pues mis recursos son insuficientes para cubrir los gastos de la operación requerida para mi salud, pues el grado (3) TRES, tango que pagar el 30% de los costos, de la referida operación”.

II. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

1. Primera Instancia

Del presente asunto conoció el Juzgado Treinta y Nueve (39) Civil Municipal de Bogotá, que en providencia de 9 de octubre de 2006 concedió el amparo solicitado, al observar la precaria situación económica en la que se encuentra la accionante y su grupo familiar, pues es madre cabeza de familia y lo que devenga por días es un salario irrisorio para sostener a su núcleo familiar.

Señala que la accionante y su familia “se encuentran en una situación muy crítica, y ella requiere con urgencia la prestación de los servicios de salud que deben ser asumidos por el Estado, dado que no cuentan con los medios económicos para costearlos, y como lo confirma la accionada, la señora BLANCA SULLY ESCOBAR ZAPATA, se encuentra en nivel 1 del Sisben”.

En este orden de ideas, se ordenó a la Secretaría Distrital de Salud que coordinara con las entidades con las que tuviera relaciones contractuales y suministrara a la accionante la “totalidad del tratamiento, exámenes, medicamentos e intervenciones quirúrgicas que requiera la atención integral y oportuna de la salud de la accionante, sin sujeción a las exclusiones del POS, ni que se le exija los copagos”.

2. Impugnación

Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, actuando como director de aseguramiento en salud de la Secretaría Distrital de Salud (E), impugnó el fallo del a quo al considerar que el servicio de salud se ha brindado de manera continua, “encontrándose que la inconformidad de la

tutelante es frente a la cuota de recuperación o copago que debe asumir, en primer lugar por no haber efectuado la elección de ARS dentro de las fechas ya señaladas, y por ende quedo sujeta a cuota de recuperación del 5%, ya que esta entidad a través del Fondo Financiero Distrital de Salud le reconoce el 95%”.

Así mismo, sostiene que no se podía ordenar que se suministrara el tratamiento de forma gratuita pues la accionante no se encuentra “dentro de la población especial que goza de este beneficio como lo son las madres gestantes, menores de un año, indigentes, desplazados, indígenas sin capacidad de pago”.

Expresa que si bien la accionante fue clasificada en el nivel uno, tiene la obligación legal de contribuir con el sistema con un copago máximo del 5% del valor de la cuenta.

Por ende, solicita que se revoque el fallo del a quo y se absuelva a la Secretaría Distrital de Salud. En el caso que no se revoque el fallo de tutela pide que se haga el recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA por los servicios prestados a la accionante pues “carece de afiliación a ARS y el juez a quo tampoco ordenó la afiliación de manera Prioritaria, para este nivel”.

3. Segunda Instancia

El Juzgado Veinticinco (25) Civil del Circuito de Bogotá en providencia del 27 de noviembre de 2006, revocó el fallo proferido en primera instancia al considerar que no se advierte vulneración alguna de los derechos fundamentales invocados por la demandante, pues la entidad accionada “le está cubriendo el subsidio de salud en un 95% y mal puede disponerse un tratamiento gratuito a la paciente, toda vez que no se encuentra calificada en el nivel “cero” para haber podido tener beneficio “de la gratuidad”, más aún sino hizo elección de la ARS dentro de la oportunidad brindada para ello, por lo que queda sujeta a la cuota restante de recuperación del 5% en razón que la parte pasiva, se repite, “a través del Fondo Financiero Distrital de Salud le reconoce el 95%”; tanto más sí, con relación a la aludida cuota de recuperación las partes pueden “llegar a formulas de arreglo para cumplir su obligación, las cuales no podrán ser tomadas por la IPS o Hospital como barrera de acceso en la prestación del servicio”, como lo afirmó la Secretaría Distrital de Salud”.

III. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Competencia

Esta Corte es competente para conocer los fallos 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.

2. Problema jurídico

La accionante, participante vinculada del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), manifiesta que se le han desconocido los derechos fundamentales a la vida y a la salud, al condicionarse por parte del ente accionado la práctica de una cirugía a la cancelación de una cuota de recuperación del 30 %, suma de dinero que la accionante expresa que no puede pagar porque es madre cabeza de familia y sus ingresos son insuficientes.

Para efectos de resolver el anterior problema jurídico, la Sala encuentra necesario previamente establecer si se ha configurado la carencia actual de objeto por hecho superado, en la medida que en el expediente reposa que a la señora Blanca Sully Escobar Zapata ya se le practicó la cirugía en cuestión que no obsta para que la Sala analice (i) el tema de las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); y (ii) si la ausencia de recursos económicos de una persona para cancelar las cuotas recuperadoras o pagos moderadores puede legitimar la negativa de practicar un servicio médico.

3. Personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud

El artículo 48 de la Constitución consagra el derecho a la seguridad social y lo define como un servicio público obligatorio que debe prestarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado en el marco de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Por su parte, el artículo 49 del mismo estatuto reconoce el derecho de toda persona de acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud como un servicio público a cargo del Estado. Armonizando las normas referidas, el sistema de seguridad social en salud es un servicio público obligatorio cuyo objetivo primordial consiste en garantizar el acceso de todos los colombianos al cuidado y atención de su salud.

Con miras a incluir a la totalidad de la población en el Sistema de Seguridad Social en Salud,

el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 establece dos tipos de destinatarios: (i) los afiliados, bien sea en el régimen contributivo para las personas con capacidad de pago, o bien a través del régimen subsidiado si carecen de recursos, y (ii) los participantes vinculados, es decir, “aquellas personas 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 aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”.

Los vinculados tienen en común con los afiliados al régimen subsidiado el hecho de carecer de capacidad de pago; sin embargo, los últimos han sido afiliados a una entidad administradora específica, que gestiona los servicios por ellos requeridos con cargo a los recursos del régimen subsidiado; mientras los simplemente vinculados, que aún deben surtir el trámite de afiliación a una ARS, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto. Por ende, los participantes vinculados deben recibir temporalmente los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.¹

Ello debido a que para ser afiliado al régimen subsidiado se requiere no sólo estar identificado como beneficiario del subsidio, sino además haber sido seleccionado e inscrito en una entidad administradora de dicho régimen (ARS). Así, se entenderá que el usuario tiene la calidad de afiliado en el momento en que la respectiva entidad territorial suscribe el contrato con la ARS para atender al beneficiario.

4. La ausencia de recursos económicos de una persona para cancelar las cuotas recuperadoras o pagos moderadores no puede legitimar la negativa de practicar un servicio médico. Reiteración de jurisprudencia

En relación con el tema del pago de las cuotas recuperadoras o pagos moderadores, esta Corporación ha sostenido que el SGSSS debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable². A ello obedecen los copagos y las cuotas moderadoras, que por la misma ley y los postulados de esta Corporación son legítimos.

En efecto, entre los instrumentos con que cuenta el sistema para garantizar su viabilidad y equilibrio financiero se encuentran las cuotas moderadoras y los denominados “copagos”.

Las primeras constituyen un mecanismo que tiene por objeto “regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso³”, de esta manera se busca la racionalización del servicio frenando el consumo innecesario. De otro lado el pago compartido o “copago” es un instrumento mediante el cual el sistema paga una parte del valor del servicio requerido y el usuario asume la otra, y tiene como finalidad que éste contribuya al financiamiento del sistema⁴.

Por ende, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud están sujetos a cuotas moderadoras y a pagos compartidos. En el régimen contributivo los afiliados cotizantes y sus beneficiarios deben cancelar cuotas moderadoras, no sucediendo lo mismo con los copagos, que únicamente se cobran por los servicios requeridos por los usuarios que se encuentran afiliados al régimen subsidiado y para las personas vinculadas⁵.

Para el caso particular de las tarifas aplicables a las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995⁶ prevé la obligación de contribuir mediante el pago de cuotas de recuperación, en proporción que, para el caso de los vinculados, depende del nivel en el que hayan quedado clasificados en la encuesta del SISBEN. Los numerales 2° y 3° del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 consagran:

“2) La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el niveles 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”.

Así pues, los beneficiarios del régimen subsidiado deben financiar el valor de los servicios de salud que reciban, por medio de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN.

En los artículos 156 y 216 de la Ley 100 de 1993 se consagra que el régimen subsidiado es

financiado no sólo con “aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía” sino también parcialmente con los recursos de los beneficiarios en la medida de su condición socioeconómica.

Dentro del desarrollo jurisprudencial, la Corte ha entendido la necesidad y justificación de las cuotas moderadoras y los copagos, y en general, las ha encontrado ajustadas a la Constitución⁷. Sin embargo, en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 se contempla que “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”. (Subrayado fuera de texto)

La norma en cita, fue declarada exequible en sentencia C-542 de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara, no obstante se condicionó su constitucionalidad en el entendido de que si “el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, 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”.

Así, mismo, esta Corporación ha reiterado que, en situaciones extremas, la imposibilidad de cumplir con la cancelación de estos dineros no puede conducir a la negación de la prestación del servicio de seguridad social en salud. Así mismo, la Corte Constitucional a través de sus diferentes Salas de Revisión ha señalado que cuando una persona requiera un tratamiento médico con urgencia, y no pueda acceder a éste, por no tener capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá aplicar directamente la Constitución Política y la entidad territorial, la ARS, o la EPS, según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger sus derechos fundamentales.⁸

En estos eventos, se ha explicado que la prestación del servicio se brinda sin perjuicio del cobro a la respectiva subcuenta del Fondo de Solidaridad Social en Salud (FOSYGA) o a la entidad territorial, según corresponda, del valor que haya cubierto la entidad y que debía pagar el paciente.

En sentencia T-328 de 1998, MP. Fabio Morón Díaz, esta Corte sostuvo:

“El conflicto se presenta cuando aquellos que 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 los tratamientos de alto costo, los requieren con tal urgencia que sin ellos se verían afectados los derechos constitucionales fundamentales mencionados y, no obstante, con el argumento de cumplir la legislación señalada anteriormente, las Empresas Promotoras de Salud les niegan la atención médica necesaria.

No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos⁹ y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta, esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política, pues ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo”.

De igual forma, la Corte en sentencia T-617 de 2004, MP. Jaime Araujo Rentería, se pronunció sobre las cuotas recuperadoras argumentando que el pago de dichas cuotas no puede ser un obstáculo para la no prestación de los servicios de salud de la población más vulnerable de la sociedad. Al respecto sostuvo:

los pagos moderadores, a saber, pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles (copagos), 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. (Negrillas fuera de texto).

Finalmente, en sentencia T-036 de 2006, MP. Jaime Córdoba Triviño, la Corte consideró que las cuotas moderadoras y pagos compartidos son necesarios para la sustentación del sistema. No obstante, consideró que ellas “no pueden convertirse en una barrera para que las personas que no cuentan con los recursos económicos para cubrirlas puedan recibir un tratamiento médico, de tal manera que de existir una controversia alrededor de este asunto, ésta debe dirimirse a favor de la protección de los Derechos fundamentales. 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, 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.”¹⁰

Como corolario, las cuotas recuperadoras o pagos moderadores entre ellas los copagos, como instrumentos del SGSSS para garantizar su viabilidad y equilibrio financiero, son legítimas en la medida en la que no se utilicen para obstaculizar el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable del país. Si bien, los beneficiarios del régimen subsidiado deben contribuir a financiar el valor de los servicios de salud por medio de copagos, ello no justifica que ante situaciones de incapacidad económica para cancelarlos, el SGSSS este autorizado para negar la prestación de los servicios médicos solicitados.

5. Caso concreto. Hecho superado

Visto lo anterior, la Sala observa que la señora Blanca Sully Escobar Zapata tiene la condición de participante vinculada del Sistema de Seguridad Social en Salud, pues si bien es cierto que fue encuestada y clasificada en el Nivel (1) del SISBEN, también lo es que aún no ha sido afiliada a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS).

El motivo que condujo a la señora Blanca Sully Escobar Zapara a pedir el amparo constitucional, fue porque el ente accionado condicionó la práctica de dos cirugías, que requiere para controlar la incontinencia urinaria de esfuerzo que le fue diagnosticada, a la cancelación de una cuota de recuperación del 30%, suma de dinero que la accionante expresa que no puede pagar porque es madre cabeza de familia y sus ingresos son insuficientes.

No obstante, obra en el expediente constancia¹¹ en la que se señala que la misma accionante informó a este despacho que el Hospital La Victoria de Bogotá, el tres (3) de abril de 2007, le practicó las cirugías que necesitaba, con cobertura del 100%, lo cual también se puede corroborar con las pruebas allegadas por la señora Blanca Sully Escobar Zapata, el 3 de mayo de 2007, a esta Corporación. Así pues, a folio 17 reposa la orden de hospitalización emitida, el 3 de abril de 2007, por el Hospital La Victoria E.S.E III NIVEL, a favor de la señora

Blanca Sully Escobar Zapata, en la que se consagra que se ordenó el procedimiento denominado “Histerectomía Abdominal + Tanagho”.

De igual forma, a folio 17 se encuentra la factura cambiaria de compra venta emitida por el Hospital La Victoria III Nivel E.S.E, el 6 de abril de 2007, en la que se consignan los costos de los procedimientos practicados, el 3 de abril de 2007, a la señora Blanca Sully Escobar. Así pues, le fue practicado a la accionante una “Resección de Fístula Uretro Rectal”, “Histerectomía Abdominal (Total), y una “Colporrafia Anterior; Incluye corrección Quirúrgica del Cístocele y Uretrocele I”.

Por ende, la Sala encuentra que en el presente caso se ha presentado la figura del hecho superado, toda vez que han cesado los motivos que originaron la acción de tutela, y al momento de fallar no existe vulneración o amenaza a derecho fundamental alguno¹². Ha dicho al respecto la Corporación:

“En efecto, la acción de tutela tiene por objeto la protección efectiva y cierta del derecho presuntamente vulnerado o amenazado, lo cual explica la necesidad de un mandato proferido por el juez en sentido positivo o negativo. Ello constituye a la vez el motivo por el cual la persona que se considera afectada acude ante la autoridad judicial, de modo que si la situación de hecho de lo cual esa persona se queja ya ha sido superada en términos tales que la aspiración primordial en que consiste el derecho alegado está siendo satisfecha, ha desaparecido la vulneración o amenaza y, en consecuencia, la posible orden que impartiera el juez caería en el vacío. Lo cual implica la desaparición del supuesto básico del cual parte el artículo 86 de la Constitución y hace improcedente la acción de tutela...”¹³.

A pesar de haberse configurado un hecho superado, la Sala estima cuestionable el hecho que la accionante haya tenido que esperar desde el 8 de septiembre de 2006, para conseguir la práctica de los procedimientos quirúrgicos que necesitaba para el manejo de las patologías que le fueron diagnosticadas, pues no se puede condicionar la práctica de cirugías como las aquí ordenadas al pago de cuotas de recuperación, ya que si bien la exigencia de copagos se encuentra contemplada en la Ley y ha sido avalada por esta Corte, esta no puede de ninguna manera convertirse en un obstáculo para la prestación de los servicios en salud.

En esa medida, tal y como lo estableció la Sala anteriormente, los copagos no pueden ser utilizados como excusa para obstaculizar la prestación de los servicios de salud de la

población más vulnerable de la sociedad. Las condiciones de pobreza de una persona no pueden generar como consecuencia la no prestación de un servicio médico.

La Sala considera, conforme a la jurisprudencia reseñada, que el juzgado de segunda instancia pasa por alto que no existe norma legal que justifique la no prestación de los servicios médicos a las personas que, como la accionante, no tienen capacidad económica para cancelar las cuotas de recuperación, pues la exigencia del cubrimiento de dichas cuotas cuando la incapacidad del usuario para cubrirlos es evidente, no puede ser una barrera para la prestación del servicio, pues si bien la legislación aplicable determinó su aplicación en procura de ampliar la cobertura a todos los sectores de la sociedad, en especial, a aquellos sin la capacidad económica suficiente para acceder al sistema, con fundamento en el principio de la solidaridad, también es cierto que dicha exigencia no puede ser motivo para desconocer los derechos fundamentales de las personas.

Siendo así las cosas, habrá de revocarse el fallo de segunda instancia por las razones expuestas en las consideraciones preliminares de esta providencia y en consecuencia se confirmará la decisión de primera instancia. No obstante, esta Sala, al declarar la existencia de un hecho superado, no emitirá orden alguna.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR el fallo dictado en segunda instancia por el Juzgado Veinticinco (25) Civil del Circuito de Bogotá y en su lugar CONFIRMAR el fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Treinta y Nueve (39) Civil Municipal de Bogotá, en el que se concedió el amparo solicitado por la Señora Blanca Sully Escobar Zapata contra la Secretaría Distrital de Salud, por las razones expuestas en esta sentencia.

SEGUNDO. DECLARAR que existe carencia actual de objeto por presentarse un hecho superado.

TERCERO. Por Secretaría, LÍBRESE la comunicación que trata el artículo 36 del Decreto 2591

de 1991.

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

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada Ponente

JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Magistrado

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MENDEZ

Secretaria General

1 Artículos 32 y 33 del Decreto 806 de 1998.

2 Ver sentencia T - 411 de 2003. MP. Jaime Córdoba Triviño.

3 Artículo 2° Acuerdo 260 de 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

4 Artículo 3° Acuerdo 260 de 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

6 “Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en salud”.

7 Ver sentencia C-542 de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara.

8 Sentencias T-062 de 2003, MP. Eduardo Montealegre Lynett, T-133 de 2003, MP. Jaime Araujo Rentería, T-819 de 2003, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra, T-1153 de 2003, MP. Alfredo Beltrán Sierra y T-714 de 2004, MP. Rodrigo Uprimny Yepes, T- 868 de 2004, MP.

Jaime Córdoba Triviño, entre otras.

9 Sentencia C-265 de 1994, MP. Alejandro Martínez Caballero y T-639 de 1997, MP. Fabio Morón Díaz.

10 Sentencia T-837 de 2005, MP. Jaime Córdoba Triviño.

11 Ver folio 13 del primer cuaderno.

12 Sobre el tema del hecho superado pueden consultarse las sentencias T-675 y T-677 de 1996, T-041 de 1997, T-085 de 1997, T-225, T-264, T-321, T-522 de 1997 y T- 012, T- 272, T-522 y T-795 de 2006, MP. Clara Inés Vargas Hernández, entre otras.

13 Sentencia T-519 de 1992, Magistrado Ponente José Gregorio Hernández Galindo. Cfr. reiteración., entre muchas otras, en las sentencias T-100 de 1995 MP. Vladimiro Naranjo Mesa; T-201 de 2004 MP. Clara Inés Vargas Hernández ; T-325 de 2004 MP. Eduardo Montealegre Lynett.