

Sentencia T-547/00

DERECHO A LA SALUD-No se pueden oponer periodos mínimos de cotización ante situaciones de urgencia

DERECHO A LA VIDA-Suministro de tratamiento y entrega de medicamentos por EPS sin cumplir periodo mínimo de cotización

Referencia: expediente T- 298650

Acción de tutela instaurada por Lida Yaneth Tenjo Araque contra Colseguros S. A. EPS.

Procedencia: Sala Laboral del Tribunal de Santa Rosa

Magistrado Ponente:

Dr. ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO

Santa Fe de Bogotá, D.C., quince (15) de mayo del dos mil (2.000).

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados doctores Alejandro Martínez Caballero, Fabio Morón Díaz y Vladimiro Naranjo Mesa, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo adoptado por la Sala Laboral del Tribunal Superior de Santa Rosa de Viterbo el 30 de noviembre de 1999 y por la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia el cuatro de febrero del año 2000, dentro de la acción de tutela instaurada por Lida Yaneth Tenjo Araque contra Colseguros S. A. E.P.S.

ANTECEDENTES

1. HECHOS.

1.1. La señorita Tenjo Araque consideró que se le violaron los derechos de a la vida, la

igualdad, la salud y la seguridad social, e instauró acción de tutela para que Colseguros S.A. E.P.S. le preste el servicio a la salud y atención médica requerida para su normal recuperación o tratamiento por cuanto se hace necesaria una cirugía para reemplazo de una válvula mitral.

1.2. Colseguros no se ha negado a que se practique la intervención quirúrgica, por el contrario, le ha autorizado el tratamiento, pero exige que la paciente contribuya con el porcentaje que la ley requiere por cuanto no lleva el número de semanas cotizadas para tal intervención.

1.3. La paciente es beneficiaria por cuanto el padre de ella se afilió a la EPS el 26 de mayo de 1999. Y, para el 29 de noviembre de 1999 la señorita Tenjo Araque con base en la reglamentación vigente debía pagar la mayor parte del tratamiento porque la Compañía solo está autorizada a cubrir el 39% de su valor.

1.4. En ninguna parte de la petición de tutela se indica que la señorita Tenjo Araque contribuiría con el porcentaje que le corresponde.

1.5. En la solicitud de la tutela se dice que la peticionaria no cuenta “con los recursos económicos suficientes para la adquisición de los medicamentos requeridos para mi tratamiento”. Pero no presenta prueba alguna que respalde tal afirmación.

1. PRUEBAS

1. La documentación médica que demuestra la enfermedad de la peticionaria,
2. La prueba de que Lyda Yaneth Tenjo está inscrita en la EPS como beneficiaria de su padre Graciano Tenjo,
3. La posición de la aseguradora de vida COLSEGUROS sobre el porcentaje que cubriría la Compañía para el procedimiento quirúrgico.

1. SENTENCIAS OBJETO DE REVISION

El fallo de primera instancia fue dictado por la Sala Laboral del Tribunal Superior de Santa Rosa de Viterbo el 30 de noviembre de 1999 y el fallo de segunda instancia por la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia el cuatro de febrero del año 2000. En ambas providencias no se concedió la tutela porque las semanas cotizadas (34) estaban por debajo del mínimo requerido por la ley y la usuaria ni siquiera ofrece cubrir el porcentaje a su cargo.

CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

A. COMPETENCIA

Esta Corte es competente para conocer del fallo materia de revisión, de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Nacional y del Decreto 2591 de 1991 y demás disposiciones pertinentes y por la escogencia del caso hecho por la Sala de Selección.

A. CONSIDERACIONES JURIDICAS

En el sistema de seguridad social en salud, en lo referente a las obligaciones de la EPS a la cual esté afiliada una persona, en principio, solo se prestará el servicio correspondiente a lo permitido según las semanas cotizadas.

Pero aunque no se hayan cotizado las semanas suficientes para prestar determinado servicio en salud, si está de por medio la vida y se está en presencia de gravedad comprobada, “no es posible oponer períodos mínimos de cotización ante situaciones de urgencia, pues se violarían los derechos a la salud y la vida de quienes requieren estos servicios de alto costo” (T-385/98).

Por supuesto que si el paciente tiene recursos, debe cubrir el porcentaje de ley, pero si está demostrada la urgencia y que el usuario no tiene los recursos económicos para cubrir el valor que le correspondiera, la EPS debe prestar el servicio y repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía en los gastos adicionales en que incurra la entidad (T-114/97).

En la T-016/99 la Corte fue explícita en estos temas de las semanas cotizadas por el usuario y la prestación del servicios por la EPS. Se dijo:

“Sobre los períodos mínimos, que posibilitan algunos de esos tratamientos, el artículo 26 del decreto 1938 de 1994 enseña:

“Artículo 26. De los períodos mínimos de cotización. Los criterios para definir los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1. Máximo cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

Grupo 2. Máximo cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos MAPIPOS, como el grupo ocho (8) o superiores.

PARAGRAFO 1º Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera a las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de salud, prevención de la enfermedad, que se haga en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también el tratamiento inicial y la estabilización del paciente en caso de una urgencia.

PARAGRAFO 3º Cuando se suspende la cotización al sistema por seis meses continuos, se pierde el derecho a la antigüedad acumulada para efectos de los dispuesto en el presente decreto.” (Subraya fuera de texto).

Según la jurisprudencia de la Corte Constitucional (SU-480/97), la hipótesis prevista por el parágrafo 2 debe entenderse en el sentido que el trabajador afiliado debe afrontar el valor en las semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos en las enfermedades de alto costo. Tratándose de enfermedades catastróficas, como son enfermedades ubicadas dentro del nivel IV, el tratamiento que, en principio, el usuario le puede exigir a la EPS está supeditado a las 100 semanas mínimas de cotización.

O sea, que no hay la menor duda de que las EPS deben efectuar el tratamiento completo del

cáncer y otras patologías para aquellos usuarios que han superado las cien semanas mínimo de cotización.

Sin embargo dice la jurisprudencia, si no ha llegado a tal límite, el enfermo no queda desprotegido porque tiene tres opciones:

a. Si está de por medio la vida, y no tiene dinero para acogerse a la opción del parágrafo 2º del artículo 26 del decreto 1938/94, la EPS lo debe tratar y la EPS podrá repetir contra el Estado.

a. Se puede acoger al mencionado parágrafo 2º del artículo 26 del decreto 1938/94.

a. Podrá exigirle directamente al Estado el plan de atención básico.

Como el decreto 806 de 1998 reguló la materia de las cotizaciones en los artículos 60, 61 y 62 y son estos por consiguiente los aplicables actualmente, hay que dilucidar si evidentemente se hicieron algunas modificaciones a la normatividad anterior. La citada sentencia T-016/99 dijo al respecto:

“En primer lugar, se mantuvo integralmente los períodos mínimos de cotización. En segundo lugar, el parágrafo 1º del artículo 26 del decreto 1938 de 1994, se convirtió en artículo (el 62 del decreto 806 de 1998) con la modificación de que antes se decía: “la estabilización del paciente en caso de una urgencia” y ahora se dice: “la atención inicial de urgencia”. En tercer lugar, el parágrafo 2º se mantuvo. Y, se agregó un inciso (en el decreto 806 de 1998) que dice:

“Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una

cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes”.

Significa lo anterior que ha quedado suprimida la opción de exigirle a la EPS el cubrimiento del servicio, por parte del cotizante que no tenga fondos? Y, que el único camino es acudir a las instituciones públicas o a las privadas con las cuales el Estado tenga contrato?

En opinión de la Corte Constitucional, es indispensable hacer una distinción basado en los principios de continuidad y eficacia:

a. Si no está de por medio la vida, es obvio que surge la nueva opción reseñada en el decreto 806 de 1998, en el sentido de acudir a las instituciones públicas o a las privadas con las cuales el Estado tenga contrato, siempre y cuando no se hayan cumplido las cien semanas.

b. Si está de por medio la vida del paciente y la orden de un tratamiento o entrega de un medicamento la da el médico tratante, es decir el que está en relación laboral con la EPS y está atendiendo a dicho paciente, la urgencia y gravedad no exoneran a la EPS de dar el tratamiento señalado y la droga recetada, aunque no se hubieran cumplido las cien semanas. Si tratamiento y droga forman un conjunto indivisible en cuanto se requiere la una para el otro, no puede la EPS alegar que el paciente cuya vida corre peligro tenga que acudir a un procedimiento extraño e ir a reclamarle directamente al Estado. Por consiguiente, en este aspecto sigue vigente la jurisprudencia SU-480 de 1997, que, se repite, es una jurisprudencia que se aplica no solamente para los enfermos del sida.

Cobra mayor fuerza la tesis anteriormente expuesta, es decir, el tratamiento y entrega de medicamentos a enfermos del cáncer, cuya vida está en peligro y que no tienen dinero, así no hayan llegado a las cien semanas de cotización, con la expedición del acuerdo 110 del Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 28 de octubre de 1998, que a la letra dice:

“Artículo 1º.- Modifícase el artículo 8º del Acuerdo N° 83 el cual quedará así:

Artículo 8º. Para garantizar el derecho a la vida y a la salud a las personas, podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual de que trata el presente Acuerdo.

Si el precio máximo al público de estos medicamentos no incluidos en el manual, teniendo en cuenta el valor total del tratamiento, es menor o igual al precio máximo al público de los medicamentos que reemplazan o su similar, serán suministrados con cargo a las EPS o ARS. Si el precio máximo excede o es superior, la diferencia será cubierta con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El Ministerio de Salud reglamentará la conformación de comités técnicos – científicos dentro de las EPS, ARS y IPS los cuales establecerán las condiciones y el procedimiento para la prescripción de medicamentos no incluidos en el listado, con criterios de costo – efectividad. En estos comités se tendrá en cuenta la participación de un representante de los usuarios.

Artículos 2º.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

En conclusión, solamente cuando el solicitante de una tutela no tenga medios de cubrir el porcentaje requerido podría prosperar la tutela. La sentencia SU-816 de 1999 fue mas contundente:

“en consecuencia, lo que no este cubierto en principio por el pos, bien por no reunirse el numero mínimo de semanas de cotización, o por tratarse de una actividad, procedimiento, intervención o medicamento que se encuentre excluido del pos, debe asumirlo el usuario o afiliado en los términos señalados. Sin embargo, si la persona acredita, mediante un balance certificado por contador, o a través de la declaración de renta o de certificado de ingresos, no poder asumir el pago de aquellas prestaciones, que no esten cubiertas por el pos a título de copago por falta de recursos, deberán ser atendidos el o sus beneficiarios por las instituciones públicas prestadoras de los servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el estado tenga contrato, las cuales tendrán derecho a cobrar una cuota de recuperación, de acuerdo a las normas vigentes.”

CASO CONCRETO

La peticionaria probó que es beneficiaria, que está dentro del POS, que requiere de un tratamiento quirúrgico.

La Compañía indica que ha autorizado el procedimiento quirúrgico pero que la usuaria debe

cancelar el porcentaje que la ley señala.

La peticionaria de la tutela no ha cancelado ni ofrece cancelar lo que le corresponde, luego la EPS no estaría obligada a prestar la atención médica. Salvo que hubiere urgencia y que la peticionaria no tuviere medios de fortuna.

Ni la señorita Lida Yaneth Tenjo ni su padre presentaron prueba alguna que demostrara que estuvieren en una situación económica que les impida pagar el porcentaje correspondiente, luego no quedan cobijados por la excepcionalidad que se ha reseñado en la jurisprudencia mencionada en este fallo.

DECISION

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

RESUELVE

PRIMERO. CONFIRMAR las sentencias objeto de revisión.

SEGUNDO. Por Secretaría líbrense las comunicaciones previstas en el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

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

ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO

Magistrado

FABIO MORÓN DÍAZ

Magistrado

VLADIMIRO NARANJO MESA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General