

ACCION DE TUTELA CONTRA COOMEVA EPS-Decreto de pruebas y medida cautelar para no suspender tratamiento médico de beneficiaria

PROTECCION CONSTITUCIONAL DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Reiteración de jurisprudencia

DERECHO A LA SALUD-Fundamental autónomo/DERECHO A LA SALUD Y DIGNIDAD HUMANA-Conexidad

La jurisprudencia de la Corte ha sido contundente en aseverar que el derecho a la salud, tiene naturaleza de fundamental en forma autónoma. Así, esta garantía ha sido definida como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.” Esta concepción vincula el derecho a la salud con el principio de dignidad humana, toda vez que “responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales. De ahí que esta salvaguarda no solo protege la mera existencia física de la persona, sino que se extiende a la parte psíquica y afectiva del ser humano

DERECHO A LA SALUD Y BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD-Elemento esencial e inherente a la persona según instrumentos internacionales

DERECHO A LA SALUD-Procedencia por vía de tutela

La jurisprudencia de esta Corporación ha establecido la procedencia del amparo por vía de tutela de este derecho cuando se verifica alguno de los siguientes puntos: “(i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico y, (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios

DERECHO A LA SALUD-Óptima prestación por entidades que prestan el servicio

La materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio, se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, en especial el de la vida y el de la dignidad

SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS Y NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Fundamentabilidad del derecho a la salud

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Reiteración de jurisprudencia

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL-Creación, objeto e integración

El legislador en desarrollo de la cláusula general de competencias, creó el Sistema de Seguridad Social Integral a través de la ley 100 de 1993, el cual “tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”.

Al mismo tiempo señaló que, “comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro,” y se encuentra integrado por “el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley

REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO DE SALUD-Diferencias/REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO-Afiliación, aportes, pagos compartidos y cuotas moderadoras

Dentro del subsistema de salud, se hallan los regímenes contributivo y subsidiado. Al primero pertenecen las personas con capacidad de pago dentro del sistema, esto es, quienes son vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con el nivel suficiente de patrimonio para realizar una cotización obligatoria al Sistema. En el segundo se encuentran las personas que no cuentan con

capacidad para cubrir el monto total de los aportes al sistema. Ahora bien, la vinculación a este se produce por medio de la afiliación la cual implica que la persona puede exigir las prestaciones requeridas en salud. En esta lógica, la afiliación ha sido considerada como un derecho y al mismo tiempo como una obligación de cancelar los respectivos aportes, así como de los pagos compartidos y las cuotas moderadores, puesto que son necesarios para la viabilidad financiera del sistema.

PAGOS COMPARTIDOS, CUOTAS MODERADORAS Y DEDUCIBLES PARA ACCEDER A BENEFICIOS Y SERVICIOS EN SALUD-Finalidad

PAGOS COMPARTIDOS Y CUOTAS MODERADORAS-Prohibición de convertirse en obstáculo para acceder a servicios de salud

DERECHO A LA SALUD-Exigencia del pago de cuotas moderadoras limita el acceso al servicio por falta de recursos económicos/PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD Y EQUIDAD-Exoneración de copagos y cuotas moderadoras

CONSEJO NACIONAL DE SALUD-Régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud

PAGOS COMPARTIDOS Y CUOTAS MODERADORAS-Principios básicos al momento de fijar montos a pagar

SERVICIOS DE SALUD-Excepción de pagos compartidos y cobro de cuotas moderadoras

ENFERMEDAD CATASTROFICA-Exclusión de pagos compartidos debido al alto costo que implica

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Asignación de valores dependen del ingreso base de cotización del afiliado

PAGOS COMPARTIDOS Y CUOTAS MODERADORAS-Hipótesis para eximir al afiliado por vulneración de un derecho fundamental

La jurisprudencia de la Corte ha establecido el precedente, conforme al cual se establecen las hipótesis en que debe eximirse al afiliado de realizar los pagos compartidos y cuotas

moderadores, como resultado de la vulneración de algún derecho fundamental. Estos casos son: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio. No obstante, “se encuentran por fuera de esta hipótesis las personas que tienen la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y la capacidad para realizar efectivamente el pago antes de recibir el servicio requerido, puesto que en estos eventos dicha cuota no constituye un obstáculo para acceder al servicio médico, lo que hace improcedente el amparo por vía de tutela”. Adicionalmente a estas reglas jurisprudenciales, la Corporación preciso que, “será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales”

COPAGOS POR PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD-Exoneración por padecer patología congénita en la piel catalogada como enfermedad catastrófica o ruinosa

La Sala observa que la enfermedad “epidermis ampollosa distrófica”, es una patología congénita que la acompañará por el resto de su vida. En efecto, las llamadas personas “mariposa” requieren un cuidado permanente especializado, toda vez que “la piel de los afectados es extremadamente frágil y delicada, que al roce más mínimo o con el incremento de la temperatura ambiente, brotan ampollas semejantes a quemaduras severas, que se infectan con suma facilidad”. De acuerdo a ello, la enfermedad mencionada ha sido catalogada como ruinosa y catastrófica, comoquiera que conforme a la parte motiva de esta providencia representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento (supra 6). Al mismo tiempo, el procedimiento médico requerido se aplicará a un padecimiento de origen hereditario, lo cual conforme al artículo 17 de la Resolución 5261 de 1994 se encuentra dentro de los tratamientos de enfermedades ruinosas y catastróficas. En consecuencia, al ser considerada

la “epidermis ampollosa distrófica” como una patología catastrófica y ruinosa se exonerará a la demandante de la cancelación de los pagos compartidos, dado que es una excepción legal contenida en el artículo 6 numeral 4 del Acuerdo 260 de 2004 y las enumeraciones 16 y 17 de la Resolución 5262 de 1994.

PAGOS COMPARTIDOS DE AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Eximir cuando se necesita con urgencia servicio médico por carecer de capacidad económica

INCAPACIDAD ECONOMICA EN MATERIA DE SALUD-Reglas probatorias

DERECHO A LA VIDA DIGNA Y SALUD DE JOVEN QUE PADECE PATOLOGIA CONGENITA EN LA PIEL CATALOGADA COMO ENFERMEDAD CATASTROFICA O RUINOSA-Asunción de servicios de salud por Coomeva EPS sin exigir copagos

Referencia: expedientes T-3070521

Acción de tutela instaurada por Nora Eugenia Montoya Ospina en calidad de agente oficiosa de Luisa Fernanda Zapata Montoya contra Coomeva EPS.

Magistrado Ponente:

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Bogotá, DC., primero (1) de septiembre de dos mil once (2011)

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Luis Ernesto Vargas Silva en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente:

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

Dentro del proceso de revisión del fallo emitido por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Itagüí - Antioquia, en el trámite de la acción de tutela incoada por la señora Nora Eugenia Montoya Ospina en calidad de agente oficiosa de Luisa Fernanda Zapata Montoya contra

Coomeva E.P.S.

La solicitud de amparo se fundamentó en los siguientes:

1. Hechos

1. La joven Luisa Fernanda Zapata Montoya es una persona de 26 años de edad, residente de la ciudad de Itagüí, que se encuentra afiliada en calidad de beneficiaria a Coomeva EPS en el régimen contributivo, a la cual le fue diagnosticada epidermis ampollosa distrófica.

1. Como resultado de la fallas en la prestación del servicio de salud por parte de la demandada para el tratamiento de la anterior patología, la progenitora de Luisa Fernanda interpuso acción de tutela contra Coomeva EPS, la cual fue concedida por el Juzgado Segundo Penal Municipal, por consiguiente ese despacho ordenó la atención integral de la paciente; no obstante, denegó la exoneración de los copagos.

1. Luego, el médico tratante le prescribió a la joven la droga cicalfate avene crema x 40 MI, agua termal + óxido de cinc crema mínimo 60 tubos al mes. Sin embargo, la demandada no entregó la medicina, porque no se realizó el desembolso correspondiente al pago compartido.

1. Manifestó la agente oficiosa que, la paciente y su familia no cuentan con los recursos económicos para sufragar los copagos que permiten el acceso al medicamento enunciado. Adicionalmente, el padre de Luisa Fernanda Zapata no cubre sus gastos de manutención u hospitalarios, únicamente la tiene como beneficiaria en el sistema de salud.

1. Por esta razón, la peticionaria pretende la protección de los derechos a la vida digna, a la igualdad y la salud en conexidad con la vida de Luisa Fernanda Zapata, en consecuencia, se solicita ordene a Coomeva E.P.S que autorice la entrega de la medicina cicalfate avene crema x 40 MI, agua termal + óxido de cinc crema mínimo 60 tubos al mes; así como también que exonere a la paciente de los copagos exigidos para acceder a esta droga y a cualquiera de las prestaciones en salud requeridas para el tratamiento de su enfermedad.

1. Intervención de la parte demandada

Karol Juliana Huertas Cañizares, analista jurídica de Coomeva E.P.S regional noroccidente, se opuso a las pretensiones de la tutela apoyándose en los siguientes argumentos:

* No se encuentra contemplado dentro de la reglamentación vigente del POS-C como de alto costo, la patología que sufre la petente y el procedimiento prescrito por el médico tratante para su cura; por lo tanto, es aplicable a la situación de la paciente el Acuerdo 260 de 2004 que regula los pagos de las cuotas moderadores y los pagos compartidos.

* Así mismo, manifestó que “el pago que hacen los afiliados al Sistema de Seguridad Social de Salud por concepto de copago tiene como finalidad subsidiar con el sistema de acuerdo con su capacidad económica de conformidad con el principio de solidaridad y razonabilidad; eximir a un afiliado de pago de copagos o cuotas moderadoras constituye un desequilibrio para el sistema y dejar la solvencia del mismo en carga de unos solos.”

* En este orden de ideas, afirmó la representante de la EPS que en el caso concreto se presenta la improcedencia del amparo por carencia actual de objeto, comoquiera que la empresa promotora de salud ha cumplido con todas las obligaciones a su cargo, y continuará suministrándole a la usuaria todos los procedimientos que requiera, conforme a su patología.

* Por lo anterior, la accionada pide no acceder a las pretensiones de la tutela, y subsidiariamente, en caso de que el fallo le sea adverso, solicita autorizar el “recobro del 100% ante el FOSYGA de los valores pagados en exceso de sus obligaciones legales, respecto de la señora LUISA FERNANDA ZAPATA MONTOYA especificando el término máximo concedido para efectuar el correspondiente reembolso”.

1. Del fallo de tutela

1. El Juzgado Segundo Penal Municipal de Itagüí, en sentencia proferida el 7 de marzo de 2011, decidió negar el amparo, por considerar que no se ha acreditado por parte de la accionante y su familia una situación súbita que permita concluir que se encuentran imposibilitadas para cancelar el copago. Según el a-quo la familia de Luisa Zapata ha venido recibiendo los medicamentos y cancelando el valor del copago, “que entre otros, no resulta exorbitante frente al costo de la medicina como tal durante todo el año a suministrarle, la cual viene de suyo siendo suministrada por el Estado a través del FOSYGA, al haberse ordenado la entrega por acción de tutela”.

Así, subrayó el juez de instancia que según el Acuerdo 260 de 2004 los copagos cuentan con un tope máximo anual de desembolso por paciente que, dependerá de los ingresos del cotizante. En otras palabras, podrán ser varias las entregas en un año del medicamento requerido por la paciente, empero no habrá que sufragar un copago cuando se produzca cada una de ellas dentro de la misma anualidad, en la medida en que “no estamos hablando entonces, de una cuota mensual fija o permanente de \$129.800”.

Además, señaló con sustento en la jurisprudencia de esta Corporación¹, la importancia de los pagos moderadores y copagos para lograr el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Para finalizar, arguyó que no se puede acceder a la pretensión solicitada, como si se tratara de una exoneración generalizada de copagos para toda prestación en salud, a la manera de un cheque en blanco de por vida a cargo del sistema de seguridad social, sin tener en cuenta los cambios de la situación económica del paciente y su familia.

1. Este fallo no fue impugnado, razón por la cual se remitió el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

1. Pruebas relevantes que reposan en el expediente

1. Pruebas practicadas por el juez de primera instancia:

1. Prueba testimonial: practicada en audiencia con el fin de recibir el testimonio de la señora Gloria Patricia Montoya, madre biológica de Luisa Fernanda Zapata Montoya. La declarante informó que se encuentra separada del padre de su hija el señor Jair de Jesús Zapata Suarez, quien además no colabora en la manutención de ella; a excepción de tenerla como beneficiaria del servicio de salud. Adicionalmente, afirmó que en la actualidad no labora ni desempeña ningún oficio que le produzca ingreso alguno. Por esta razón, su señora madre (la abuela de Luisa) con una pensión y su hermana (tía de Luisa) con el salario devengado por el trabajo del banco Colpatria, sufragan todos los gastos de sustento de ella y su hija, entre los cuales se incluyen el alquiler de un apartamento, al igual que los costos de la enfermedad de Luisa Zapata. Por último, esbozó que tiene un hijo de 27 años de edad, quien labora en una empresa de productos naturales, sin embargo se encuentra casado, por lo que su sueldo se destina al mantenimiento de su familia. (Fls. 36 – 37 Cuaderno 2)

1. La parte accionante allegó al proceso las siguientes pruebas:

* Copia de la orden médica, en la cual se prescribe a la paciente Luisa Fernanda Zapata Montoya la droga cicalfate avene crema x 40 MI, agua termal + óxido de cinc crema mínimo 60 tubos al mes de la señora, al mismo tiempo se exige el copago de \$129.800 para la entrega de esta (Fls. 5 Cuaderno 2).

* Copia de la cédula de ciudadanía de la señora Luisa Fernanda Zapata Montoya (Fl. 9 Cuaderno 4).

* Copia de la cédula de ciudadanía de la señora Nora Eugenia Montoya (Fl. 9 Cuaderno 4).

1. La parte accionada no allegó pruebas al proceso.

1. Pruebas Practicadas y otras actuaciones procesales realizadas en sede de revisión.

1. Mediante Auto del 12 de Julio de 2011, el despacho del Magistrado sustanciador se comunicó con la señora Gloria Patricia Montoya Ospina, madre de Luisa Fernanda Zapata, con el fin de determinar si algún miembro de la familia de la peticionaria canceló el copago exigido para la entrega del medicamento cicalfate avene crema x 40 MI agua termal + óxido de cinc crema mínimo 60 tubos al mes, el cual fue ordenado por el médico tratante y si Coomeva E.P.S. entregó esta medicina. Por lo anterior, manifestó que el día 11 de julio del año en curso, canceló el copago correspondiente de \$ 129.000, requerido para la entrega de la medicina prescrita, la cual fue proporcionada parcialmente, debido a que la EPS argumentó que no cuenta con la totalidad de las unidades para cumplir con la fórmula.

Adicionalmente, comunicó la señora Montoya que el padre de su hija, quien la tenía como beneficiaria del sistema de seguridad social, fue despedido desde el 2 de junio de la presente anualidad, por esta razón no se han realizado los aportes en salud. Del mismo modo, señaló que la EPS Coomeva no permitió que Luisa Zapata asistiera a las citas médicas programadas de dermatología, siquiatría, nutrición y medicina interna, porque ella ya no aparecía en las

bases de datos de la accionada, dado que su padre no ha cancelado las correspondientes cotizaciones.

1. Ordenó vincular a la Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia y la Secretaría de Salud del Municipio de Itagüí, en la medida que resultan de suma importancia en la debida conformación del contradictorio porque estos organismos pueden garantizar la protección al derecho fundamental a la salud de Luisa Zapata, toda vez que su padre ha perdido la capacidad económica para pertenecer al sistema de seguridad en el régimen contributivo. Por lo que pueden verse afectadas directamente por el fallo de la Corte.

1. Decretó varias pruebas por considerarlas útiles en el asunto de la referencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 57 del Acuerdo 05 de 1992 -Reglamento Interno de la Corte Constitucional-. Por consiguiente, la Corporación le solicito al representante legal de la demandada que informará sobre:

i. Cuál es el estado de afiliación de Luisa Fernanda Zapata, identificada con cédula de ciudadanía No. 43.189.437.

ii. Cuáles son los servicios que le han sido prestados a Luisa Fernanda Zapata para el tratamiento de la “epidermis ampollosa distrófica”, señalando en qué fecha se han proporcionado.

iii. Cuáles han sido los pagos realizados por Luisa Fernanda Zapata en el año 2011, por concepto de copagos o cuotas moderadoras, señalando en qué fecha se han efectuado y la cantidad de dinero desembolsado.

iv. Cuál es el monto máximo de dinero que debe cancelar Luisa Fernanda Zapata en un año, por concepto de copagos o cuotas moderadoras.

1. Por último, ordenó como medida cautelar a Coomeva EPS no suspender el tratamiento médico prestado a Luisa Fernanda Zapata, consistente en citas médicas con médico general y especialistas, atenciones hospitalarias, terapias, medicamentos y cualquier clase de servicio de salud que se le viniera prestando anteriormente, o que se requieran para el tratamiento de su patología. Esta decisión tiene fundamento en la necesaria intervención provisional del juez constitucional para proteger la vida y la salud de la petente, comoquiera que Coomeva E.P.S estaba negando la prestación de unos servicios de salud requeridos para su enfermedad.

1. Como consecuencia de la providencia del 18 de julio de 2011, la EPS demandada informó que la joven Luisa Fernanda Zapata figuraba en estado de retirado el 8 de julio de la presente anualidad por terminación del contrato laboral del cotizante. Sin embargo, la señora Gloria Patricia Ospina madre de la tutelante realizó una afiliación en calidad de cotizante independiente el 2 de agosto del año en curso, en la cual vinculó al sistema de salud como beneficiaria a Luisa Zapata; por lo que esta se encuentra activa en Coomeva EPS con 494 semana de cotización. (Fls 21 Cuaderno 1)

Adicionalmente, el representante de la demandada adujo que Coomeva EPS ha suministrado a favor de la petente los servicios requeridos para la patología que padece, conforme a las obligaciones legales y las órdenes impartidas por el fallo de tutela expedido por el juez segundo penal municipal. En este punto “anexo los ordenamientos dados a la señora Luisa Fernanda Zapata”. (Fls 23-29 Cuaderno 1)

Así mismo, manifestó la EPS que la señora Luisa Zapata (beneficiaria) se encuentra en el rango salarial No. 1, con un IBC del cotizante de \$ 536.000, por lo tanto le corresponde cancelar por cuota moderadora el valor de \$ 2.100, y un tope máximo de copagos al año de \$ 307.970, al igual que un límite de copago por evento de \$ 153.717 según el Acuerdo 260 de 2004 (Fl. 22 Cuaderno 1). En tal sentido, con relación a los ordenamientos de los servicios requeridos por la accionante, el monto total de los copagos realizados al 2 de agosto de 2011 tiene un acumulado de \$ 305.620. (Fl. 22 Cuaderno 1).

II. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

Competencia

1. Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para proferir sentencia dentro de la acción de tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 inciso 2 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

Problema jurídico

1. En el presente asunto corresponde a la Sala establecer si Coomeva E.P.S. vulneró los derechos fundamentales de la señora Luisa Fernanda Zapata Montoya a la vida digna y la salud, al exigirle la cancelación de copagos en la prestación del servicio que requiera en razón de la enfermedad que padece. Al respecto, es preciso tener en cuenta que, dentro del anterior problema jurídico, subyace un cuestionamiento que debe abordar la Sala, el cual responde a determinar la procedencia de la acción de tutela para exonerar a un usuario hacia el futuro de los pagos compartidos, de cualquier prestación en salud que le sea practicada.

Para resolver el interrogante jurídico planteado, la Sala reiterará y armonizará su jurisprudencia sobre: i) la protección constitucional del derecho fundamental a la salud; ii) la naturaleza jurídica de las cuotas moderadoras y copagos, así como la exoneración de los mismos; y iii) el caso en concreto.

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 de Revisión reiterará lo dispuesto por la jurisprudencia sobre la materia. Por tal razón, el presente fallo será motivado brevemente.³

La protección constitucional del derecho fundamental a la salud. Reiteración Jurisprudencial

1. La jurisprudencia de la Corte ha sido contundente en aseverar que el derecho a la salud, tiene naturaleza de fundamental en forma autónoma⁴. Así, esta garantía ha sido definida como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.”⁵ Esta concepción vincula el derecho a la salud con el principio de dignidad humana, toda vez que “responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales⁶. De ahí que esta salvaguarda no solo protege la mera existencia física de la persona, sino que se extiende a la parte psíquica y afectiva del ser humano⁷.

Al mismo tiempo, se encuentran instrumentos internacionales que consideran el derecho a la salud como elemento esencial de la persona e inherente a la misma; a su vez, estas normas forman parte del bloque de constitucionalidad en estricto sentido⁸, entre las cuales se enuncian: i) El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que afirma en su párrafo 1º que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”; ii) El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales contiene una de las disposiciones más completas y exhaustivas sobre el derecho a la salud. En su párrafo 1º determina que los Estados partes reconocen: “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas ‘medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho’; iii) la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”. (Subrayas fuera de texto)

Así, la jurisprudencia de esta Corporación ha establecido la procedencia del amparo por vía de tutela de este derecho cuando se verifica alguno de los siguientes puntos: “(i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico y, (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios.”⁹

Por lo tanto, la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades que prestan dicho servicio, se obliguen a la óptima prestación del mismo, en la búsqueda del goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo señalado, comoquiera que la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, en especial el de la vida y el de la dignidad¹⁰.

Ahora bien, en relación con los servicios de salud incluidos y no incluidos en los planes obligatorios, este Tribunal Constitucional ha establecido un criterio simple, que permite identificar la condición de fundamentabilidad del derecho a la salud; el cual se sintetiza en que las personas tienen derecho a que se les preste de forma integral los servicios que requieran, conforme a la regulación establecida y con indiferencia de la pertenencia de los servicios al POS.¹¹

La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras y los casos en los que procede su exoneración. Reiteración Jurisprudencia

1. El legislador en desarrollo de la cláusula general de competencias, creó el Sistema de Seguridad Social Integral a través de la ley 100 de 1993, el cual “tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”¹². Al mismo tiempo señaló que, “comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro,”¹³ y se encuentra integrado por

“el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley”¹⁴.

Así, dentro del subsistema de salud, se hallan los regímenes contributivo y subsidiado. Al primero pertenecen las personas con capacidad de pago dentro del sistema, esto es, quienes son vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con el nivel suficiente de patrimonio para realizar una cotización obligatoria al Sistema. En el segundo se encuentran las personas que no cuentan con capacidad para cubrir el monto total de los aportes al sistema. Ahora bien, la vinculación a este se produce por medio de la afiliación la cual implica que la persona puede exigir las prestaciones requeridas en salud. En esta lógica, la afiliación ha sido considerada como un derecho y al mismo tiempo como una obligación de cancelar los respectivos aportes, así como de los pagos compartidos y las cuotas moderadores, puesto que son necesarios para la viabilidad financiera del sistema.

1. En este orden de ideas, el artículo 187 de la ley 100 estipula que los usuarios para acceder a los beneficios “estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles”, lo cuales tienen la finalidad por una parte de “racionalizar el uso de servicios del sistema” y, por otra de “complementar la financiación del plan obligatorio de salud”. No obstante, la norma en comento determina que “en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres”. Por lo tanto, con el propósito de “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”.

Sobre el particular esta Corporación recalcó en ejercicio del control abstracto de constitucionalidad del artículo referido, la prohibición de que los pagos compartidos y las cuotas moderadoras puedan convertirse en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud. Por consiguiente declaro “EXEQUIBLE el artículo 187 de la Ley 100 de 1.993, bajo 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, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes, salvo la expresión “ y la antigüedad de afiliación en el Sistema” contenida en el inciso 2o. de ese mismo artículo 187, la cual se declara INEXEQUIBLE”¹⁵. La exclusión del ordenamiento jurídico de esta última proposición normativa se produce porque no tiene relación con el objeto de la norma, el cual responde a regular el costo y la racionalidad del uso del servicio de salud.

En este sentido, la Corte continuo señalando que “cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de dichas cuotas, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud y, en el caso en que éstos se requieran con urgencia, se pueden ver afectados algunos derechos fundamentales, los cuales deben ser protegidos teniendo en cuenta su primacía frente a cualquier otro tipo de derecho”¹⁶. Aun así, “es claro que si bien el sistema se fundamenta en el principio de solidaridad y con base en este se cobran los copagos y cuotas moderadoras, también es cierto que se aplica el principio de equidad y si el cobro de los mismos afecta la salud, el mínimo vital y la vida digna de los usuarios, se deben dejar de aplicar las normas que permiten dichos recaudos, con el fin de salvaguardar derechos superiores”¹⁷.

En suma, la jurisprudencia constitucional detalló que las cuotas moderadoras y los pagos compartidos son necesarios para la sustentación del sistema¹⁸, pero “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.”¹⁹

1. Adicionalmente, el Consejo Nacional de Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, el cual tiene por objeto fijar el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud; dentro de esta regulación se resalta la diferencia conceptual entre los elementos estudiados. De ahí que, los copagos son los aportes realizados únicamente por los beneficiarios para cubrir una parte del servicio

prestado y tienen el propósito de financiar el sistema de salud (art. 1 y 3 Acuerdo 260 de 2004); en cambio, las cuotas moderadoras son los valores que deben cancelar tanto los afiliados cotizantes como los beneficiarios, que cumplen el objeto de “regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”²⁰.

Así mismo, se consignaron unos mandatos de optimización que serán aplicados en los pagos compartidos y en las cuotas moderadoras al momento de fijar los montos que deben ser cancelados por los usuarios. En este sentido, de conformidad con el artículo 5 del Acuerdo referido se dispuso que deben respetarse los siguientes principios básicos:

“1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.”

En adelante, la Sala se referirá únicamente a los copagos, dado a que son el objeto de estudio del presente caso. Con base en el artículo 7 del Acuerdo 260 de 2004, todos los servicios de salud se encuentran sujetos a los pagos compartidos, salvo los siguientes: 1.

servicios de promoción y prevención; 2. programas de control en atención materno infantil; 3. programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; 4. enfermedades catastróficas o de alto costo; 5. la atención inicial de urgencias y, 6. los servicios que, conforme al artículo 6º del Acuerdo están sujetos al cobro de cuotas moderadoras.²¹

Vale decir que, los tratamientos de las enfermedades catastróficas se encuentran excluidos de los pagos compartidos, debido al alto costo que implica para los pacientes que las padecen. De esta manera, el artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994²² define las patologías ruinosas o catastróficas como “aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento”. En consecuencia, dentro los métodos de cura de esta clase de enfermedades se incluyen los siguientes: a. tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer; b. diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea; c. tratamiento para el SIDA y sus complicaciones; d. tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central; e. tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas; f. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor; g. Terapia en unidad de cuidados intensivos. h. Reemplazos articulares.

1. Por otra parte, la asignación de los valores de los copagos se aplicará dependiendo del ingreso base de cotización del afiliado cotizante,²⁴ tanto en los pagos compartidos por evento como en el tope máximo anual de ellos.

En tal sentido, el Acuerdo enunciado establece el monto de los copagos anuales, así como el límite de los mismos generados en un mismo evento²⁵. En efecto, el valor por anualidad permitido por concepto de pagos compartidos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera: “1. para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente; 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal

mensual vigente, por un mismo evento; 3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente”²⁶.

Además, se restringe a un monto máximo los copagos efectuados por afiliado beneficiario en un año, el cual será establecido con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera: “1. para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente; 2. para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente; 3. para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente”²⁷.

1. Cabe acotar que, con relación a las normas reseñadas la jurisprudencia de la Corte ha establecido el precedente, conforme al cual se establecen las hipótesis en que debe eximirse al afiliado de realizar los pagos compartidos y cuotas moderadores, como resultado de la vulneración de algún derecho fundamental. Estos casos son: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor²⁸ y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio²⁹. No obstante, “se encuentran por fuera de esta hipótesis las personas que tienen la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y la capacidad para realizar efectivamente el pago antes de recibir el servicio requerido, puesto que en estos eventos dicha cuota no constituye un obstáculo para acceder al servicio médico, lo que hace improcedente el amparo por vía de tutela.”³⁰

Adicionalmente a estas reglas jurisprudenciales, la Corporación precisa que, “será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales”³¹

Caso concreto

1. En el asunto que ahora ocupa la atención de la Corte se discute si Coomeva EPS ha vulnerado los derechos fundamentales de la señora Luisa Fernanda Zapata al exigirle los pagos compartidos como condición para acceder a los servicios de salud requeridos para la patología que padece.

La accionante es una persona de 26 años de edad, residente en el municipio de Itagui, que se encuentra vinculada al régimen contributivo de salud, a la cual le fue diagnosticada “epidermis ampollosa distrófica”. Como consecuencia de esta patología, se ha visto obligada a someterse a un tratamiento de por vida, por el cual recibirá los servicios de salud siempre y cuando cancele los pagos compartidos correspondientes.

En cuanto al amparo solicitado, cabe precisar que existe una carga mínima para el accionante de presentar, como primera medida, ante la entidad demandada la solicitud de exoneración de los copagos correspondientes a la prestación de los servicios médicos. Procedimiento que no fue agotado sino que, por el contrario, se pretendió en las acciones de tutela elevadas en 2010 y en el presente proceso. No obstante, encuentra la Sala que, en sede judicial, la entidad demandada indicó que no puede exonerar a la accionante de la cancelación de copagos toda vez que, se trata de una exigencia legal en la medida que su enfermedad no es ruinosa ni catastrófica. El juez de instancia no accedió a la pretensión de la acción de tutela porque no se acreditó por parte de la petente su incapacidad económica o de su familia para cancelar los pagos compartidos.

Así las cosas, y teniendo en cuenta que en el transcurso del proceso se obtuvo una negativa por parte de la entidad demandada de acceder a la solicitud impetrada, se deberá

determinar si, en el presente caso, procede la aplicación de las normas jurisprudenciales o legales que conllevan a conceder la exoneración de los copagos correspondiente por prestación del servicio de salud.

Por consiguiente, la Sala observa que la enfermedad que padece Luisa Fernanda Zapata, “epidermis ampollosa distrófica”, es una patología congénita que la acompañará por el resto de su vida. En efecto, las llamadas personas “mariposa” como Luisa requieren un cuidado permanente especializado, toda vez que “la piel de los afectados es extremadamente frágil y delicada, que al roce más mínimo o con el incremento de la temperatura ambiente, brotan ampollas semejantes a quemaduras severas, que se infectan con suma facilidad”³². De acuerdo a ello, la enfermedad mencionada ha sido catalogada como ruinoso y catastrófico, comoquiera que conforme a la parte motiva de esta providencia representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento (supra 6). Al mismo tiempo, el procedimiento médico requerido se aplicará a un padecimiento de origen hereditario, lo cual conforme al artículo 17 de la Resolución 5261 de 1994 se encuentra dentro de los tratamientos de enfermedades ruinosas y catastróficas.

En consecuencia, al ser considerada la “epidermis ampollosa distrófica” como una patología catastrófica y ruinoso se exonerará a la demandante de la cancelación de los pagos compartidos, dado que es una excepción legal contenida en el artículo 6 numeral 4 del Acuerdo 260 de 2004 y las enumeraciones 16 y 17 de la Resolución 5262 de 1994.

1. Por otra parte, esta Corporación ha determinado algunas reglas jurisprudenciales con base en las cuales, de demostrarse su cumplimiento, se puede exigir la exoneración de los copagos contemplados en la ley, toda vez que estos no pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios de salud (supra 5 y 7). En estado de cosas, con relación al primer precedente se eximirá de los pagos compartidos cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir su valor. Sobre las reglas probatorias para acreditar la incapacidad económica en la sentencia T-022 de 2011³³ se precisó:

“(i) sin perjuicio de las demás reglas, es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la

consecuencia jurídica que persigue; (ii) ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba; (iv) corresponde al juez de tutela ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos; (v) en el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad (vi) hay presunción de incapacidad económica frente a los afiliados al SISBEN teniendo en cuenta que hacen parte de los sectores más pobres de la población”.

Estas condiciones se encuentran demostradas en el expediente, ya que la afiliada cotizante la señora madre de Luisa Zapata no cuenta con trabajo alguno que le permita percibir un ingreso, aun así se vinculó al sistema de salud como independiente con el propósito de que su hija recibiera el tratamiento requerido para la enfermedad que padece (Fls 21 cuaderno 1 y 36 cuaderno 2). Adicionalmente, el padre de la paciente fue despedido de su trabajo, razón por la cual perdió la capacidad de pago para pertenecer al régimen contributivo, y en consecuencia la EPS Coomeva el 8 de julio de 2011 retiró la afiliación de la demandante al sistema de salud (Fl 21 cuaderno 1). Aplicando la libertad probatoria y el principio de buena fe a las afirmaciones de la agente oficiosa se constata la inexistencia de los recursos necesarios para cancelar los pagos compartidos; es de resaltar además que la familia de la petente se vio forzada a dejar vencer la primera orden médica de la droga Cicalfate debido a la falta de dinero para cubrir el copago que permitía la entrega de este (Fls. 22 Cuaderno 1).

De otra parte, la manifestación sobre la ausencia de recursos se constituyó en una

afirmación indefinida que Coomeva EPS no desvirtuó. Se limitó a sostener que la enfermedad “epidermis ampollosa distrófica” no es catalogada como catastrófica o ruinosa, por lo que no se descalificó el elemento de insolvencia económica, lo que conduce a la acreditación de esta situación en la petente (Fls 11 – 15 Cuaderno 2).

Como resultado de lo ante puesto, esta Sala revocará la decisión del juez de primera instancia y, en su lugar, ordenará a la EPS accionada que asuma la prestación de los servicios de salud que en adelante requiera Luisa Fernanda Zapata para enfrentar la enfermedad catastrófica que padece, sin que le sean exigidos copagos por la atención médica que le sea brindada como parte del tratamiento para la “epidermis ampollosa distrofica” que padece, todo lo cual resulta necesario para garantizar los derechos a la vida digna y a la salud de la accionante.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero. REVOCAR la decisión proferida por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Itagüí, en sentencia del 7 de marzo de 2011 en relación con la tutela instaurada por Nora Eugenia Montoya Ospina como agente oficiosa de Luisa Fernanda Zapata Montoya y, en su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos a la vida en condiciones dignas y a la salud.

Segundo. ORDENAR a la Entidad Promotora de Salud COOMEVA E.P.S. de Itagüí que una vez se surta la notificación del presente fallo, preste los servicios de salud que requiere la señora Luisa Fernanda Zapata para enfrentar la “EPIDERMIS AMPOLLOSA DISTROFICA” que padece, sin que, al efecto, le sean exigidos copagos.

Tercero. LÍBRESE la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Cópiese, Notifíquese, insértese en la gaceta de la Corte Constitucional y Cúmplase,

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

Ausente con permiso

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria

1 Sentencia SU-508 de 2001

2 Entre otros, se encuentran la posibilidad de configurar un contradictorio diferente al planteado por el actor, puesto que en la materialidad pueden verse afectados por las decisiones tomadas en el trámite de la acción de tutela; solicitar las pruebas necesarias para proteger los derechos fundamentales involucrados en la situación particular, tanto aquellos invocados por el actor como los otros que se desprendan de forma evidente de la conducta cuestionada; y adoptar medidas provisionales de protección en los casos en que ello sea pertinentes

3 Con base en lo dispuesto en el artículo 35 del Decreto 2591 de 1991, 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-333 de 2009 M.P. JUAN Carlos Henao Pérez; T-332 de 2009 M.P. Juan Carlos Henao Pérez; T-808 de 2008 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-784 de 2008 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-1032 de 2007 M.P. Mauricio González Cuervo; T-689 de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño; T-465A de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño; T-810 de 2005 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-959 de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-392 de 2004 M.P. Jaime Araújo Rentería; T-054 de 2002 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y

T-549 de 1995 M.P Jorge Arango Mejia.

4 Ver, entre otras, sentencias T-016 de 2007 M.P Humberto Antonio Sierra Porto; T-173 de 2008 MP. Humberto Antonio Sierra Porto; T-760 de 2008 M.P Manuel José Cepeda Espinosa; T-820 de 2008 M.P Jaime Araújo Rentería; T-999 de 2008 M.P Humberto Antonio Sierra Porto; T-931 de 2010 M.P Luis Ernesto Vargas Silva; T-566 de 2010 M.P Luis Ernesto Vargas Silva, T-022 de 2011, M.P: Luis Ernesto Vargas Silva y T-091 de 2011 M.P Luis Ernesto Vargas Silva

5 Sentencias T-597 de 1993 M.P Eduardo Cifuentes Muñoz; T-454 de 2008 M.P. Jaime Córdoba Triviño; T-566 de 2010 M.P Luis Ernesto Vargas Silva.

6 Sentencias T-022 de 2011 y T-091 de 2011 M.P Luis Ernesto Vargas Silva.

7 Ibídem.

8 Sentencia T-685 de 2010 M.P Humberto Antonio Sierra Porto.

9 Sentencias T-999 de 2008 M.P Humberto Antonio Sierra Porto.; T-931 de 2010 M.P Luis Ernesto Vargas Silva; T-022 de 2011 M.P Luis Ernesto Vargas Silva y T-091 de 2011 M.P Luis Ernesto Vargas Silva.

10 Sentencia T-816 de 2008 M.P: Clara Inés Vargas Hernández

11 Sentencia T-760 de 2008 M.P Manuel José Cepeda Espinoza. “Al respecto dijo la Corte: en la actualidad el acceso a los servicios depende, en primer lugar, de si el servicio requerido está incluido en uno de los planes obligatorios de servicios de salud a los cuales la persona tiene derecho. Así pues, dada la regulación actual, los servicios que se requieran pueden ser de dos tipos: aquellos que están incluidos dentro del plan obligatorio de salud (POS) y aquellos que no”.

12 República de Colombia, Congreso Ley 100 de 1993 art. 1

13 Ibíd.

14 Ibíd, art. 8

16 Sentencia T-563 de 2010, MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

17 Sentencia T-725 de 2010, MP: Juan Carlos Henao Pérez

18 Sentencia T-815 de 2010, MP: Nilson Pinilla Pinilla.

19 Sentencia T-036 de enero 27 de 2006, M. P. Jaime Córdoba Triviño

20 Consejo Nacional de Salud, Acuerdo 260 de 2004, artículo 1 y 3.

21 Acuerdo 260 de 2004, Artículo 6º. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS: // 1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada. // 2. Consulta externa por médico especialista. // 3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. // 4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas. // 5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas. // 6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. //

Parágrafo 1º. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias. // Parágrafo 2º. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios. //

Parágrafo 3º. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de

los servicios, en forma independiente.

22 por medio de la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

23 Sentencias T-754 de 2005 M.P Jaime Araujo Renteria y Sentencia T-563 de 2010, MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

24 Opcit, Acuerdo 260 de 2004, artículo 4

25 Ibíd. Art. 26 parágrafo 1: Se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

26 Ibíd, art. 10

27 Ibíd. Art. 11

28 Sentencias T-743 de 2004 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, T-563 de 2010, MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y T-725 de 2010, MP: Juan Carlos Henao Pérez.

29 Sentencias T-330 de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño, T-563 de 2010, MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y T-725 de 2010, MP: Juan Carlos Henao Pérez.

30 T-725 de 2010, MP: Juan Carlos Henao Pérez

31 Sentencia T-563 de 2010, MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

32 Consultorio virtual Salud.com. Enfermedad
<http://www.salud.com/salud-infantil/ninos-mariposanuevas-esperanzas-para-una-extrana-enfermedad-i.asp>

33 Ver también las sentencias T-306 de 2005 MP. Clara Inés Vargas Hernández; T-829 de 2004 M.P: Rodrigo Uprimy Yepez y T-113 de 2002 M.P. Jaime Araujo Renteria entre otras.