

Sentencia T-654/05

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad con la vida digna

INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Hipótesis fácticas que la determinan

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD-Finalidad

Con el principio de continuidad, se busca garantizar a los titulares del derecho a la atención en salud que han ingresado al sistema de General de Seguridad Social, la prestación ininterrumpida, constante y permanente de los servicios, como una garantía de protección de sus derechos a la vida y a la salud. El principio de continuidad se materializa entonces en el derecho de los ciudadanos a no ser víctimas de interrupciones abruptas y sin justificaciones válidas de los servicios de salud y, en particular, de los tratamientos o procedimientos médicos que reciben o requieran según las prescripciones médicas y las condiciones físicas o síquicas del usuario. El fundamento de aplicación de la continuidad al régimen de seguridad social, y en especial al régimen de salud, obedece a dos razones fundamentales. En primer lugar, la continuidad constituye una característica esencial de todo servicio público, de modo que siendo la seguridad social en salud un servicio público obligatorio, su prestación debe ser regular y continua, sin interrupciones, salvo que exista una causa legal que lo justifique y siempre que la misma se encuentre ajustada a las garantías y derechos constitucionales. En segundo lugar, la atención de la salud se rige por los principios de universalidad y eficiencia, que se materializan en la vinculación progresiva y efectiva de todos los habitantes del territorio nacional al sistema general de salud a través de alguno de los regímenes previstos legalmente (contributivo, subsidiado o vinculado), con lo cual, una vez que la persona ingrese a dicho sistema, existe una vocación de permanencia y no puede, por regla general, ser separada o desvinculada del mismo.

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD-Criterios jurisprudenciales que obligan a las entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud a cumplirlo

A partir del fundamento jurídico que identifica el principio de continuidad, la jurisprudencia constitucional ha definido el alcance del derecho ciudadano a no ser víctima de interrupciones injustificadas en la prestación de los servicios de salud, fijando los criterios

que obligan a las entidades promotoras y prestadoras de salud (E.P.S, A.R.S., I.P.S) a garantizar y asegurar su continuidad. Sobre esa base, ha sostenido la Corte (I) que las prestaciones en salud, como servicio público obligatorio y esencial, tiene que ofrecerse de manera eficaz, regular, permanente y de calidad; (II) que las entidades prestadoras del servicio deben ser diligentes en las labores que les corresponde desarrollar, y deben abstenerse de realizar actuaciones ajenas a sus funciones y de omitir el cumplimiento de obligaciones que conlleven la interrupción injustificada de los servicios o tratamientos; (III) que los usuarios del sistema de salud no pueden ser expuestos a engorrosos e interminables trámites internos y burocráticos que puedan comprometer la permanencia del servicio; y (IV) que los conflictos de tipo contractual o administrativo que se presenten con otras entidades o al interior de la propia empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad, permanencia y finalización óptima de los servicios y procedimientos médicos ordenados.

INCAPACIDAD ECONOMICA-Prueba/INCAPACIDAD ECONOMICA-Subreglas aplicables

DERECHO A LA VIDA DIGNA-Prótesis de extremidades inferiores se encuentra incluida en el POS

Referencia: expediente T-1090258

Accionante: José Edgar García Cifuentes.

Demandado: Seguro Social E.P.S.

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá, D. C., veintitrés (23) de junio de dos mil cinco (2005).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Rodrigo Escobar Gil, Marco Gerardo Monroy Cabra y Humberto Antonio Sierra Porto, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

en el proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bogotá, dentro de la acción de tutela instaurada por José Edgar García Cifuentes contra Seguro Social E.P.S.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

Refiere el accionante ser pensionado por la entidad accionada hace diez años, en virtud de un accidente de tránsito que provocó la amputación de su miembro inferior derecho desde la rodilla, por lo cual fue necesario la colocación de una prótesis. Indica que la entidad demandada le ha suministrado la prótesis en dos ocasiones. Que el 5 de febrero de 2005 el médico especialista le ordenó cambio de “Prótesis por debajo de rodilla para miembro derecho”, prótesis que le fue negada por no estar dentro del POS, debiendo sufragar el demandante los gastos que la misma demanda.

Cotizada la prótesis, asciende a un valor aproximado de un millón de pesos (\$1.000.000.00) Mcte., dinero del que el actor que no dispone, por cuanto devenga una pensión mensual de trescientos ochenta y un mil quinientos pesos (\$381.500.00) Mcte, suma con la cual debe satisfacer las necesidades de su grupo familiar compuesto de su esposa - actualmente desempleada- y tres hijos menores de edad, quienes se encuentran adelantando estudios primarios, además de pagar arriendo, servicios públicos y demás gastos del hogar y que debido a su condición de discapacitado no le es posible desempeñar otras labores que le permitan obtener ingresos adicionales.

2. Fundamentos de la acción y pretensiones

El accionante considera violados sus derechos fundamentales a la vida y a la salud, consagrados en los artículo 11 y 49 de la Constitución, con la actuación del Seguro Social EPS

al negarse a ordenar el procedimiento de CAMBIO DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE LA RODILLA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO que necesita para movilizarse y tener una mejor calidad de vida.

Solicita en consecuencia, se ordene a la demandada conceder autorización de manera inmediata para efectuar el procedimiento requerido, denominado CAMBIO DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE LA RODILLA DEL MIEMBRO DERECHO, dictaminada por el médico tratante, y que se le preste el tratamiento integral que requiera para recuperar su salud.

3. Oposición a la demanda de tutela

La entidad accionada, en escrito presentado ante el Juez del conocimiento acepta que el demandante se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de Pensionado, que al mismo se le ha ordenado una “PRÓTESIS PARA MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR DEBAJO DE LA RODILLA”, elemento que se encuentra excluido del POS, por lo cual no está legalmente obligada a suministrarlo. Argumenta que no se ha establecido que el demandante adolezca de capacidad económica externa, a partir del Ingreso Base de Cotización mensual de trescientos ochenta y un mil quinientos pesos (\$381.500.00) Mcte., como póliza de seguro o medicina prepagada.

4. Pruebas que obran en el expediente

- A folio 1, copia de una consulta en Nómina Pensionados del Seguro Social en donde se indica que el demandante se encuentra pensionado y activo.

- A folio 2, copia de la fórmula médica en donde se le ordena la prótesis, documento de fecha febrero 5 de 2005, suscrita por el médico tratante. Igualmente copia del comprobante de Pago a Pensionados, de donde se aprecia que recibe un neto a pagar por concepto de pensión \$ 335.700.00.

- A folio 3, copia de una “Contrarreferencia. Consulta Médica Especializada. Ortopedia-Traumatología” de fecha 5 de Febrero de 2005.

A folio 4, copia del documento de identificación del accionante.

II. DECISIONES JUDICIALES QUE SE REVISAN

1. Primera instancia

El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bogotá niega la acción interpuesta, por cuanto no acreditó la incapacidad económica del demandante para costearse el suministro de la prótesis requerida, a pesar de habersele solicitado su acreditación por parte del despacho de instancia.

III. CONSIDERACIONES

1. Competencia.

Esta Sala de la Corte Constitucional es competente para revisar las decisiones proferidas dentro de la acción de tutela de la referencia, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema Jurídico.

De acuerdo con los hechos que han dado lugar a la controversia objeto de la presente acción de tutela, le corresponde a esta Sala de Revisión establecer si resulta violatoria de los derechos a la salud y a la vida del actor, la conducta asumida por el Seguro Social EPS, de negarle el suministro de la prótesis que requiere, advirtiendo que este tipo de elemento no se encuentra incluido en el POS.

Con el propósito de desarrollar y resolver el problema jurídico planteado, esta sentencia de reiteración de jurisprudencia tendrá la siguiente estructura:

Se recuerdan las reglas jurisprudenciales que declaran que el derecho a la salud tiene un carácter prestacional pero adquiere la connotación de fundamental al estar en conexidad con el derecho a la vida digna, y que estos derechos son vulnerados cuando por razones de tipo legal o contractual, una entidad prestadora de servicios de salud niega el suministro de medicamentos o la práctica de tratamientos indispensables para la vida digna de un paciente.

A continuación se reiteran las reglas formuladas por la jurisprudencia de la Corte, en aquellos eventos en los cuales, las E.P.S deben prestar determinados servicios médicos o suministrar medicamentos, pese a no estar incluidos en el Plan Obligatorio de Salud P.O.S. Todo esto con el fin de proteger los derechos fundamentales de quienes necesitan medicamentos o tratamientos para la protección de su vida. A continuación se hará referencia a las reglas jurisprudenciales relacionadas con la prueba de la incapacidad económica para asumir el costo de un medicamento o procedimiento no incluido en el POS. Finalmente, teniendo en cuenta las reglas reiteradas se procederá a resolver el problema jurídico planteado en el caso concreto.

2.1. El derecho a la salud y a la integridad física en conexidad con el derecho fundamental a la vida en condiciones dignas

La Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia, ha considerado que el derecho a la salud se puede proteger mediante la acción de tutela cuando está ligado directamente con el derecho a la vida, de forma tal que aunque la salud en principio no hace parte de los derechos fundamentales autónomos, se ha garantizado cuando se encuentra en conexidad con la vida, en la medida en que éste derecho previsto en la Constitución Nacional pertenece a un concepto amplio y no simplemente limitado a la posibilidad de la sola existencia, y en esos términos encuentra su fundamento en el principio del respeto a la dignidad humana establecido en el artículo 1º de la norma superior.

Así lo sostuvo la Corte en sentencias como la T-264 de 2004, en donde se reiteran las reglas relativas a la naturaleza particular del derecho a la salud cuando se encuentra en conexidad con la vida o con otros derechos fundamentales. En esta providencia, que a su vez reitera la Sentencia T-1036 de 2000, la Corte considera lo siguiente:

“Esta Corporación ha sostenido, que si bien el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental¹, sí puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar éste último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad.² De ahí que el derecho a la salud sea un derecho protegido constitucionalmente³, en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas⁴. Por

consiguiente, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental”⁵.

2.2. La vulneración del derecho a la salud en conexidad con la vida cuando por razones de tipo contractual o legal, se niega la práctica de un tratamiento o el suministro de medicamentos poniéndose en riesgo la vida.

Teniendo en cuenta la regla precedente, la jurisprudencia constitucional ha sido clara en afirmar que el derecho a la salud en conexidad con la vida e integridad personal se vulnera, entre otras circunstancias, cuando por razones de tipo contractual o legal, una entidad encargada de prestar el servicio de salud decide negar la práctica de un tratamiento o el suministro de medicamentos poniendo en riesgo los precitados derechos de las personas.

Respecto al vínculo del derecho a la salud con el derecho a la vida, esta Corporación ha sostenido que éste no se origina únicamente con la puesta en peligro de la existencia biológica del hombre. Así lo sostuvo la Corte en un reciente pronunciamiento:

“Según lo manifiesta la jurisprudencia constitucional, el vínculo del derecho a la salud con el derecho a la vida, no se origina únicamente a partir de que se ponga en peligro la existencia vital del hombre, pues éste no se refiere única y exclusivamente a la simple existencia biológica, sino que implica además, la posibilidad de que el individuo lleve una vida en condiciones dignas y pueda desempeñarse normalmente en sociedad, alcanzando un estado de salud lo mas lejano posible al sufrimiento y al dolor, pues al hombre se le debe respeto a la integridad física y una vida saludable en la medida que sea posible”⁸.

De acuerdo con esta sentencia, el juez constitucional para proteger el derecho a la salud en conexidad con la vida, puede considerar no sólo aquellas circunstancias que pongan en riesgo la existencia biológica de la persona, sino también aquéllas que atenten contra una vida en condiciones dignas, es decir, aquélla que le permita al individuo el desarrollo de su proyecto de buen vivir en la sociedad en condiciones adecuadas.

2.3. Servicios médicos necesarios y excluidos del P.O.S. Reglas jurisprudenciales.

Ahora bien, pese a que el juez constitucional protege el derecho a la salud cuando se encuentra en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas, tal protección no es absoluta y requiere la verificación y el cumplimiento de un conjunto de reglas que han sido trazadas por esta Corporación⁹.

Estas reglas son, en últimas, el equivalente a los requisitos de procedibilidad de la acción de tutela para la protección de los derechos fundamentales en este tipo de casos. Las reglas son:

A- Verificar si la falta de tratamiento o medicamento excluidos del P.O.S -Plan Obligatorio de Salud -, amenaza el derecho a la vida del interesado, en el sentido señalado anteriormente.

B- Verificar que el medicamento o tratamiento no pueda ser sustituido por uno de los incluidos en el P.O.S. -Plan Obligatorio de Salud - o cuando, pudiendo hacerlo, el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el paciente necesita para el mejoramiento de su salud.

C- Adicionalmente, se debe comprobar la incapacidad económica del paciente de sufragar los gastos del tratamiento o medicamento que requiere y su inhabilidad de acceder a él por algún otro sistema o plan de salud.

D- Finalmente, es necesario que el medicamento o el tratamiento requerido por el accionante, haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el peticionario.

Antes de verificar si en el caso concreto, están dados los supuestos para la protección de los derechos del actor, la Sala estima conveniente reiterar algunas de las reglas relativas al acceso al sistema general de seguridad social, y en concreto, el principio de la continuidad en el servicio de salud, teniendo en cuenta que el accionado, Seguro Social E.P.S., sostiene que no puede suministrar la prótesis solicitada pues la misma se encuentra excluida del POS.

2.4. El principio de continuidad en el servicio de salud.

La Corte Constitucional ha considerado que el derecho de acceso a la seguridad social,

previsto en los artículos 48 y 49 de la Constitución, abarca no sólo el acceso al sistema de salud como tal y su cobertura, sino también las garantías de permanencia y traslado de sus afiliados en el sistema. Por este motivo, dentro del marco jurídico previsto por la Constitución y la ley de seguridad social, y como desarrollo de los principios de eficacia y universalidad, el Sistema General de Seguridad Social en Salud está regido por unos principios especiales entre los que se destaca, para el caso que se analiza, el de la continuidad en el servicio.

Con el principio de continuidad, se busca garantizar a los titulares del derecho a la atención en salud que han ingresado al sistema de General de Seguridad Social, la prestación ininterrumpida, constante y permanente de los servicios, como una garantía de protección de sus derechos a la vida y a la salud. El principio de continuidad se materializa entonces en el derecho de los ciudadanos a no ser víctimas de interrupciones abruptas y sin justificaciones válidas de los servicios de salud y, en particular, de los tratamientos o procedimientos médicos que reciben o requieran según las prescripciones médicas y las condiciones físicas o síquicas del usuario.

El fundamento de aplicación de la continuidad al régimen de seguridad social, y en especial al régimen de salud, obedece a dos razones fundamentales. En primer lugar, la continuidad constituye una característica esencial de todo servicio público, de modo que siendo la seguridad social en salud un servicio público obligatorio, su prestación debe ser regular y continua, sin interrupciones, salvo que exista una causa legal que lo justifique y siempre que la misma se encuentre ajustada a las garantías y derechos constitucionales.

En segundo lugar, la atención de la salud se rige por los principios de universalidad y eficiencia, que se materializan en la vinculación progresiva y efectiva de todos los habitantes del territorio nacional al sistema general de salud a través de alguno de los regímenes previstos legalmente (contributivo, subsidiado o vinculado), con lo cual, una vez que la persona ingrese a dicho sistema, existe una vocación de permanencia y no puede, por regla general, ser separada o desvinculada del mismo¹⁰.

Frente a este tema la Corte ha señalado recientemente :

“Los artículos 48 y 49 de la Constitución consagran que la atención a la salud es un servicio público y que puede ser prestado por un particular bajo la supervisión del Estado. Por lo tanto, al ser la salud un servicio público no puede interrumpirse su prestación, ya que el

servicio público se caracteriza por la continuidad en la prestación del mismo. Además, la continuidad en la prestación hace parte del principio de eficiencia¹¹.

Para la Corte es claro que el servicio de salud sólo puede ser interrumpido cuando exista una causa de ley. En la sentencia T-618 de 2000 indicó: ‘Uno de los principios característicos del servicio público es la eficiencia y, específicamente este principio también lo es de la seguridad social. Dentro de la eficiencia está la continuidad en el servicio, es decir que no debe interrumpirse la prestación salvo cuando exista una causa legal que se ajuste a los principios constitucionales...¹²’. (Sentencia T-746 de 2002, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra).

A partir del fundamento jurídico que identifica el principio de continuidad, la jurisprudencia constitucional ha definido el alcance del derecho ciudadano a no ser víctima de interrupciones injustificadas en la prestación de los servicios de salud, fijando los criterios que obligan a las entidades promotoras y prestadoras de salud (E.P.S, A.R.S., I.P.S) a garantizar y asegurar su continuidad. Sobre esa base, ha sostenido la Corte¹³ (I) que las prestaciones en salud, como servicio público obligatorio y esencial, tiene que ofrecerse de manera eficaz, regular, permanente y de calidad; (II) que las entidades prestadoras del servicio deben ser diligentes en las labores que les corresponde desarrollar, y deben abstenerse de realizar actuaciones ajenas a sus funciones y de omitir el cumplimiento de obligaciones que conlleven la interrupción injustificada de los servicios o tratamientos; (III) que los usuarios del sistema de salud no pueden ser expuestos a engorrosos e interminables trámites internos y burocráticos que puedan comprometer la permanencia del servicio; y (IV) que los conflictos de tipo contractual o administrativo que se presenten con otras entidades o al interior de la propia empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad, permanencia y finalización óptima de los servicios y procedimientos médicos ordenados.

De esa manera, esta Corporación ha dejado claro que, tanto las entidades públicas como las privadas que intervienen en la prestación de los servicios de salud, por acción o por omisión en el cumplimiento de sus funciones, no pueden comprometer la continuidad del servicio y, por tanto, la eficiencia y eficacia del mismo, mucho menos si con su proceder irregular se pueden poner en peligro los derechos a la vida y a la salud de los usuarios.

2.5. Prueba de la incapacidad económica para asumir el costo de los procedimientos o medicamentos excluidos del POS.

La jurisprudencia constitucional ha acogido el principio general establecido en nuestra legislación civil referido a que incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite la consecuencia jurídica de la norma aplicable al caso, excepto los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas, las cuales no requieren prueba.

En éste sentido, la Corte Constitucional ha establecido que: (i) no existe una tarifa legal para su prueba, pues, para la Corporación, esta puede verificarse a través de cualquier medio probatorio, incluyendo la presunción legal de la incapacidad, y (ii) Se aplica la presunción de buena fe establecida en el artículo 83 de la Constitución Política.

En sentencia T-683 de 200314, reiterada en las sentencias T-744 de 200415, T-499 de 200516 y T-514 de 200517, se consideró que las reglas probatorias en materia de incapacidad económica son las siguientes:

“(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 excluidos del POS; (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”.

Las anteriores reglas probatorias han sido acogidas por la jurisprudencia constitucional en forma reiterada. Así mismo, y de manera correlativa, le corresponde a la parte demandada controvertir y probar lo contrario, so pena de que con la mera afirmación del actor se tenga por acreditada dicha incapacidad.

Exclusión o inclusión de una prótesis en el P.O.S.

En el sub lite, al señor José Edgar García Cifuentes, el Seguro Social EPS le negó el suministro de una prótesis que requiere para su extremidad inferior derecha, con el argumento de que dicho servicio médico se encuentra excluido del Plan Obligatorio de Salud.

En sentencia T-112 de 2005 (MP. Jaime Araujo Rentería), al estudiar el tema del suministro de las prótesis ortopédicas de las extremidades inferiores, la Corte expresó que, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución No. 5261 de 1994, las mismas se encuentran en el POS. Allí se indicó:

“En efecto, mediante Resolución No. 5261 de 1994 se estableció el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social, el cual, en su artículo 12, definió las prótesis, ortesis y aparatos ortopédicos como aquellos elementos “cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente” y, a continuación, estableció cuáles de estos tipos de elementos deben suministrarse y en qué calidad se entregan. Es decir, que en el Plan Obligatorio de Salud se incluye como beneficio la entrega de este tipo de elementos siempre y cuando estén expresamente autorizados en dicho manual.

Ahora bien, en lo que se refiere específicamente a la inclusión de las prótesis ortopédicas de las extremidades inferiores en el Plan Obligatorio de Salud, esta Corte consideró en la sentencia T-941 de 200018:

“4. Ahora bien, reconoce la Corte que frente a las necesidades puntuales del demandante, existe una dualidad en la interpretación del texto de la Resolución No 5261 de 1994, ya que de un lado los intérpretes han considerado que las prótesis de extremidades sí se encuentran incluidas en el P.O.S., como ocurrió con el Ministerio de Salud y el Juez de Primera Instancia,

en su oportunidad, mientras que la E.P.S y los falladores de segunda instancia consideraron que el artículo 12 de la mencionada resolución, no incluye este tipo de prótesis dentro de las prestaciones del P.O.S.

Para esta Corporación, la interpretación del artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994, expedida por el Ministerio de Salud, no puede ser otra distinta de aquella que el mismo Ministerio interpreta y explica en el concepto proferido por el Dr. (...), en el que se incluyen las prótesis de extremidades inferiores dentro de la estructura del P.O.S. a fin de complementar la capacidad física del paciente. En efecto, nótese no sólo que esa interpretación es la que resulta acorde con lo prescrito en el artículo en mención respecto a la definición de lo que implican estas prótesis, su importancia y su naturaleza, sino que concuerda claramente con las exclusiones que muy bien define la administración en el artículo 18 de la misma resolución. En efecto, la Resolución 5261 de 1994, en el artículo 18 aclara la razón de ser de las exclusiones, y expresamente consagra que serán en general aquellas que no tengan por objeto contribuir con el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y aquellas que sean considerados cosméticas, estéticas o suntuarias. Así mismo, el artículo 12 de la misma resolución, señala en el párrafo correspondiente, que “Se suministran prótesis, ortesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás.” De esa expresión, al parecer los otros elementos, son los que resultan después de los dos puntos, de manera tal que los demás tipos de prótesis se desprenden de la primera parte del párrafo.” 19 (Negrillas fuera del texto).”

Igualmente, en pronunciamientos anteriores, sentencia T-860 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett), la Corte había expresado en el mismo sentido:

“Retomando las conclusiones que arrojó el estudio del artículo 18 de la mencionada Resolución y a la luz de lo prescrito por el artículo 12, puede afirmarse que las prótesis, órtesis y aparatos que tengan como función mejorar o complementar la capacidad física del paciente están expresamente incluidas en el P.O.S., criterio que se refuerza al constatar que estos “aparatos” tienen el cargo de apoyar de manera efectiva a la rehabilitación de la enfermedad, o de la discapacidad. Es entonces el argumento funcional el que da cuenta de la necesidad de incluir estos aparatos en el P.O.S. Es decir, el aparato en sí mismo no tiene relevancia como factor condicionante del mejoramiento de la salud y de la calidad de vida del

paciente, es fundamentalmente la función de reemplazo del miembro cercenado, lo que hace a aquél objeto una prestación obligatoria en el sistema de salud colombiano. La negativa de la entidad prestadora de salud a autorizar el cubrimiento del cargo económico de dicho procedimiento, vulnera el derecho fundamental a recibir la atención en salud definida en el Plan Básico de Salud y en el Plan Obligatorio de Salud de manera autónoma -sin necesidad de probar la vulneración del derecho a la vida digna -.

Ahora bien, ¿qué sucede si se acepta que la prótesis o la órtesis se encuentra cubierta bajo el régimen de beneficios del P.O.S., pero no lo está, en cambio, el aditamento que permite que el aparato -que está orientado funcionalmente al reemplazo de un miembro- encaje con el muñón (o parte del miembro no amputada) al cual será adaptado?, ¿cumple la prótesis su objetivo de recuperación funcional si, debido a la no adaptación del socket al muñón de la extremidad mutilada, el paciente ve disminuida la recuperación buscada y, a mediano plazo, pueden formarse lesiones en su piel? Es posible concluir, entonces, que los aparatos cuyo propósito es la recuperación de la función anatómica de una extremidad cercenada, no pueden estar excluidos del plan obligatorio de salud. En consecuencia, tampoco puede estarlo el aditamento (socket) que permite que ese aparato sea funcional a las necesidades de recuperación y adaptación individualizada del paciente”.

Recientemente, en sentencia T-078 de 2005 MP. Marco Gerardo Monroy Cabra, la Corte reiteró nuevamente la interpretación del artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 y sostuvo que la norma mencionada incluye las prótesis articulares de extremidades.

En consecuencia, cuando se trata de prótesis o aditamentos encaminados a recuperar una función anatómica fundamental, las E.P.S. no pueden negarse a autorizar los mismos cuya finalidad es garantizar la calidad de vida del afiliado, pues tales elementos se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Con base en los criterios expuestos, entra la Corte a pronunciarse sobre el amparo solicitado en el caso concreto.

3. Caso Concreto.

En el presente caso el demandante solicita la protección de su derecho a la salud en conexidad con la vida digna, presuntamente violado por el Seguro Social, al negarse a

suministrarle una prótesis de miembro inferior derecho por debajo de rodilla, que este necesita para movilizarse y que le fue prescrita por su médico tratante.

El juez de instancia denegó el amparo solicitado, por considerar que no se cumplía con algunos de los presupuestos fijados por la jurisprudencia constitucional para inaplicar las normas legales o reglamentarias que regulan las exclusiones del POS, específicamente el requisito que alude a la incapacidad de pago del actor.

En el escrito de tutela el actor sostiene que no posee los recursos económicos para sufragar el costo de la prótesis, que es de aproximadamente un millón de pesos (\$1.000.000.00) Mcte, puesto que se trata de una persona minusválida, que devenga una pensión equivalente al salario mínimo mensual vigente, desempleado, con hijos y obligaciones familiares.

Para respaldar esta afirmación el accionante no aportó ninguna prueba relacionada con su condición socioeconómica, a pesar de que el juzgado en el auto que admitió la acción de tutela, le solicitó que allegara declaración juramentada ante notario de sus ingresos y egresos. Los documentos que aportó, salvo la copia de la cédula de ciudadanía, hacen referencia al diagnóstico y a la prótesis ordenada, así como al monto de la mesada pensional devengada.

Aún cuando el Juez de primera instancia procuró obtener prueba sobre la capacidad económica del demandante sin resultados positivos, teniendo en cuenta que en el curso de la actuación la parte demandada no desestimó las afirmaciones del demandante en torno a la falta de recursos, a pesar de que tenía a su disposición la base de datos en la que se registra información referente a su situación socioeconómica, esta Sala considera que el juez de instancia debió dar por cierta la presunción de falta de capacidad económica del actor, máxime si tenemos en cuenta que sus ingresos no superan el salario mínimo, que el costo de la prótesis asciende a la suma aproximada de un millón de pesos (\$1.000.000.00) Mcte, y que se trata de una persona en circunstancias de debilidad manifiesta debido a su estado de invalidez y que por ello le asiste el derecho a recibir una protección especial por parte del Estado. (C.P. Art. 13)

Así, en la medida en que no existía prueba sobre la capacidad económica del actor, y la parte demandada no desvirtuó las afirmaciones hechas por éste sobre el particular, ha debido concederse la tutela acogiéndose la presunción legal de incapacidad económica de aquél.

Pero al margen del debate sobre si el actor tenía o no capacidad económica para asumir el costo de la prótesis de miembro inferior derecho por debajo de la rodilla, tal y como se expuso en el acápite anterior, dicho elemento se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud y, por lo tanto, por fuera de cualquier otra consideración, la EPS estaba obligada a proporcionarlo sin imponer ningún tipo de condición, pues el objeto de la misma es el de recuperar una función anatómica fundamental del paciente.

IV. DECISIÓN.

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR la Sentencia del 25 de febrero de 2005 proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bogotá, D.C. por las consideraciones expuestas en ésta providencia.

Segundo.- TUTELAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida digna del señor José Edgar García Cifuentes y, en consecuencia, ORDENAR al SEGURO SOCIAL E.P.S. Seccional Cundinamarca y Distrito Capital, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, contados a partir de la notificación de esta sentencia, adopte las medidas necesarias con el fin de que le sea suministrada la PRÓTESIS PARA MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR DEBAJO DE LA RODILLA, en un término no mayor a un mes. Dentro de este término el Seguro Social deberá informar al juez de instancia y al accionante, la fecha cierta del suministro de la prótesis

Cuarto. Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado Ponente

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado EN COMISION

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL

DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

HACE CONSTAR:

Que el H. Magistrado doctor HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO, no firma la presente sentencia por encontrarse en comisión de servicios en el exterior.

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

SECRETARIA GENERAL

1 Sentencias T-395 de 1998; T-076 de 1999 y T-231 de 1999. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

2 Ver Sentencias T-271 de 1995; T-494 de 1993 y T-395/98.

3 Al respecto se pueden consultar las sentencias SU-111 de 1997; SU-039 de 1998; T-236 de 1998; T-395 de 1998; T-489 de 1998; T-560 de 1998, T-171 de 1999, entre otras.

4 Ver Sentencia No T-271 de 1995. M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero y Sentencia T-494

de 1993. M.P. Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

5 Sentencia T-1036 de 2000 M.P. Alejandro Martínez Caballero

6 Corte Constitucional, Sentencia T-494 de 1993. Así mismo, en relación con el derecho a la vida digna se puede consultar la sentencia T-1344 de 2001.

7 Corte Constitucional, Sentencia T-897 de 2002.

8 Sentencia T-1213 de 2004. MP. Rodrigo Escobar Gil. En este pronunciamiento, la Corte conoció la acción de tutela promovida por Maria Yolanda Retallak Rojas contra la Secretaría de Salud de Bogotá con el fin de que la entidad accionada cubriera la consulta médica y los medicamentos prescritos por su médico tratante, con el fin de contrarrestar sus problemas pulmonar y cardiaco.

9 Sentencia T-1213 de 2004. MP. Rodrigo Escobar Gil

10 Sobre este punto pueden consultarse las Sentencias T-746 de 2002 (M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra) y C-800 de 2003 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa).

11 Ver Sentencia SU-562 DE 1999 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

12 Sentencia T-618 de 2000 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

13 Ver, entre otras, las Sentencias T-1198 de 2003 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett), T-1218 de 2004 (M.P. Jaime Araujo Rentería) y T-246 de 2005 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández).

14 MP. Eduardo Montealegre Lynett.

16 MP. Rodrigo Escobar Gil.

17 MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

18 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

19 Esta jurisprudencia fue reiterada en las sentencias T-884 de 2001 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett) y T-428 de 2003 (Jaime Araujo Rentería).