

## DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Protección constitucional

DERECHO A LA SALUD-Doble connotación al ser un derecho fundamental y al mismo tiempo un servicio público

## DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y DEBER DE LAS EPS DE PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD SIN DILACIONES/DERECHO A LA SALUD Y PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO

El servicio a la salud debe ser prestado conforme con los principios de eficacia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad e integralidad, lo que implica que tanto el Estado como las entidades prestadoras del servicio de salud tienen la obligación de garantizarlo y materializarlo sin que existan barreras o pretextos para ello. El principio de integralidad, comprende dos elementos: (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología. En consecuencia, la materialización del principio de integralidad conlleva a que toda prestación del servicio se realice de manera oportuna, eficiente y con calidad; de lo contrario, se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud.

ENFERMEDADES CATASTROFICAS O RUINOSAS-Exoneración de copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o pago de porcentaje/CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-No pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios de salud cuando el usuario no está en la capacidad de sufragar su costo

Por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado. Se ha establecido jurisprudencialmente que, en aquellos eventos en los que corrobore que un usuario del servicio de salud y su familia no cuente con los recursos económicos suficientes para asumir el pago de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación según el régimen al que pertenezca, porque

con su cancelación se afecta el mínimo vital, es posible su exención en el pago, siempre y cuando se compruebe que al asumir este costo se afecta el mínimo vital del paciente y de su núcleo familiar.

DERECHO A LA SALUD, A LA VIDA DIGNA Y A LA SEGURIDAD SOCIAL-Orden a EPS exonerar de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación por la prestación de los servicios en salud

Referencia: expediente T-4346556

Acción de tutela interpuesta por Sandra Liliana Virgen Saldarriaga en representación de su madre Martha Libia Saldarriaga Mazo, contra Alianza Medellín Antioquia EPS SAS y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Magistrado Ponente:

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá, D.C., diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado y los Magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política, y en los artículos 33 y concordantes del Decreto 2591 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo dictado por la Sala Penal del Tribunal Superior de Medellín, que revocó la sentencia proferida por el Juzgado Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Girardota (Antioquia), en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES.

La señora Sandra Liliana Virgen Saldarriaga, actuando en representación de su progenitora, la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo, interpone acción de tutela contra Alianza Medellín

Antioquia EPS SAS y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por considerar que esas entidades le están vulnerando los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la seguridad social, al negarse a autorizar la exoneración de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación, pese a tener claro que no cuenta con capacidad económica y que su representada padece “Diabetes Mellitus insulino dependiente con complicaciones oftálmicas y neurológicas, síndrome de Sjogren, cirrosis hepática, hipertensión arterial, dislipidemia, sangrado digestivo, várices esofágicas, artritis, úlcera bulbar activa, colelitiasis, sepsis de origen urinario y pulmonar, vitíligo, entre otras afecciones”. Para fundamentar su solicitud relata los siguientes:

## 1. Hechos

La señora Sandra Lilibian Virgen Saldarriaga manifiesta que su representada[1], la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo, está afiliada al régimen subsidiado de salud con la EPS Alianza Medellín Antioquia EPS SAS, en el nivel 2, y que aunque ha recibido todos los tratamientos a sus enfermedades, ya no le es posible seguir asumiendo el costo de los copagos y cuotas moderadoras por cada servicio que requiere, debido a su amplia patología y a que no cuenta con medios económicos para subsistir. Sobre el particular indicó lo siguiente:

“Mi madre cuenta con 52 años de edad, es viuda, no cuenta con salario, pensión ni otro ingreso diferente que le permita cubrir sus gastos personales de alimentación y enseres necesarios para subsistir.

Mi madre sufre de diabetes mellitus, insulino dependiente con complicaciones oftálmicas y neurológicas, dislipidemia, sangrado digestivo, hepatitis B, ictericia, gastritis crónica, nefropatía médica, quiste cortical renal, várices esofágicas, artritis, úlcera bulbar activa, colelitiasis, sepsis de origen urinario y pulmonar.

La atención en salud y medicamentos que requiere mi madre debido a su amplia patología se ha intensificado al punto de no poder realizar los copagos correspondientes a la atención brindada y en ocasiones tener que endeudarnos y firmar compromisos de pago para cubrir el costo de las atenciones que se surten hasta por valores de seiscientos ochenta y tres mil doscientos cuarenta y seis mil pesos (\$ 683.246) de fecha 29 de agosto de 2013; doscientos noventa y cuatro mil setecientos cincuenta pesos (\$294.750) del 26 de septiembre de

septiembre de 2013; doscientos cincuenta y nueve mil ochenta y dos pesos (\$259.082) de 27 de noviembre de 2013, ciento un mil ochocientos pesos (\$ 101.800) del 12 de septiembre de 2013, ochenta y cuatro mil quinientos ochenta y nueve mil pesos (\$84.589 ) de 01 de septiembre de 2013, entre otros costos similares y menores.

Las difíciles condiciones económicas que presenta mi madre, así como la circunstancia crónica de su enfermedad, la han obligado a ella y a mis hermanos a acceder a préstamos, a fin de que mi madre pueda recibir el servicio de salud, pues al no disponer de los recursos económicos suficientes, la entidad de salud se sustrae del servicio. Sin embargo ya no podemos más con los costos”.

Por lo anterior, solicita que en adelante se le exonere de la cancelación de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación durante todos sus tratamientos médicos.

## 2. Respuesta de Alianza Medellín Antioquia EPS SAS

Mediante oficio recibido por el juez de instancia el 5 de diciembre de 2013, el representante legal de Alianza Medellín Antioquia EPS SAS manifiesta que no está vulnerando los derechos fundamentales de la peticionaria en la medida en que ha prestado todos los servicios de salud requeridos.

Indica que aunque la accionante aduce que su representada padece de múltiples patologías, no existe en el expediente prueba o soporte médico que lo acredite.

Respecto de la exoneración de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación, explica que no le es posible acceder a dicha solicitud debido a que la peticionaria estaba clasificada en el nivel 2 del Sisbén y esta prerrogativa solo aplica para quienes se encuentran inscritos en el nivel 1, de acuerdo con la normatividad vigente.

Finalmente solicita: (i) declarar improcedente la acción de tutela, por falta de legitimidad por pasiva en atención a que “es deber de los afiliados cancelar los copagos correspondientes”; (ii) que en caso de que se conceda la acción de tutela, se reconozca el derecho a recobrar ante el Fosyga el 100% de las prestaciones médicas NO POS-S; (iii) que se le imponga a la Secretaría de Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el

deber de asumir lo excluido del POS-S; y (iv) que se exonere “a la afectada del pago de cuota de recuperación por los servicios NO POS-S”. [2]

### 3. Respuesta de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Durante el trámite de la acción de tutela guardó silencio.

### 4. Decisión judicial objeto de revisión

#### 4.1. Primera Instancia

Argumenta que en este caso, está más que probada la necesidad de acceder a los servicios de salud de manera gratuita, atendiendo a los múltiples padecimientos, a la gravedad de las enfermedades y a la falta de recursos económicos, máxime cuando se encuentra probado que la señor Saldarriaga Mazo está clasificada en el nivel 2 del Sisbén.

#### 4.2. Impugnación

El representante legal de Alianza Medellín Antioquia EPS SAS, reiterando su intervención en la contestación de la acción de tutela, indica que en este caso no se debió conceder el amparo solicitado debido a que la usuaria, por estar clasificada en el nivel 2 del Sisben, no tiene derecho a ser exonerada de los copagos y cuotas moderadoras. Así mismo, reitera que no existen pruebas que soporten las patologías que aduce padecer y que tan solo le piden cancelar el 10 % del valor de los servicios que se le prestan.

#### 4.3. Segunda Instancia

La Sala Penal del Tribunal Superior de Medellín, mediante proveído del 18 de febrero de 2014, revoca la decisión impugnada argumentando que en este caso no es procedente reclamar mediante tutela una prestación de índole económica.

### 5. Pruebas relevantes que obran dentro de este expediente

- Declaración juramentada rendida el 29 de noviembre de 2013 por la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo ante el Juzgado Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Girardota Antioquia, en la que reconoce la actuación que hace su hija en su nombre y

corroborar los hechos narrados por ella.

- Copia de la cédula de ciudadanía de la señora Sandra Liliana Virgen Saldarriaga, hija de la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo.[3]
- Copia de la cédula de ciudadanía la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo.[4]
- Copia de diferentes órdenes de servicios y recibos de caja emitidos por la prestación de servicios médicos a nombre de la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo.[5]
- Copia de la historia clínica completa de la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo. [6]

## II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

### 1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer el fallo materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

### 2. Presentación del caso y planteamiento del problema jurídico.

A partir de los antecedentes referidos, la Sala Quinta de Revisión observa que en el presente caso se solicita la exoneración de copagos, pagos moderadores y cuotas de recuperación exigidos para el tratamiento médico de una persona, nivel 2 del Sisbén que padece “Diabetes Mellitus insulino dependiente con complicaciones oftálmicas y neurológicas, síndrome de Sjögren, cirrosis hepática, hipertensión arterial, dislipidemia, sangrado digestivo, várices esofágicas, artritis, úlcera bulbar activa, colelitiasis, sepsis de origen urinario y pulmonar, vitíligo, entre otras afecciones”, quien afirma no contar con recursos económicos para seguir subsistiendo y sobrellevar sus múltiples patologías.

La EPS señala que ha entregado y autorizado todos los medicamentos y procedimientos médicos que ha requerido la señora Saldarriaga Mazo, pero negó la petición de exoneración de copagos y cuotas moderadoras en atención a que este derecho no le asiste a las personas clasificadas en el nivel 2 del Sisbén.

El juez de primera instancia concede el amparo argumentando que en este caso es claro

que la peticionaria no tiene capacidad de pago, que se le está afectando su mínimo vital y que las múltiples afecciones que padece requieren atención inmediata, mientras que en segunda instancia, el Tribunal revoca al considerar que no es procedente reclamar por tutela una prestación meramente económica como en este caso, la exoneración de copagos.

Con fundamento en lo anterior, procede esta Sala a resolver el siguiente problema jurídico: ¿Desconoce el derecho fundamental a la salud, a la vida y a la seguridad social, la negativa de una EPS del régimen subsidiado y de la Secretaría Seccional de Salud del Departamento, a exonerar del cobro de copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación a una paciente nivel 2 del Sisbén, que asegura no tener recursos económicos y que acredita con su historia clínica que padece varias enfermedades catalogadas, varias de ellas como catastróficas y de alto costo?

Para dar respuesta a lo anterior la Corte se pronunciará sobre los siguientes aspectos: (i) procedencia de la acción de tutela cuando lo que se reclama es la protección del derecho fundamental a la salud; (ii) deber de las EPS de prestación del servicio de salud sin dilaciones, conforme al principio de integralidad; (iii) el sistema legal de pagos moderadores y las enfermedades ruinosas o catastróficas como excepción al sistema de copagos; y, finalmente (iv) se resolverá el caso concreto.

3. Procedencia de la acción de tutela cuando lo que se busca proteger es el derecho fundamental a la salud[7]. Reiteración de jurisprudencia.[8]

3.1 La Constitución Política consagra en sus artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, que debe ser prestado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley[9].

3.2 Inicialmente la Corte diferenció los derechos protegidos mediante la acción de tutela de los de contenido exclusivamente prestacional, de tal manera que el derecho a la salud, para ser amparado por vía de tutela, debía tener conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal o la dignidad humana. Se protegía como derecho fundamental autónomo cuando se trataba de los niños, en razón a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución, y en el ámbito básico cuando el accionante era un sujeto de especial

protección.

3.3 En la sentencia T-858 de 2003 la Corte Constitucional precisó las dimensiones de amparo de este derecho, para lo cual sostuvo lo siguiente:

“En abundante jurisprudencia esta Corporación ha señalado que la protección ofrecida por el texto constitucional a la salud, como bien jurídico que goza de especial protección, tal como lo enseña el tramado de disposiciones que componen el articulado superior y el bloque de constitucionalidad, se da en dos sentidos: (i) en primer lugar, de acuerdo al artículo 49 de la Constitución, la salud es un servicio público cuya organización, dirección y reglamentación corresponde al Estado. La prestación de este servicio debe ser realizado bajo el impostergable compromiso de satisfacer los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia que, según dispone el artículo 49 superior, orientan dicho servicio. En el mismo sentido, como fue precisado por esta Sala de revisión en sentencia T-016 de 2007, el diseño de las políticas encaminadas a la efectiva prestación del servicio público de salud debe estar, en todo caso, fielmente orientado a la consecución de los altos fines a los cuales se compromete el Estado, según lo establece el artículo 2° del texto constitucional.

(ii) La segunda dimensión en la cual es protegido este bien jurídico es su estructuración como derecho. Sobre el particular, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que el derecho a la salud no es de aquellos cuya protección puede ser solicitada prima facie por vía de tutela. No obstante, en una decantada línea que ha hecho carrera en los pronunciamientos de la Corte Constitucional, se ha considerado que una vez se ha superado la indeterminación de su contenido –que es el obstáculo principal a su estructuración como derecho fundamental- por medio de la regulación ofrecida por el Congreso de la República y por las autoridades que participan en el Sistema de Seguridad Social; las prestaciones a las cuales se encuentran obligadas las instituciones del Sistema adquieren el carácter de derechos subjetivos(...)”. (Negrillas fuera del texto original).

Desde entonces la Corte ha reconocido que el derecho a la salud posee una doble connotación: (i) como un derecho fundamental y (ii) como un servicio público. En tal razón ha considerado que:

“En materia de amparo del derecho fundamental a la salud por vía de tutela una vez adoptadas las medidas de orden legislativo y reglamentario orientadas a determinar cuáles

son las prestaciones obligatorias en salud y a trazar las vías de acceso a la seguridad social, si se cumplen los requisitos previstos en estos escenarios, todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado.

Por tal motivo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido constante y enfática en afirmar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), en el Plan de Atención Básica (PAB), en el Plan de Atención Complementaria (PAC) así como ante la no prestación de servicios relacionados con la obligaciones básicas definidas en la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede acudirse directamente a la tutela para lograr su protección”[10].

Ello quiere decir que procede el amparo en sede de tutela cuando resulta imperioso velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera[11]. En tal sentido, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de continuidad,[12] que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional.[13]

Lo anterior, por cuanto 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, por cuanto la salud compromete el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana[14].

4. Las EPS tienen el deber de prestar el servicio de salud sin dilaciones y de acuerdo con el principio de integralidad.[15]

4.1. Como se explicó en el acápite precedente, en la actualidad el derecho a la salud es considerado como fundamental de manera autónoma y se vincula directamente con el principio de dignidad humana, en la medida en que responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones decorosas. No solo porque dicha salvaguarda protege

la mera existencia física de la persona, sino porque, además, se extiende a la parte psíquica y afectiva del ser humano.[16]

De acuerdo con los artículos 48 y 49 la Constitución Política y los artículos 153[17] y 156[18] de la Ley 100 de 1993, el servicio a la salud debe ser prestado conforme con los principios de eficacia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad e integralidad, lo que implica que tanto el Estado como las entidades prestadoras del servicio de salud tienen la obligación de garantizarlo y materializarlo sin que existan barreras o pretextos para ello. Al respecto esta corporación, en la sentencia T-576 de 2008, precisó el contenido del principio de integralidad de la siguiente manera:

“16.- Sobre este extremo, la Corte ha enfatizado el papel que desempeña el principio de integridad o de integralidad y ha destacado, especialmente, la forma como este principio ha sido delineado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del mismo modo que por las regulaciones en materia de salud y por la jurisprudencia constitucional colombiana. En concordancia con ello, la Corte Constitucional ha manifestado en múltiples ocasiones que la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del/ de la (sic) paciente[19]. (subrayado fuera de texto).

17.- El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud – SGSSS – deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento[20].” (Subrayado fuera del texto original).

4.2. En esta sentencia también se definieron las facetas del principio de atención integral en materia de salud:

“A propósito de lo expresado, se distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte

Constitucional ha desarrollado el principio de integridad de la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional, social, para nombrar sólo algunos aspectos.[21] La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente.”

4.3. En síntesis, el principio de integralidad, tal y como ha sido expuesto, comprende dos elementos: “(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”[22]. De igual modo, se dice que la prestación del servicio en salud debe ser:

- Oportuna: indica que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado.[23]
- Eficiente: implica que los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir.[24]
- De calidad: esto quiere decir que los tratamientos, medicamentos, cirugías, procedimientos y demás prestaciones en salud, contribuyan a la mejora de las condiciones de vida de los pacientes.[25]

En consecuencia, la materialización del principio de integralidad conlleva a que toda prestación del servicio se realice de manera oportuna, eficiente y con calidad; de lo contrario, se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud.

5. El sistema de pagos moderadores[26] y las enfermedades catastróficas o de alto costo como excepción. [27]

5.1 El Régimen General de Seguridad Social en Salud regulado en la Ley 100 de 1993 contempló la existencia de pagos moderadores para el sostenimiento y racionalización en el uso del sistema de Salud (fundamentado en el principio de solidaridad), aclarando que los mismos no pueden convertirse en barreras de acceso al servicio bajo ninguna circunstancia[28]. El contenido del artículo que los consagra es el siguiente:

“ARTICULO. 187.-De los pagos moderadores[29]. Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema[30], según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del consejo nacional de seguridad social en salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las entidades promotoras de salud, aunque el consejo nacional de seguridad social en salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de promoción de salud del fondo de solidaridad y garantía.

PARAGRAFO.-Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del consejo nacional de seguridad social en salud.”

5.3. En el caso específico de los copagos, el Acuerdo 260 de 2004 señala la siguiente lista de servicios excluidos:

“Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

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.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”.

(subrayado fuera del original)

5.4. Las enfermedades catastróficas o de alto costo constituyen una excepción a la aplicación del sistema de copagos. No obstante, esta Sala de Revisión observa que su definición y alcance no es un asunto completamente resuelto dentro de la normatividad nacional, en la medida en que si bien existe reglamentación que hace referencia a algunas de estas enfermedades, dicha enumeración no puede considerarse taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización impresa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.5. Así lo contempla la Ley 1438 de 2011, que prescribe como deberes del Gobierno Nacional el hecho de garantizar, de una parte, (i) la actualización del POS, “una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios”; y, de otra, (ii) la evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud cada cuatro (4) años, con base en indicadores como “la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo”, con el objeto de complementarlas.[32]

5.6. Han sido varias las entidades que históricamente se han encargado de identificar cuáles enfermedades se pueden considerar como catastróficas. En un principio la

competencia para definir las enfermedades ruinosas o de alto costo le fue otorgada al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-, luego a la Comisión de Regulación en Salud –CRES-, y por último la competencia fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud[33], quien actualmente considera como enfermedades de alto costo las definidas mediante Resolución 2565 de 2007[34] y las previstas en la Resolución 3974 de 2009[35]. Así lo dispuso el Ministerio de Salud mediante concepto núm. 124526 del 15 de junio de 2012, en el que de forma expresa concluyó: “En este orden de ideas y en desarrollo de lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2699 de 2007, se tiene que estando definidas las enfermedades descritas en el artículo 1 de la Resolución 3974 de 2009 como de alto costo, éstas en cumplimiento de lo previsto en el artículo 7 del Acuerdo 260 de 2004, también estarán sujetas a la exoneración del cobro de copagos”. Concepto que tiene los efectos determinados en el artículo 25 del Código Contencioso Administrativo.

5.7. De acuerdo con lo previsto en la Resolución 3974 de 2009, se consideran como enfermedades de alto costo las siguientes:

“Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:

- a) Cáncer de cérvix
- b) Cáncer de mama
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de próstata
- f) Leucemia linfocítica aguda
- g) Leucemia mieloide aguda
- h) Linfoma de Hodgkin
- i) Linfoma no Hodgkin

j) Epilepsia

k) Artritis reumatoidea

l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)".

(subrayado fuera del original)

5.8. Lo anterior se complementa con el actual plan de servicios POS (tanto para el régimen contributivo como subsidiado), contenido en el Acuerdo 029 de 2011[36] y la Resolución 5521 de 2013[37], que aunque no incluyen una definición o un criterio univoco para establecer las enfermedades de alto costo, sí presentan un listado taxativo referente a los procedimientos considerados como tales. Así lo contempla esta última resolución en el Título VI, artículo 126, que prácticamente reproduce el contenido del artículo 45 del Acuerdo 029 de 2011:

"ARTÍCULO 126. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

A. ALTO COSTO REGIMEN CONTRIBUTIVO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.

9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.

10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.

11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

#### B. ALTO COSTO RÉGIMEN SUBSIDIADO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.

2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.

7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.

8. Pacientes con cáncer.

9. Reemplazos articulares.

10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.

11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

12. Manejo del trauma mayor.

Así las cosas, aunque se indica que las “cuotas moderadoras” son establecidas para: (i) “regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso”; (ii) promover “en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”[38]; y (iii) para contribuir en el pago de una “parte del valor del servicio demandado”, con el fin de mejorar el servicio y conseguir la financiación del sistema[39]; ello no significa que dicha situación se sobreponga a la garantía de los derechos fundamentales a la salud y la vida digna, toda vez que, en virtud del concepto de cargas soportables[40], la Corte ha determinado que en aquellos eventos en los que el costo de la prestación del servicio de salud, afecte los recursos económicos que permiten cubrir el mínimo vital del afiliado, es posible prescindir de la obligación de aportar dichos pagos en la medida en que resultan desproporcionados e incompatibles con los lineamientos del principio de cargas soportables y los objetivos de accesibilidad del derecho a la salud[41].

5.10. Sobre el particular esta Corporación ha establecido que existen dos escenarios en los cuales se describe cuando se inaplica el sistema de pagos moderadores ante la insuficiencia económica del paciente o de su núcleo familiar:

“(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”[42].

5.11. De otra parte, se ha indicado que para establecer si el cobro de los pagos moderadores realmente compromete el mínimo vital y con ello el derecho a la salud de una persona, es necesario tener en cuenta unas reglas jurisprudenciales en materia de valoración probatoria, que deben ser aplicadas en los casos en los que los peticionarios aleguen la imposibilidad económica de asumir los copagos exigidos durante la prestación de un servicio de salud. Las reglas establecidas 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; (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”[43].

5.12. En síntesis, se debe decir que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de “alto costo” adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.

Así mismo, se debe recordar que aunque se acoge la lista de enfermedades de “alto costo” dispuesta en la Resolución 3974 de 2009[44] (para efectos de demostrar qué enfermedades ya han sido clasificadas como tal en razón a su complejidad en el tratamiento y manejo), ello no significa que esta lista pueda ser considerada como un catálogo estático e inmodificable, en la medida en que el mismo debe sujetarse a actualización conforme a lo previsto en el ordenamiento jurídico.

Por último, se ha establecido jurisprudencialmente que, en aquellos eventos en los que corrobore que un usuario del servicio de salud y su familia no cuente con los recursos económicos suficientes para asumir el pago de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación según el régimen al que pertenezca, porque con su cancelación se afecta el mínimo vital, es posible su exención en el pago, siempre y cuando se compruebe que al asumir este costo se afecta el mínimo vital del paciente y de su núcleo familiar.

## 6. Caso Concreto

6.1. La controversia planteada en el presente caso surge por la respuesta negativa de Alianza Medellín Antioquia EPS SAS y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, ante la solicitud de exoneración de copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación presentada por la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo[45], durante el tratamiento de sus múltiples patologías: “Diabetes Mellitus insulín dependiente con complicaciones oftálmicas y neurológicas, síndrome de Sjögren, cirrosis hepática, hipertensión arterial, dislipidemia, sangrado digestivo, várices esofágicas, artritis, úlcera bulbar activa, colelitiasis, sepsis de origen urinario y pulmonar, vitíligo, entre otras afecciones”. Lo anterior, teniendo en cuenta que se trata de una persona de 52 años de edad, viuda, desempleada, sin pensión, cuyos familiares cercanos se encuentran desprovistos de ingresos económicos.

Para abordar el presente asunto la Sala determinará si las enfermedades padecidas por la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo y su situación económica se adecúan o no a los requisitos previstos en el ordenamiento jurídico para la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

6.2. De acuerdo a la historia clínica aportada al expediente[46], se corrobora que Martha Libia Saldarriaga Mazo padece las siguientes enfermedades:

DIAGNÓSTICO

FOLIO

FECHA

Síndrome icterico en estudio.

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

113

20/08/2012

Várices esofágicas grado II

Artritis mínima BxS, Ulcera Bulbar Activa (Forrest III)

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

54, 55, 113

22/08/2012

Gastritis crónica

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

95

27/08/2012

Ictericia no especificada

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

119

01/09/2012

Cirrosis Biliar

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

103

28/09/2012

Diabetes Mellitus Insulinodependiente, cirrosis hepáticas HTA, DLP

NEOVID IPS

61, 63, 107,109,113,130

21/01/2013

Cirrosis de hígado, otras enfermedades especializadas de las vías biliares, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, insulinodependiente con complicaciones neurológicas

Hospital Pablo Tobón Uribe

7,107,109

20/03/2013

Enfermedad tóxica del hígado con cirrosis y fibrosis del hígado

IPS Universitaria Universidad de Antioquia

81, 85

20/03/2013

Síndrome Sjogren

Hospital Marco Fidel Suarez

6

28/05/2013

Diabetes Mellitus con complicaciones oftálmicas

6

28/05/2013

Colelitis, Hepatitis B, trastornos de la coroides y de la retina, retinopatía diabética

Alianza Medellín Antioquia

8

29/08/2013

Cirrosis

Alianza Medellín Antioquia

13

29/08/2013

Cirrosis de hígado, otras enfermedades especializadas de las vías biliares, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, insulín dependiente con complicaciones neurológicas, vitíligo

Hospital Pablo Tobón Uribe

14,61-63,107-109,130

23/10/2013

Sepsis, ascitis, otras, cirrosis del hígado y otras o especificadas hipertensión arterial,

dislipidemia, diabetes mellitus, insulín dependiente con complicaciones neurológicas, vitíligo, epistaxis, nefropatía.

Hospital Pablo Tobón Uribe

133

23/10/2013

Varias de las cuales son calificadas como catastróficas y se encuentran incluidas implícitamente dentro de la normatividad citada en los considerandos del fundamento 5 de esta providencia.

6.3. En virtud de lo previsto en el artículo 7º del Acuerdo 260 de 2004, los pacientes con estos padecimientos están exentos tanto de copagos como de la cancelación de cuotas moderadoras o cuotas de recuperación durante su tratamiento. Esto en atención a que se trata de enfermedades crónicas respecto de las cuales opera la excepción contemplada en el párrafo 2º del artículo 6 del Acuerdo 260 de 2004, que indica lo siguiente:

“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”.

6.4. De lo anterior se concluye que en este caso resulta procedente el amparo invocado por la señora Martha Libia Saldarriaga contra Alianza Medellín Antioquia EPS SAS y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, respecto a la exoneración de la cancelación de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación.

6.5. Si bien la anterior consideración resulta suficiente para conceder el amparo y ordenar la exoneración solicitada, esta Sala de Revisión considera pertinente recordar que la señora Martha Libia Saldarriaga está clasificada en el nivel 2 del Sisbén y en las declaraciones rendidas tanto por ella como por su hija Sandra Liliana se concluye que no tienen recursos económicos suficientes para sobrevivir y seguir asumiendo los costos que le generan los tratamientos de sus múltiples enfermedades. Situación que no puede convertirse en este caso en una barrera de acceso para los más pobres, ni afectar desproporcionadamente el

mínimo vital de la peticionaria y su familia.

Así las cosas, contrario a lo expresado en este caso por el representante legal de la EPS del régimen subsidiado accionada, el hecho de que un usuario del sistema pertenezca al nivel 2 del Sisbén, no lo veta para ser acreedor de los beneficios de la exoneración de los copagos en situaciones en las que se corrobora que efectivamente existe una afectación de su mínimo vital. Por el contrario, lo que jurisprudencialmente se ha establecido es que por el hecho de estar afiliado al Sisbén como beneficiario del régimen subsidiado se presume la incapacidad económica.[47]

6.6. Por los motivos antes expuestos la Sala procederá a revocar la sentencia de segunda instancia, que negó la protección de los derechos a la vida digna, salud y seguridad social invocados por la peticionaria y en su lugar tutelaré los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la seguridad social.

Así mismo, ordenara a Alianza Medellín Antioquia EPS SAS y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia que exoneren a la señora Martha Libia Saldarriaga de los copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación que puedan causarse por los servicios de salud que requiera durante el tratamiento de sus múltiples patologías, hasta tanto se conserve tanto el carácter catastrófico de los padecimientos como la situación económica que originó la protección constitucional.

### III. DECISIÓN

#### RESUELVE

Primero: REVOCAR la Sentencia proferida el 18 de febrero de 2014 por la Sala Penal del Tribunal Superior de Medellín, que revocó la decisión emitida por el Juzgado Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Girardota (Antioquia) en el proceso de la referencia. En su lugar, CONCEDER la protección de los derechos fundamentales a la vida digna, salud y seguridad social de la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo.

Segundo: ORDENAR al representante legal de Alianza Medellín Antioquia EPS SAS, o a quien haga sus veces, y al Director (a) de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, o a quien haga sus veces, que a lo sucesivo se abstengan de realizar cobros por concepto de

copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación por la prestación de los servicios en salud que tenga que brindar a la señora Martha Libia Saldarriaga Mazo para el tratamiento integral de las múltiples patologías de carácter catastrófico que padece.

Lo anterior mientras se conserve tanto el carácter catastrófico de los padecimientos como la situación económica que originó la protección constitucional de la paciente.

Por Secretaría General, LÍBRESE la comunicación a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ANDRES MUTIS VANEGAS

Secretario General (E)

[1] En el escrito de tutela la señora Sandra Liliana Virgen Saldarriaga manifiesta que actúa en representación de su señora madre, Martha Libia Saldarriaga. No obstante, durante el trámite de tutela, el juez penal del circuito de Girardota, cita a la representada a rendir su declaración sobre los hechos y es esta última quien finalmente corrobora y allega su historia clínica manifestando que está en imposibilidad física y económica de seguir asumiendo los costos de sus padecimientos.

[2] Escrito de contestación folios 169 y 170 del cuaderno de instancias.

[3] Folio 16 del cuaderno de instancias.

[4] Folio 4 del cuaderno de instancias.

[5] Folios 6 al 17 del cuaderno de instancias.

[6] Folios 30 al 168 del cuaderno de instancias.

[7] Corte Constitucional, Sentencia T-201 de 2009, al respecto se señala: “Esta Corporación en un amplio estudio contenido en la Sentencia T-760 de 2008, reiteró la abundante jurisprudencia constitucional relacionada con la protección del derecho fundamental a la salud. En dicha providencia se explicó que la Corte ha protegido de tres formas este derecho: (i) en una época fijando la conexidad con derechos fundamentales expresamente contemplados en la carta, asemejando aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitiendo su protección por medio de la acción de tutela; (ii) advirtiendo su naturaleza fundamental en situaciones en las que se encuentran en peligro o vulneración de sujetos de especial protección, (como niños, discapacitados, ancianos[7], entre otros); (iii) argumentando la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley, la jurisprudencia y los planes obligatorios de salud, con la necesidad de proteger una vida en condiciones dignas, sin importar cual sea la persona que lo requiera.”.

[8] En este aparte la Corte sigue las consideraciones de la Sentencia T-039 de 2013 proferida por esta Sala de Revisión.

[9] El artículo 2° de la ley 100 de 1993 define los principios sobre los cuales debe basarse el servicio público esencial de seguridad social y la forma como debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, así:

“a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (...)

d. INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la

capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley; (...)”

[10] Corte Constitucional, Sentencia T-016 de 2007.

[11] Al respecto es oportuno referir lo expuesto en la sentencia T-581 de 2007, donde esta corporación señaló: “A su turno, la urgencia de la protección del derecho a la salud se puede dar en razón a, por un lado, que se trate de un sujeto de especial protección constitucional (menores, población carcelaria, tercera edad, pacientes que padecen enfermedades catastróficas, entre otros), o por otro, que se trate de una situación en la que se puedan presentar argumentos válidos y suficientes de relevancia constitucional, que permitan concluir que la falta de garantía del derecho a la salud implica un desmedro o amenaza de otros derechos fundamentales de la persona, o un evento manifiestamente contrario a la idea de un Estado constitucional de derecho. Así, el derecho a la salud debe ser protegido por el juez de tutela cuando se verifiquen los anteriores criterios.”

[12] Relacionadas con el principio de continuidad en la prestación del servicio, entre muchas otras, pueden verse las sentencias: T-059 de 1997, T-515 de 2000, T-746 de 2002, C-800 de 2003, T-685 de 2004, T-858 de 2004, T-875 de 2004, T-143 de 2005, T-305 de 2005, T-306 de 2005, T-464 de 2005, T-508 de 2005, T-568 de 2005, T-802 de 2005, T-842 de 2005, T-1027 de 2005, T-1105 de 2005, T-1301 de 2005, T-764 de 2006, T-662 de 2007, T-690 A de 2007, T-807 de 2007, T-970 de 2007 y T-1083 de 2007.

[14] En la sentencia T-790 de 2012 esta corporación indicó: “Por consiguiente, fue con la Observación General 14 que se estableció que el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado en el más alto nivel posible que les permita a las personas vivir en condiciones dignas.// En concordancia con lo anterior, la Corte Constitucional ha identificado diversos escenarios de protección donde el suministro de ciertos medicamentos o procedimientos resultan necesarios para procurar la garantía de la dignidad humana de las personas que atraviesan por especiales condiciones de salud. Verbigratia, sobre las personas que tienen dificultades de locomoción y que por este motivo no pueden realizar sus necesidades fisiológicas en condiciones regulares, este Tribunal indicó://siendo este aspecto uno de los más íntimos y fundamentales del ser humano, los accionantes tienen derecho a acceder al

servicio de salud que disminuya la incomodidad en intranquilidad que les genera su incapacidad física. Si bien los pañales desechables no remedian por completo esta imposibilidad, sí permiten que las personas puedan gozar de unas condiciones dignas de existencia.”

[15] En este acápite la Corte sigue las consideraciones plasmadas en la sentencia T- 073 de 2012, proferida por esta misma Sala.

[16] Al respecto se pueden consultar, entre otras, las sentencias T- 016 de 2007, T-173 de 2008, T-760 de 2008, T-820 de 2008, T-999 de 2008, T-931 de 2010, T-566 de 2010, T-022 de 2011 y T-091 de 2011.

[17]El numeral 3° del artículo 153 de la ley 100 de 1993 enuncia el principio de integralidad en la prestación del servicio de la siguiente manera: “El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

[18] El literal c del artículo 156 de la misma ley dispone que “Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud.”

[19] Consultar Sentencia T-518 de 2006.

[20] Esta posición jurisprudencial ha sido reiterada en diferentes fallos, dentro de los cuales pueden señalarse a manera de ejemplo los siguientes: T-830 de 2006, T-136 de 2004, T-319 de 2003, T-133 de 2001, T-122 de 2001 y T-079 de 2000.

[21] Sobre el particular se puede consultar las sentencias T-307 de 2007 y T-016 de 2007, entre muchas otras.

[22] Corte Constitucional, Sentencias T-103 de 2009 y T-022 de 2011.

[23] Sobre el derecho al diagnóstico en la sentencia T-139 de 2011 se recordó la siguiente

regla jurisprudencial: “Finalmente, ante la falta de exámenes diagnósticos para determinar la necesidad de un servicio de salud, situación que se presenta en los expedientes T-2827008, Lilia Aurora Jiménez de Hurtado; T-2830317, Luis Jaime Palomino; T-2839905, David Amaris Correa y T-2854465; María Lía Correa Restrepo, el problema jurídico a resolver es ¿vulnera una entidad encargada de prestar servicios de salud los derechos fundamentales de un usuario, cuando le niega el acceso a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud? La respuesta a este interrogante es afirmativa. La jurisprudencia constitucional ha señalado que toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud. Al respecto, es importante mencionar el apartado [4.4.2.] de la sentencia T-760 de 2008, en el cual esta Corporación sostuvo: (...) en ocasiones el médico tratante requiere una determinada prueba médica o científica para poder diagnosticar la situación de un paciente. En la medida que la Constitución garantiza a toda persona el acceso a los servicios de salud que requiera, toda persona también tiene derecho a acceder a los exámenes y pruebas diagnósticas necesarias para establecer, precisamente, si la persona sufre de alguna afección a su salud que le conlleve requerir un determinado servicio de salud. Esta es, por tanto, una de las barreras más graves que pueden interponer las entidades del Sistema al acceso a los servicios que se requieren, puesto que es el primer paso para enfrentar una afección a la salud. Así pues, no garantizar el acceso al examen diagnóstico, es un irrespeto el derecho a la salud.”

[24] Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008: “una EPS irrespeto el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio, con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité Técnico Científico. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.”. Ante la ausencia de un procedimiento para que las EPS tramiten las autorizaciones de servicios de salud no incluidos en el POS, cuando éstos son diferentes a un medicamento, en el apartado 6.1.3. de la sentencia T-760 de 2008, la Corte señaló que hasta tanto el legislador no expida las normas correspondientes, le compete al Comité Técnico Científico, el cual autoriza los medicamentos no incluido en el POS, autorizar también los tratamientos, procedimientos o intervenciones.

[25] Sentencia T-922 de 2009.

[26] Confróntese con la Sentencia T-073 de 2013 proferida por esta Sala de Revisión.

[27] Confróntese con la Sentencia T-894 de 2013 proferida por esta Sala de Revisión.

[28] Sobre el particular en la Sentencia C-542 de 1998 se advirtió: “(...) de la misma manera como esta Corporación lo hizo en la Sentencia C-089 de 1.998, ya aludida, la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas 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.”

[29] Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-542 de 1998.

[30] Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-542 de 1998.

[31] “Artículo 3º. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.// Parágrafo. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes”.

[32] Corte Constitucional, Sentencia T-894 de 2013.

[33] Decreto 2562 de 2012.

[34] Que declaró la enfermedad renal crónica como de alto costo, y fijó las actividades de protección específica, detección temprana y atención de la misma

[35] “Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo.”

Diario Oficial núm. 47.516 del 28 de octubre de 2009.

[36] “Por medio del cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”. “Artículo 45. Alto costo. Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea.//2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.// 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.//4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.//5. Reemplazos articulares.// 6. Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado.// 7. Manejo del trauma mayor.//8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.// 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. //
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. //
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

[37] “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”.

[38] Acuerdo 260 de 2004, artículo 1.

[39] Acuerdo 260 de 2004, artículo 2.

[40] Sobre el concepto de carga soportable, se puede consultar, entre otras, la Sentencia T-400 de 2009. En esta ocasión, a raíz de la solicitud de reliquidación de una pensión la Corte señaló que, al “existir diferentes mínimos vitales, es una consecuencia lógica que hayan distintas cargas soportables para cada persona. Para determinar esto, es necesario indicar que entre mayor sea el ingreso de una persona, mayor es la carga que puede soportar y, por ende, la capacidad de sobrellevar con mayor ahínco una variación en el caudal pecuniario que reciba”.

[41] Sentencia T-666 de 2004.

[42] Sentencias T-330 de 2006, T-563 de 2010, T-725 de 2010 y T-815 de 2012.

[43] Ver sentencias T-113 de 2002, T-829 de 2004, T-306 de 2005, T-022 de 2011 y T-648 de 2011, entre otras.

[44] Emitidas en su momento por el Ministerio de Salud.

[45] Al respecto se aclara que aunque en principio se indicó que quien interpuso la acción de tutela fue la señora Sandra Liliana Virgen Saldarriaga, hija de la peticionaria, durante el trámite de tutela la señora Martha Libia Saldarriaga se acercó al Juzgado de instancia y rindió declaración en la que corroboró los hechos y allegó su historia clínica. v

[46] Folios 30 a 168 del cuaderno de instancias.

[47] Sobre el particular se pueden consultar las sentencias T-113 de 2002, T-829 de 2004, T-306 de 2005, T-022 de 2011 y T-648 de 2011 entre otras.