

Sentencia T-783/06

DERECHO A LA SALUD-Práctica de cateterismo/DERECHO A LA SALUD-Exigencia de periodo mínimo de cotización

El caso se ajusta a las reglas establecidas por la Corte Constitucional para reconocer el amparo invocado como quiera que: i) La falta del procedimiento ordenado pone seriamente en peligro su vida, en la medida en que existe un antecedente de “comunicación interventricular e insuficiencia mitro-aórtica” el cual es catalogado por el propio sistema de salud como enfermedad ruinosa y catastrófica, (es decir, de alto riesgo); ii) no figura dentro del expediente algún elemento de convicción indicativo de que dicho procedimiento pueda ser reemplazado por otro que no esté sometido a semanas mínimas de cotización; iii) la actora manifestó que no cuenta con los medios económicos necesarios para sufragar el excedente del 35% que le exige la entidad prestadora de salud y tal afirmación no fue desvirtuada por la demandada ni por el Juez de instancia; y iv) es evidente que el médico tratante de la señora se encuentra adscrito a la E.P.S., puesto que la misma nunca lo ha desconocido y su renuencia se circunscribe al cubrimiento total del procedimiento.

Referencia: expediente T-1377081

Acción de tutela instaurada por Noralba Gutiérrez Murillo en contra de Salud Total E.P.S.

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Bogotá D.C., catorce (14) de septiembre de dos mil seis (2006).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados JAIME ARAÚJO RENTERÍA, NILSON PINILLA PINILLA y MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

que pone fin al proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas (Risaralda) el 23 de mayo del presente año, dentro de la acción de tutela incoada por Noralba Gutiérrez Murillo en contra de Salud Total E.P.S.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1.1. La señora Noralba Gutiérrez Murillo se encuentra afiliada a la E.P.S. Salud Total, desde hace aproximadamente 84 semanas¹ y cotiza como dependiente del empleador Guillermo

Pulgarín. En su escrito de tutela manifiesta que no cuenta con recursos económicos y que de ella dependen sus padres.

1.2. La actora cuenta con 22 años de edad y hace cerca de dos (2) le fue diagnosticado un soplo cardiaco patológico”; a través de un ecocardiograma se evidenció “insuficiencia valvular aórtica tricúspidea, mitral, y posible comunicación interventricular”. Su cardiólogo, a raíz de episodios de dolor precordial, el 21 de febrero pasado ordenó se le practicara un cateterismo coronario y valvular (derecho e izquierdo) para determinar el procedimiento a seguir.

1.3. La E.P.S., el 8 de marzo siguiente, autorizó la cobertura del 65% del procedimiento argumentando que la solicitante no contaba con el término mínimo de 100 semanas cotizadas, previsto en el artículo 61 del Decreto 806 de 1998 por tratarse de una enfermedad ruinosa o catastrófica y un procedimiento de alto costo. En consecuencia, le recomendó a la peticionaria dirigirse a la respectiva I.P.S. para obtener una cotización del valor de la intervención y la hospitalización, y así determinar si “está dispuesto(a) a asumir el (35%) del valor total de la cuenta generada por la I.P.S. por concepto del tratamiento solicitado”

2. Las pretensiones

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

3. La respuesta de la Entidad Promotora de Salud

En escrito presentado el 22 de mayo último, el Gerente de Salud Total, sucursal Pereira

argumentó en su defensa que el procedimiento requerido por la accionante estaba catalogado en la Resolución 5261 de 1994 “como una enfermedad ruinosa y catastrófica a quien (sic) se le aplica el período mínimo de cotización de 100 semanas”³ motivo por el cual a la “accionante o a sus familiares les corresponde asumir el excedente [al 74%] que no cubre Salud Total”.

Agregó la demandada, que en virtud del párrafo del artículo 28 y el artículo 61 del Decreto 806 de 1998, correspondía a la tutelante acudir a las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado para la obtención del servicio y como quiera que no estaba acreditada su falta de capacidad de pago, solicitó al Juez de instancia requerir a la Oficina de Instrumentos Públicos, a la Secretaría de Tránsito y Transporte y a la Cámara de Comercio, para que informaran sobre los bienes muebles, vehículos y sociedades que figuren a nombre de la señora, teniendo en cuenta que “el costo del Cateterismo Cardíaco es de \$1.5000.000 pesos”.

4. La decisión objeto de revisión.

El Juez Primero Civil Municipal del municipio de Dosquebradas (Risaralda) denegó el amparo solicitado por la señora Gutiérrez Murillo. Fundamentó su determinación, en que al tratarse de una enfermedad catastrófica le estaba obligado cumplir con el mínimo de cotización de 100 semanas para el acceso a la prestación de servicios de alto costo, tomando en cuenta que además de proteger la salud, el sistema también debía buscar garantizar su estabilidad y funcionamiento y que en caso contrario, debía cancelar el porcentaje equivalente a la cantidad de semanas faltantes.

Estimó el funcionario que habida cuenta que la capacidad de pago se presume del hecho de

pertenecer al régimen contributivo la accionante estaba en la obligación de acudir a una “institución pública o privada con la cual el Estado tenga contrato” demostrando que no tiene capacidad de pago para acceder al procedimiento, situación que debía serle informada por la E.P.S. Concluyó el Juez de instancia que la actora contaba con tres alternativas para obtener la atención i) “Esperar que se cumpla el mínimo de semanas requerido”, ii) “cancelar el excedente del valor del tratamiento o equivalente al número de semanas que faltan por cotizar” y iii) “acudir a una institución pública o privada con la que el estado tenga contrato, a fin de obtener atención, demostrando que no tiene capacidad de pago”.

5. Las pruebas relevantes.

5.1. Fotocopia de la orden de procedimiento expedida por el médico cardiólogo Nelson Figueroa, del Centro Radiológico Radiólogos Asociados⁴.

5.2. Fotocopia de la autorización de servicios expedida por Salud Total en la que se indica “cobertura máxima 65%”⁵.

5.3. Escrito de la Entidad Promotora de Salud de fecha 8 de marzo del presente año, en el cual se da respuesta a la solicitud de autorización presentada por la señora Gutiérrez Murillo⁶.

5.4. Escrito de tutela.⁷

5.5. Escrito de contestación a la acción de tutela presentado por la entidad demandada⁸.

5.6. Fotocopia del carné de afiliación a la E.P.S.9

II. FUNDAMENTOS Y CONSIDERACIONES.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

De conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, la Corte Constitucional es competente para revisar las decisiones judiciales mencionadas en precedencia.

2. El problema jurídico.

Con base en los anteriores planteamientos se pregunta la Corte Constitucional ¿si la E.P.S. Salud Total ha vulnerado los derechos fundadementales de la señora Noralba Gutiérrez Murillo a la salud, a la vida, y a la seguridad social al negarle el cubrimiento total del procedimiento prescrito por su médico tratante “cateterismo coronario y valvular”

Para resolver el anterior interrogante, la Sala analizará las reglas establecidas por la jurisprudencia constitucional en materia de restricciones y copagos en el plan obligatorio de salud y la capacidad económica de la accionante para costear el excedente del valor total del procedimiento que no cubre la entidad prestadora de salud

3. Las restricciones del plan obligatorio y la Jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Los derechos a la salud, a la vida y a la integridad personal devienen su importancia como derechos fundamentales en la primacía del bien jurídico que representan, a partir del cual se desarrollan los demás derechos inherentes al ser humano, los cuales ha garantizado de manera principal la Constitución Política de 1991 en su artículo 11, para todos los miembros del Estado Social y Democrático de Derecho Colombiano.

La Jurisprudencia de esta Corporación ha dicho con suficiencia que cuando la ausencia de protección inmediata del derecho a la salud afecta el derecho a la vida de las personas ha de protegerse el primero en aras de evitar un daño inminente sobre la vida o integridad personal de quien demanda el servicio. Y ha recabado en la exoneración de copagos o en la inaplicación de requisitos establecidos en el plan obligatorio de salud para acreditar la cobertura total de la prestación de los mismos¹⁰.

Así en la sentencia T-142 de 2002¹¹, la Sala Séptima de Revisión al conceder el amparo demandado por una persona enferma de V.I.H. a quien el Seguro Social se negaba a practicarle la prueba de carga viral reiteró las reglas que en sentencia de unificación SU-819 de 1999 se ventilaron como requisitos de procedencia de la acción para casos como el que nos ocupa:

«(...) La regla general, según la cual, el usuario que no cumpla con el período de cotización legal debe contribuir al pago de su tratamiento, encuentra una fundada y explicable excepción en los casos en que la persona que demanda la prestación del servicio no cuenta con los recursos suficientes para sufragar los gastos que su mejoramiento impone. Este punto fue objeto de discusión de una sentencia de unificación (la SU-819 de 1999)¹², que ahora es preciso reiterar:

“[L]o que no esté cubierto en principio por el POS, bien por no reunirse el número mínimo de semanas de cotización, o por tratarse de una actividad, procedimiento, intervención o medicamento que se encuentre excluido del POS, debe asumirlo el usuario o afiliado en los términos señalados. Sin embargo, si la persona acredita, mediante un balance certificado por contador, o a través de la declaración de renta o del certificado de ingresos, no poder asumir el pago de aquellas prestaciones que no estén cubiertas por el POS a título de copago por falta de recursos, deberán ser atendidos él o sus beneficiarios por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato, las cuales tendrán derecho a cobrar una cuota de recuperación, de acuerdo a las normas vigentes”¹³.

Así, en los casos en los que una persona afiliada a una E.P.S. solicita que se le brinde un tratamiento o un medicamento al que no tiene derecho según el P.O.S., por no haber cotizado las semanas necesarias, la entidad requerida está en la obligación de concederlo siempre y cuando: (1) la falta del tratamiento o medicamentos sometidos a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; (2) ese tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; (3) el interesado no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie; (4) el procedimiento médico haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. a la que se está solicitando el tratamiento¹⁴; y (5) el accionante no pueda cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y dicha imposibilidad es demostrada en el proceso.»

En este sentido se pronunció recientemente esta Sala de Revisión en la sentencia T-560 de 2006¹⁵ al tutelar los derechos fundamentales de una usuaria del sistema contributivo de salud a quien Salud Colpatria le negaba el suministro de medicamentos excluidos del plan obligatorio de salud, aduciendo capacidad de aquella para cubrir su costo.

«El desarrollo legal más importante de los derechos constitucionales a la salud y a la seguridad social es el Sistema de Seguridad Social Integral; así que cuando el desconocimiento injustificado de las prestaciones económicas o asistenciales consagradas en este sistema repercute directamente en la afectación de derechos fundamentales como el mínimo vital, la vida o la dignidad humana, procede la acción de tutela para reclamar el pago de mesadas pensionales, licencias de maternidad o la prestación de servicios médicos.

En este orden de ideas, con relación a este último tipo de servicios, tenemos que en aras de proteger efectivamente los derechos fundamentales de las personas, la jurisprudencia constitucional ha aceptado la procedencia de la acción de tutela para obtener la prestación de servicios médicos, incluso, de aquellos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, ordenando para tal efecto la inaplicación de las normas legales o reglamentarias referentes a las exclusiones de este plan o la aplicación directa de las normas constitucionales. Así, en lo que se refiere a este último aspecto, la jurisprudencia ha expuesto que por vía de tutela puede ordenarse la prestación de servicios médicos excluidos del POS cuando: (i) la falta del medicamento o procedimiento amenaza o vulnera los derechos fundamentales a la vida o la integridad personal del afiliado, lo cual se presenta no sólo cuando existe inminente riesgo de muerte sino también cuando se afectan con dicha omisión las condiciones de existencia digna; (ii) el medicamento o procedimiento excluido no pueda ser reemplazado por otro que figure dentro del POS o cuando el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que aquel; (iii) el paciente no tenga capacidad de pago para sufragar el costo de los servicios médicos que requiera y no pueda acceder a ellos a través de ningún otro sistema o plan de salud; y (iv) estos últimos hayan sido prescritos por un médico adscrito a la entidad de seguridad social a la cual esté afiliado el accionante.¹⁶» (negritas fuera de texto).

Ahora bien, en cuanto a la capacidad económica de los usuarios del sistema para asumir copagos y cuotas moderadoras la Sala estima oportuno reiterar que el principio al cual deben sujetarse las entidades prestadoras de salud, indica que la obligación de desvirtuar la manifestación de carencia de recursos efectuada por los peticionarios, radica en ellas, como quiera que se parte de la presunción de buena fe que cobija este tipo de afirmaciones

indefinidas.

Presunción que además se encuentra corroborada con la categoría (A)¹⁷ de afiliación en la cual se encuentra clasificada como aportante la señora Gutiérrez, la cual corresponde a ingresos inferiores a los dos salarios mínimos mensuales legales vigentes¹⁸. De donde resulta consecuente presumir que la capacidad económica de la accionante es precaria.

En la sentencia T-683 de 2003¹⁹, citada por la misma entidad demandada en su escrito de contestación²⁰, se recogieron los presupuestos a tenerse en cuenta para determinar la capacidad económica del solicitante, en dicha oportunidad se consideró que:

“(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”. [Subraya

fuera de texto] 21 (negrillas fuera de texto).

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

4. Caso concreto.

A la señora Nhoralba Gutiérrez Murillo, quien cuenta con 22 años de edad y tiene un antecedente de “insuficiencia valvular aórtica tricúspidea, mitral, y posible comunicación interventricular”, después de haber sufrido episodios de dolor precordial, le fue prescrito por su médico tratante un cateterismo coronario y valvular (derecho e izquierdo) para determinar la conducta médica a seguir en el manejo de la enfermedad que padece.

La entidad demandada se niega a practicar el procedimiento prescrito hasta tanto la accionante no cubra el excedente del costo total de la intervención, en la medida que no ha cotizado las 100 semanas de que habla el artículo 61 del decreto 806 de 1998.

La actora se encuentra afiliada a la E.P.S. Salud Total desde el 23 de marzo de 2004, estratificada en el rango salarial “A” y manifiesta que devenga el salario mínimo, que de ella dependen sus padres y que no está en capacidad económica de sufragar el excedente monetario que la entidad prestadora de salud le exige para cubrir el examen prescrito.

En lo que tiene que ver con la solvencia económica de la actora, la Sala concluye que frente a negaciones indefinidas como la expresada por la accionante de carecer de los recursos necesarios para “sufragar los sobrecostos de estos exámenes”²² la carga de la prueba para demostrarla había sido invertida, y por consiguiente, Salud Total estaba llamada a desvirtuar la incapacidad de la señora Gutiérrez Murillo para asumir el excedente del 65% del valor total del procedimiento, del cual le informó debía hacerse cargo, circunstancia que hasta el

momento no ha tenido lugar, como tampoco fue efectuada por el funcionario de instancia.

Adicionalmente, cuestiona esta Sala de Revisión la razón por la cuál en comunicación del 8 de marzo pasado la Entidad Promotora de Salud remitió a la peticionaria a la I.P.S. con el propósito de que ésta solicitara “una cotización aproximada del costo de la intervención y de la hospitalización” y así “pu[diera] saber si est[aba] en condiciones de cumplir el requisito legal de manifestar por escrito a Salud Total que USTED está dispuesto (a) asumir el (35%) del valor total de la cuenta generada por la I.P.S.” de donde se infiere que Salud Total presumía la imposibilidad de la solicitante para cubrir los costos del procedimiento; por consiguiente, no se entiende por qué motivo, bajo tal circunstancia no dio aplicación a los mandatos constitucionales y legales y esperó hasta que la peticionaria pusiera en movimiento el aparato judicial argumentando entonces, como mecanismo de defensa para justificar su inoperancia que el procedimiento sólo tiene un valor de \$1.500.000,00 y que corresponde a la interesada demostrar que no cuenta con el dinero necesario para sufragar dichos costos.

Por otra parte, la Sala estima oportuno recordar, que la interpretación normativa debe hacerse de manera integral y sistemática, siempre, a la luz del ordenamiento constitucional, de manera que no les es dado a las entidades prestadoras de salud sobreponer intereses económicos ante bienes tan caros como la vida y la integridad personal de los afiliados, desconociendo que las propias normas contemplan mecanismos suficientes y expeditos que permiten proteger los derechos fundamentales de los individuos sin necesidad de obligarlos a accionar el aparato jurisdiccional para obtener la satisfacción de sus necesidades más básicas como son la salud, la seguridad social y la misma vida.

En conclusión, la Sala encuentra que Salud Total contaba con los siguientes elementos de convicción que le permitían inferir razonadamente que la tutelante no disponía de los recursos suficientes para cubrir el excedente del examen requerido y que su estado delicado de salud ameritaba la prestación del servicio: i) el diagnóstico efectuado por médicos

adscritos a la E.P.S.; ii) la afirmación indefinida, no desvirtuada de la peticionaria de no contar con los recursos necesarios para cubrir el excedente; y i) la presunción derivada del nivel de estratificación salarial que tenía el 8 de marzo pasado, cuando le recomendó a la accionante dirigirse a la I.P.S. para que con base en la cotización del valor total del procedimiento (el cual de suyo conocía \$1.500.000) manifestara si estaba dispuesta a sumir el 35% del valor total de la cuenta generada.

Atendiendo a lo dicho anteriormente, la Corte estima que la E.P.S. Salud Total ha debido autorizar el examen requerido por la actora, tomando en cuenta que estaba llamada a facilitarle la prestación del servicio de salud y no a dilatar la práctica del procedimiento a una usuaria, quien tiene seriamente en riesgo su salud y su vida. En consecuencia, considera que se han vulnerado los derechos fundamentales de la peticionaria a la seguridad social y a la salud con amenaza de su vida, al negársele la práctica del procedimiento prescrito por su médico tratante, hasta tanto no efectuara el pago del excedente exigido por la entidad promotora de salud, habida cuenta que se encuentra en juego el tratamiento que debe recibir ante el delicado pronóstico que presenta.

En síntesis, el caso de la señora Gutiérrez se ajusta a las reglas establecidas por la Corte Constitucional para reconocer el amparo invocado como quiera que: i) La falta del procedimiento ordenado pone seriamente en peligro su vida, en la medida en que existe un antecedente de “comunicación interventricular e insuficiencia mitro-aórtica” el cual es catalogado por el propio sistema de salud como enfermedad ruinosa y catastrófica,²³ (es decir, de alto riesgo); ii) no figura dentro del expediente algún elemento de convicción indicativo de que dicho procedimiento pueda ser reemplazado por otro que no esté sometido a semanas mínimas de cotización; iii) la actora manifestó que no cuenta con los medios económicos necesarios para sufragar el excedente del 35% que le exige la entidad prestadora de salud y tal afirmación no fue desvirtuada por la demandada ni por el Juez de instancia; y iv) es evidente que el médico tratante de la señora Gutiérrez, se encuentra adscrito a la E.P.S., puesto que la misma nunca lo ha desconocido y su renuencia se circunscribe al cubrimiento total del procedimiento.

En este orden de ideas la Sala revocará la decisión adoptada por el Juez Primero Civil Municipal de Dosquebradas (Risaralda) y en su lugar concederá el amparo de los derechos fundamentales a la seguridad social, a la salud y a la vida de la accionante, ordenando a la E.P.S. Salud Total que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente determinación, autorice el cubrimiento total del procedimiento “cateterismo coronario y valvular (derecho e izquierdo)” prescrito a la paciente Nhoralba Gutiérrez Murillo y el suministro de los medicamentos que su tratamiento demanden, los cuales deberán practicarse de forma inmediata, sin que se le imponga a la misma erogación alguna derivada del incumplimiento en el período de cotizaciones requerido.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Finalmente, señalar que Salud Total podrá repetir, en el caso concreto, contra el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por las sumas de dinero que legal y reglamentariamente no sean de su cargo.

III. DECISIÓN.

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

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR, por las razones expuestas en esta providencia, la sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas (Risaralda) el 23 de mayo de 2006, dentro de la acción de tutela incoada por Nhoralba Gutiérrez Murillo contra la E.P.S. Salud Total.

SEGUNDO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida, de la señora, Nhoralba Gutiérrez Murillo, los cuales han sido vulnerados por la entidad demandada.

TERCERO: ORDENAR a la E.P.S. Salud Total que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente determinación, autorice el cubrimiento total del procedimiento “cateterismo coronario y valvular (derecho e izquierdo)” prescrito a la paciente y el suministro de los medicamentos que su tratamiento demanden, el cual deberá practicarse de forma inmediata, conforme con lo ordenado por el médico tratante o correspondiente, sin que se le imponga a la misma erogación alguna derivada del incumplimiento en el período de cotizaciones requerido.

CUARTO: SEÑALAR que Salud Total podrá repetir, en el caso concreto, contra el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por las sumas de dinero que legal y reglamentariamente no sean de su cargo.

QUINTO: DAR por secretaría cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Magistrado Ponente

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

NILSON PINILLA PINILLA

Magistrado

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Ver folio 19 del cuaderno principal (a 22 de mayo/06 contaba con 74 semanas de afiliación)

2 Ver folios 12 y 19 ibídem

3 Ver folios 19 a 24 Ibídem

4 Ver folio 6 del cuaderno principal

5 Ver folio 2 ibídem

6 Ver folio 3 ibídem

7 Ver folios 12 a 15 ibídem

8 Ver folios 19 a 24 ibídem

9 Ver folio 7 ibídem

10 Ver Sentencia T-498 A M.P. Jaime Córdoba Triviño

11 M.P. Eduardo Montealegre Lynett

12 Ponencia presentada por el Magistrado Alvaro Tafur Galvis.

13 Sentencia SU-819/99; M.P. Alvaro Tafur Galvis. La controversia planteada en esta oportunidad versaba sobre la presunta vulneración al derecho a la salud, y por conexidad, a la vida del menor Alejandro Moreno Parra, a quien se le autorizó la remisión al exterior para que se le realizara el transplante de médula ósea que requería. Aquí, ni la EPS accionada ni el Ministerio de Salud, querían sufragar los gastos de tal procedimiento. Este caso sirvió para unificar la jurisprudencia sobre varios aspectos del sistema de seguridad social en materia de salud, reiterando los principios esenciales en los que se sustenta, que es menester repetir en esta oportunidad.

14 Estos requisitos hacen parte de una larga línea jurisprudencial que se puede rastrear a través de las sentencias SU-111 de 1997 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, SU-480 de 1998 M.P. Alejandro Martínez Caballero y C-112 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz. A manera de ejemplo sobre la aplicación los aludidos requisitos se puede citar la sentencia T-691 de 1998 M.P. Antonio Barrera Carbonell. En esta oportunidad no se aceptó el argumento presentado por una E.P.S. que pretendía eximirse de prestar el tratamiento de quimioterapia a una persona que no completaba las semanas de cotización.

15 M.P. Jaime Araújo Rentería

16 Véanse las sentencias T-289 de 2001, T-627 de 2002 y T-178 de 2003.

17 Ver fotocopia del carné de afiliación, folio 7 del cuaderno principal

18 Artículo 8º. Monto de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

[Tal estratificación corresponde a la socioeconómica conforme lo dispuesto en el art. 187 de la Ley 100 de 1993]

19 En esta oportunidad la Sala Séptima de Revisión negó la acción de tutela impetrada por un usuario de la E.P.S. Colseguros quien reclamaba el suministro del medicamento toxina botulínica y unas férulas, las cuales le fueron negadas por dicha entidad, puesto que estaban

excluidas del P.O.S. La Sala consideró que el actor no desvirtuó por ningún medio la conclusión a la cual llegó el Juez de instancia en el sentido de que el accionante contaba con los medios económicos suficientes para costear los medicamentos, inferida luego de solicitar un reporte del sector bancario sobre el comportamiento crediticio y financiero del mismo. [M.P. Eduardo Montealegre Lynett]

20 Ver folio 21 ibídem

21 Específicamente en la sentencia T-683 de 2003 (MP. Eduardo Montealegre Lynett).

22 Ver folio 13 del cuaderno principal

23 “que se caracterizan por un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo” Art. 17 de la resolución 5261 de 1994