

DERECHO A LA SALUD-Práctica de cirugía

DERECHO A LA SALUD-No práctica de cirugía por falta de semanas cotizadas

DERECHO A LA SALUD DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD-No se pueden oponer periodos mínimos de cotización

Referencia: expediente T-1029785

Peticionaria: Nieves de Jesús Bedoya Berrio

Accionado: Coomeva EPS

Magistrado Ponente:

Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA

Bogotá D.C, cuatro (4) de agosto de dos mil cinco (2005)

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Humberto Antonio Sierra Porto, Álvaro Tafur Galvis y Marco Gerardo Monroy Cabra, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de la sentencia proferida el 13 de octubre de 2004, por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Medellín, dentro de la acción de tutela interpuesta por la ciudadana Nieves de Jesús Bedoya Berrío en contra de Coomeva EPS, el 30 de septiembre de 2004.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

La accionante se encuentra afiliada a la EPS Coomeva desde el 16 de julio de 2004, en calidad de beneficiaria de su hijo Fabián Alexander Cárdenas Bedoya.

Debido a constantes dolores que venía padeciendo en su rodilla derecha, consultó a un médico general de la EPS accionada, quien la remitió al ortopedista. Posteriormente, el

especialista le diagnosticó meniscopatía rodilla bloqueada, y, por tal motivo, le ordenó la práctica de la cirugía artroscopia terapéutica de rodilla derecha: sutura meniscal.

Al solicitar la autorización para la realización del procedimiento referido, la entidad demandada sólo accedió a cubrir el 15% de su costo, bajo el argumento de que la accionante sólo tenía, para el momento de la interposición de la tutela, 15 semanas cotizadas, razón por la cual le correspondía cancelar el 85% restante equivalente a más de dos millones de pesos.

La accionante manifiesta que no cuenta con los recursos necesarios para cubrir la suma exigida por la EPS, ya que es desempleada y depende económicamente de su hijo, quien trabaja como mensajero con una asignación mensual de un salario mínimo. En consecuencia, considera que la negativa de la EPS vulnera sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social.

Posteriormente, en diligencia de ampliación de demanda practicada el 7 de octubre de 2004, la tutelante afirmó que no cuenta con vivienda propia y que ella y sus dos hijos viven en una casa de propiedad de su hermana.

Por último, el 11 de octubre del mismo año, la demandante fue citada de nuevo al despacho del a-quo para que ampliara su declaración, oportunidad en la que manifestó, en primer lugar, que no le ha sido aplicada la encuesta SISBEN, en segundo lugar, que Coomeva EPS nunca le informó que podía reclamar el suministro del servicio que requiere ante la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en tercer lugar, que su médico tratante le manifestó que la práctica de la cirugía era urgente porque, de lo contrario, se podía dañar el cartílago, y, para terminar, que los dolores que le causa la lesión de su rodilla son muy fuertes.

2. Respuesta de la entidad accionada

Mediante escrito del 7 de octubre de 2004, la apoderada especial de la entidad accionada manifestó que si bien el procedimiento requerido por Nieves de Jesús Bedoya Berrio se encuentra incluido en el POS, ésta sólo tiene 9 semanas cotizadas, de manera que no cumple con el número exigido por la ley para tener acceso al tratamiento, esto es, 52 semanas, de acuerdo a lo prescrito por el artículo 61 del Decreto 806 de 1998. En este orden, indicó que la cirugía sería autorizada y practicada, siempre y cuando la demandante pagara el copago que

corresponde al porcentaje de semanas de cotización que le hacen falta para completar el periodo mínimo exigido por la ley.

A esta agregó que, en todo caso, conforme al párrafo de la referida norma, la actora podía reclamar la práctica de la cirugía ordenada por su médico tratante ante las instituciones de la red pública de salud, si acreditaba su falta de capacidad económica para cancelar el copago al que está obligada.

3. Decisión judicial que se revisa

Mediante sentencia del 13 de octubre de 2004, el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Medellín negó el amparo solicitado por la ciudadana Nieves de Jesús Bedoya Berrío, por considerar que no aparecía acreditada dentro del proceso su insolvencia económica, por lo que, concluyó, la entidad accionada no estaba obligada a prestar el servicio reclamado.

El a-quo precisó, además, que, en tanto la tutelante no había sido clasificada por el SISBEN en los niveles 1, 2 o 3 de pobreza, tampoco era posible que reclamara la práctica de la intervención que requiere ante las entidades públicas de salud.

4. Pruebas

4.1 Aportadas por la peticionaria

a. Copia de la orden del médico tratante de la tutelante para la realización de la cirugía artroscopia terapéutica de rodilla derecha: sutura meniscal.

b. Copia de la orden de servicio de la EPS accionada en la cual se indica como procedimiento a realizar cirugía artroscópica de complejidad III, y se precisa que la EPS cubriría sólo el 15% del costo del procedimiento.

c. Copia de la historia clínica de la demandante, en la que se indica que padece rodilla bloqueada y dolor severo, se le diagnostica meniscopatia y rodilla bloqueada, y se le ordena la práctica de artroscopia terapéutica: sutura meniscal.

4.2 Practicadas por el a-quo

Copia de la declaración rendida por María Hermilda Vargas Durando, el 13 de octubre de 2004, en la que manifestó que le consta (i) que la peticionaria es ama de casa y que no tiene empleo, (ii) que vive junto con sus hijos en una casa propiedad de su hermana, (iii) que su hija mayor está desempleada desde diciembre de 2003, (iv) que su hijo menor, de quien depende económicamente, estudia sistemas y que el mismo paga los costos de su educación, y (v) que no cuenta con recursos para pagar la cirugía que requiere.

4.3 Pruebas decretadas por esta Sala de Revisión

El doctor Fernando Otero Muñoz, médico especialista de la EPS demandada, en escrito del 9 de junio de 2005, informó a esta Sala de Revisión que la paciente padece “(...) rodilla bloqueada por posible lesión meniscal que requiere manejo prioritario por estar al rodilla bloqueada” y que dichas lesiones “(...) generan dolor de intensidad variable y pueden originar proceso degenerativo articular al no ser tratado”.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

1. Competencia

Esta Corte es competente de conformidad con los artículos 86 y 241 de la Constitución Nacional y el Decreto 2591 de 1991, para revisar el presente fallo de tutela.

2. Presentación del caso y problema jurídico

La actora considera que Coomeva EPS está vulnerando sus derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la seguridad social, al exigirle un copago del 85% del valor de la cirugía que requiere con urgencia, suma que no está en capacidad de pagar, pues no cuenta con ningún ingreso.

Por su parte, Coomeva EPS aduce que la peticionaria sólo cuenta con 9 semanas de cotización y que por esta razón debe cancelar un copago del 85% para que el procedimiento que solicita pueda ser autorizado y practicado.

En este contexto, corresponde a esta Sala determinar si la entidad accionada desconoce los derechos fundamentales de una persona afiliada como beneficiaria al régimen contributivo de salud, al no practicarle una intervención quirúrgica que requiere para tratar la

meniscopatia de rodilla que padece, debido a que no cumple con el periodo mínimo de cotización exigido, sin tener en cuenta que ésta carece de medios económicos suficientes para cubrir el porcentaje del valor de la operación que la ley impone en tales casos.

Se trata, sin duda, de un tema sobre el cual esta Corporación ya se ha pronunciado, de tal modo que en esta oportunidad la Sala reiterará la doctrina establecida sobre el asunto. Vale la pena recordar que la labor de reiteración, es fundamental para garantizar el derecho a la igualdad de las personas que acuden a la acción de tutela con la esperanza de obtener el mismo tratamiento que los jueces de constitucionalidad han brindado en casos semejantes, y que la jurisprudencia de la Corte se ha encargado de unificar¹.

Hechas estas consideraciones, la Sala procederá a ocuparse del presente asunto.

3. Procedencia excepcional de la tutela para obtener la realización de procedimientos incluidos en el POS a personas que no cumplen con los mínimos de cotización exigidos por la normativa vigente y que no tienen capacidad económica para cubrir los copagos que se les exigen

De acuerdo con el artículo 8 del Decreto 806 de 1998 “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) – que son las administradoras del régimen contributivo del sistema de salud – son las obligadas a suministrar a sus afiliados los servicios y prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), de conformidad con la normativa vigente. Para financiar estos servicios, la norma aludida indica que estas entidades cuentan con los siguientes ingresos: los recursos que les suministra el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de Unidad de Pago por Captación (UPC), las cuotas moderadoras que deben pagar sus usuarios y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Estos copagos corresponden un porcentaje del costo del procedimiento o tratamiento que el usuario requiere equivalente al porcentaje del número de semanas de cotización que le hacen falta para completar el periodo mínimo que la normativa vigente exige para el suministro del servicio (parágrafo del artículo 61 *ibídem*). En este orden, con el fin de garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud, es obligación de los afiliados

cancelar tales porcentajes para que puedan acceder a los servicios que necesitan.²

Ahora bien, cuando los cotizantes acreditan no tener capacidad de pago para cancelar dichas sumas, según la norma en comento, ellos o sus beneficiarios tienen derecho a ser atendidos por las instituciones de la red pública de salud o por entidades privadas con las que el Estado tenga contrato para tales efectos, previo pago de la cuota de recuperación que corresponda.

No obstante, esta Corporación, con el ánimo de garantizar continuidad y eficacia en la prestación de los servicios de salud a los afiliados al régimen contributivo que acreditan su falta de capacidad de pago, ha inaplicado la normativa citada y ha ordenado a distintas EPS suministrar los tratamientos y procedimientos solicitados por estos usuarios, sin exigirles copago o cuota de recuperación alguna, con cargo a los recursos del FOSYGA, siempre que se reúnan los siguientes requisitos:

(i) Que la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema vulnere o amenace los derechos a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la integridad física del afiliado; (ii) que el tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; (iii) que el interesado no pueda cubrir el porcentaje que la EPS se encuentra autorizada legalmente a cobrar - copago - y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie, (iv) que el tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS, y (v) que debido a la urgencia con que el paciente requiere la intervención médica, éste no pueda esperar hasta que el servicio médico le sea prestado por la red pública o por las instituciones privadas que tienen contrato con la Administración para estos efectos, con el fin de garantizar la integralidad y continuidad en el tratamiento. 3

Así, por ejemplo, en la sentencia T-016 de 19994, al ocuparse del caso de una paciente que requería de manera urgente sesiones de quimioterapia y el suministro de un medicamento para tratar el cáncer rectal que padecía, y que no contaba con recursos económicos para cancelar el copago que su EPS le exigía - tenía a su cargo tres hijos, sólo recibía un salario mínimo mensual y su esposo estaba desempleado -, la Corte ordenó a la entidad accionada suministrar el tratamiento y el medicamento, y la autorizó a repetir contra el FOSYGA, pero sólo por el costo del copago que era obligación de la peticionaria. En este fallo, esta

Corporación manifestó, a propósito de la inaplicación del artículo 61 del Decreto 806 de 1998 en este tipo de hipótesis, lo siguiente:

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

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

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

Esta posición fue reiterada en las sentencias T-1153 de 20035, T-927 de 20046 y T-462 de 20057, entre otras, en las que la Corte ordenó a las EPS accionadas practicar una extracción de tumor cerebral, un cateterismo cardiaco izquierdo e implantar un marcapasos cardiaco tricameral, respectivamente, con cargo a los recursos del FOSYGA, a tutelantes que acreditaron falta de capacidad de pago. De nuevo, se observa en estos casos que la orden dirigida a las EPS buscaba garantizar continuidad y eficacia en la prestación de los servicios médicos, pues los accionantes padecían enfermedades catastróficas cuyo tratamiento no podía dar espera hasta su reclamación ante las entidades de la red pública de salud.

De no presentarse las condiciones antes establecidas, será el usuario quien deba contribuir en el porcentaje que legalmente le corresponda, a fin de sufragar el costo de los servicios o procedimientos médicos que le han sido o le serán provistos. En caso de que éste no cuente con capacidad económica para el copago, pero su tratamiento no sea urgente, podrá acudir a

la red de hospitales públicos o a las instituciones privadas contratadas por el Estado para tal fin, de conformidad con el artículo 61 del Decreto 806 de 1998, o esperar a completar los periodos mínimos de cotización exigidos por la normativa vigente.

No sobra resaltar que la exigencia de los períodos mínimos de cotización constituye una excepción dentro del sistema general de salud, por cuanto éstos sólo pueden oponerse en los casos de enfermedades catalogadas como “de alto costo”⁸. En consecuencia, no le es dable a las EPS oponer mínimos de cotización respecto de procedimientos no catalogados como de alto costo.

En adición, cabe señalar que las EPS están en la obligación de informar a sus usuarios las opciones que tienen en los eventos en que no cuenten con los periodos mínimos de cotización requeridos para acceder a los tratamientos médicos que necesitan, así como de prestarles toda la asistencia que necesiten si deben acudir a la red pública para solicitar el servicio.

En efecto, la Corte ha sostenido en varias oportunidades que es deber de las EPS y ARS, como garantes del derecho a la salud de sus afiliados, informarlos, orientarlos, apoyarlos y acompañarlos en los eventos en que demanden servicios que no se encuentren obligadas a suministrar, bien porque están excluidos del POS o del POS-S, porque no reúnen los periodos mínimos de cotización exigidos, etc. ⁹.

Sobre este punto, esta Corporación indicó lo siguiente en la sentencia T-927 de 2004:

“Esta Corporación ha insistido en el compromiso del Estado con la prestación de los servicios médico asistenciales, que demandan los usuarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud, por lo que se responsabiliza de la salud de sus afiliados a las Entidades Promotoras y Administradoras de Salud y ARS, aunque no estén obligadas a prestar el servicio requerido. “

4. Urgencia de procedimientos médicos por padecimiento de dolores fuertes y permanentes

Por otra parte, la urgencia de un procedimiento médico no se deriva exclusivamente del grado de peligro en el que se encuentre la existencia biológica de una persona, sino también del grado de dolor que su enfermedad le genere, dado que el dolor implica una considerable

lesión a los derechos a la integridad física y a una vida en condiciones dignas de las personas.

En este sentido, en la Sentencia T-499 de 199210, la Corte expresó:

(...)

“El dolor envilece a la persona que lo sufre. Si quien está en el deber de impedirlo no lo hace, incurre con su omisión en la vulneración del derecho a la integridad personal del afectado, quedándole a éste último la posibilidad de ejercer las acciones judiciales para la protección inmediata de sus derechos fundamentales”.

Esta postura ha sido reiterada en sentencias como la T-855 de 200211 y T-1168 de 200412, en las que la Corte ordenó a las entidades accionadas suministrar servicios requeridos por los tutelantes a los que, en principio, no estaban obligadas. En estas oportunidades la Corte consideró que la necesidad urgente de los tratamientos solicitados por los usuarios se derivaba del intenso y prolongado dolor que padecían, situación que vulneraba sus derechos a la integridad física y a la dignidad y que podía asimilarse al sometimiento a un trato cruel, inhumano y degradante.

En la sentencia T-855 de 2002, esta Corporación sostuvo al respecto:

“En estos casos la Corporación ha señalado que la prolongación en el tiempo del dolor o permitir la intensificación del mismo, equivale a someter a una persona a un trato inhumano, cruel y degradante, contrariando de esta manera lo dispuesto en el artículo 12 de la Carta Política (Cfr. Sentencias T-119 y T-579 de 2000).”

En este orden de ideas, en los eventos en que una persona que presente una enfermedad que le genera fuertes y prolongados dolores y que, por tal razón, requiere atención inmediata, pero que no reúne el periodo mínimo de cotización exigido por las disposiciones legales y reglamentarias vigentes para que el servicio le sea suministrado, el juez constitucional deberá inaplicar dichas disposiciones y ordenar a la respectiva EPS prestar los servicios con posibilidad de repetir contra el FOSYGA por el monto al que asciende el copago que estaba a cargo del afiliado.

5. Prueba de la incapacidad económica de los afiliados al régimen contributivo de salud. Reiteración de jurisprudencia.

En relación con este asunto, lo primero que se debe mencionar es que en los casos en los que el tutelante es una persona afiliada al régimen contributivo de salud, se presume su capacidad de pago. Sin embargo, si el peticionario afirma que no cuenta con recursos para sufragar la suma a la que se encuentra obligado para acceder al tratamiento que requiere, bien porque no reúne el número de semanas mínimas de cotización, o porque éste se encuentra fuera del POS, la Corte ha señalado que corresponde a la parte demanda controvertir tal afirmación, por la dificultad que reviste probar la incapacidad económica.

En efecto, la Corte afirmó al respecto en la sentencia T-113 de 200213, lo que sigue:

“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. Lo cual es así por cuanto en esta hipótesis el dicho del extremo demandante constituye una negación indefinida que es imposible de probar por quien la aduce, corriendo entonces la carga de la prueba en cabeza del extremo demandado cuando quiera desvirtuar tal afirmación”

En resumen, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación, las subreglas aplicables en materia probatoria en los eventos en que el juez debe verificar la capacidad de pago de los actores, son las siguientes:

“1. No existe una tarifa legal en materia probatoria. Si bien en la SU-819 de 1999¹⁴ se afirmó que, en el caso que se estaba revisando, el accionante debía aportar un balance certificado por contador o su declaración de renta o un certificado de ingresos y salarios, para probar la incapacidad económica que alegaba, en fallos posteriores, esta Corporación ha aclarado que en la acción de tutela, no existe tarifa legal para que el accionante pruebe la incapacidad económica que alega¹⁵.

La Corte Constitucional ha precisado que los medios probatorios señalados en la sentencia SU-819 de 1999 no son taxativos, y que el accionante dispone de completa libertad para utilizar otros medios probatorios que estén a su alcance, para demostrar que no tiene los medios económicos suficientes para pagar el valor que se le exige, para acceder a un servicio médico determinado.

2. La carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la EPS o ARS demandada, cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos¹⁶.

Esta Corporación ha establecido que, en la medida que las EPS o ARS tienen en sus archivos, información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto, hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente¹⁷.

3. Los jueces de tutela tienen el deber de decretar pruebas mediante las cuales se pueda comprobar la incapacidad económica alegada por el accionante. Su inactividad al respecto, no puede conducir a que las afirmaciones del accionante al respecto, sean tenidas como falsas, y se niegue por tal razón, la protección de los derechos fundamentales solicitada¹⁸.

4. Ante la ausencia de otros medios probatorios, hechos como el desempleo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud en calidad de beneficiario y no de cotizante¹⁹, pertenecer al grupo poblacional de la tercera edad y tener ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual, pueden ser tenidos en cuenta como prueba suficiente de la incapacidad económica del accionante, siempre y cuando tal condición no haya sido controvertida por el demandado²⁰

Estas reglas serán aplicadas al resolver el caso concreto.

6. Caso concreto

Dentro de este contexto, en el caso que ocupa la atención de la Sala, ésta encuentra que el amparo es procedente y que hay lugar a la inaplicación de las normas relativas a la exigencia de periodos mínimos de cotización para la prestación de ciertos servicios médicos - artículo 61 del Decreto 806 de 1998 - porque en el caso concreto implican la vulneración de los derechos fundamentales de Nieves de Jesús Bedoya Berrio a la salud y a la vida en condiciones dignas, toda vez que se encuentra probado (i) que la tutelante es una persona de edad avanzada, que carece de ingreso alguno que le permita sufragar el costo el

tratamiento médico que necesita o del copago que le exige la EPS accionada, y que depende económicamente de su hijo, quien como mensajero, recibe una asignación mensual de un salario mínimo; (ii) que padece meniscopatía rodilla bloqueada y que, por tal motivo, le fue ordenada la práctica de la cirugía denominada artroscopia terapéutica de rodilla derecha: sutura meniscal; (iii) que la práctica de esta intervención fue ordenada por un médico tratante de la EPS; (iv) que el procedimiento no puede ser reemplazado por uno para el que no se exijan periodos mínimos de cotización; y (v) que la lesión que presenta le causa fuertes y prolongados dolores, razón por la cual requiere de manera urgente la práctica del procedimiento ordenado.

En efecto, la peticionaria manifestó, bajo la gravedad del juramento, que no cuenta con recursos económicos para sufragar el copago que le exige la EPS demandada para autorizar la práctica de la cirugía que requiere, y que depende económicamente de un hijo, quien devenga mensualmente un salario mínimo. Esta situación fue corroborada por un testigo (fol. 21), quien agregó que el hijo de la actora debe sufragar sus estudios con el salario que recibe y que su otra hija se encuentra desempleada. Las anteriores afirmaciones no fueron desvirtuadas por la entidad demandada, de manera que, en atención a la subreglas expuestas en apartado anterior de esta providencia, la Sala encuentra probada la falta de capacidad de pago de la señora Nieves de Jesús Bedoya Berrio.

La EPS, por otra parte, no informó si la intervención que la actora demanda puede ser sustituida por una para la que no se exijan semanas mínimas de cotización. En este orden de ideas, teniendo en cuenta que la EPS es la encargada de suministrar esta información por su carácter técnico, encuentra la Sala probado que aquella no puede ser sustituida por otro procedimiento al que la demandante pudiera acceder con las semanas que ha cotizado al sistema de salud en la actualidad.

Por último, de conformidad con lo afirmado por la señora Nieves de Jesús Bedoya Berrio y el dictamen médico allegado a esta Corporación por el Dr. Fernando Otero Muñoz (fol. 17 cuaderno 2), la Sala observa que la primera padece fuertes dolores que afectan su integridad física y le impiden llevar una vida digna. Además, informa su médico tratante que de no practicarse la cirugía ordenada, podría producirse un proceso degenerativo articular, razones suficientes para considerar que la actora requiere con urgencia la práctica del procedimiento que reclama, en concordancia con lo expuesto en apartes previos de este fallo.

En atención a estas consideraciones, la Sala reiterará la jurisprudencia proferida sobre la inaplicación de las normas relativas a la exigencia de copagos a los afiliados al régimen contributivo de salud que no reúnen los periodos mínimos de cotización que exige la normativa vigente, concederá la protección de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de la actora, y ordenará a Coomeva EPS autorizar la práctica del procedimiento quirúrgico prescrito a la ciudadana Nieves de Jesús Bedoya Berrío, sin oponer periodos mínimos de cotización, con posibilidad de repetir contra el FOSYGA por el saldo que era responsabilidad de la cotizante.

Para el efecto, la Sala ordenará a la EPS tener en cuenta el número de semanas de cotización que en la actualidad presente la accionante para reliquidar el valor del copago que le correspondía.

Así mismo, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento, la Sala ordenará a la EPS accionada suministrar a la demandante las consultas médicas, exámenes, medicamentos, terapias y demás servicios que requiera para su cabal recuperación, de conformidad con lo que ordenen sus médicos tratantes.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero: LEVANTAR la suspensión de términos decretada por esta Sala de Revisión en auto del 20 de abril de 2005, con el fin de fallar el presente asunto.

Segundo: REVOCAR, por las razones expuestas en esta providencia, la sentencia proferida el 13 de octubre de 2004, por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Medellín, y, en su lugar, amparar el derecho a la salud y a la vida en condiciones dignas de la señora Nieves de Jesús Bedoya Berrio.

Tercero: INAPLICAR el artículo 61 del Decreto 806 de 1998 y las demás normas relativas a la exigencia de copagos a los afiliados al régimen contributivo de salud que no reúnen los periodos mínimos de cotización que exige la normativa vigente, por resultar, en este caso

particular, contrarias a la protección de los derechos a la salud y a la vida en condiciones dignas de Nieves de Jesús Bedoya Berrio.

Cuarto: En consecuencia, ORDENAR a Coomeva EPS que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de esta sentencia, autorice y programe, a no más tardar dentro del mes siguiente, la práctica de la cirugía artroscopia terapéutica de rodilla derecha más sutura meniscal, a la paciente Nieves de Jesús Bedoya Berrio, de conformidad con lo ordenado por su médico tratante, así como el suministro de las consultas médicas, medicamentos, terapias y demás servicios que requiera para su recuperación, sin que le sea oponible el cobro de sumas de dinero o cualquier otra condición para el efecto.

Quinto: AUTORIZAR a Coomeva EPS repetir contra el FOSYGA por las sumas que tenga que desembolsar y a las que no se encuentre obligada, a fin de dar cumplimiento a la orden anterior, de conformidad con las consideraciones de este fallo.

Sexto: Para efectos de dar cumplimiento al artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, el juzgado de origen hará las notificaciones y tomará las medidas conducentes para el cumplimiento de esta sentencia.

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

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado

ÁLVARO TAFUR GALVIS

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

1 Ver, entre muchas otras, las sentencias T-133 de 1995. M.P. Fabio Morón Díaz y T- 339 de 2001, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

2 Sobre este punto, el artículo 61 del Decreto 806 de 1998 dispone:

“Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2. Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos-Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.”

3 Se pueden consultar al respecto, entre otras, las sentencias T-016 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-083 de 2001, M.P. Eduardo Montealegre Lynett, T-906 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas Hernández, T-1153 de 2003, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-927 de 2004, M.P. Álvaro Tafur Galvis y T-462 de 2005, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

4 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

5 MP: Alfredo Beltrán Sierra.

6 M.P. Álvaro Tafur Galvis.

7 M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

8 Sobre el tema, ver la sentencia C-112 de 1998, MP: Carlos Gaviria Díaz. En esta ocasión, la Corte Constitucional estudió la constitucionalidad del inciso segundo del artículo 164 y el inciso primero, parcial, del artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

9 Por ejemplo, en la sentencia T-134 de 2002, M.P. Álvaro Tafur Galvis, esta Sala de Revisión

concedió el amparo constitucional solicitado y ordenó, entre otros asuntos, que la ARS accionada instruyera al peticionario acerca de sus derechos como afiliado al régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, en especial, acerca del procedimiento que debía adelantar para que se le reintegrara la suma de dinero que debió pagar para que su hijo fuera dado de alta en una clínica no afiliada a la entidad, una vez superada la urgencia siquiátrica por la que fue atendido.

10 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

11 M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

12 ;.P. Rodrigo Escobar Gil.

13 M.P. Jaime Araujo Rentería.

14 SU-819 de 1999 (MP: Álvaro Tafur Galvis).

15Al respecto, en la sentencia T-683 de 2003 (MP: Eduardo Montealegre Lynett) se señaló lo siguiente: “De la revisión de una parte de la jurisprudencia constitucional en materia de condiciones probatorias del tercero de los requisitos (incapacidad económica del solicitante) para la autorización de procedimientos, intervenciones y medicamentos excluidos del POS, mediante órdenes de tutela, la Corte concluye que: (...) (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”. En el mismo sentido, ver también la sentencia T-906 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), entre otras.

Que no exista una tarifa legal respecto a la incapacidad económica, no significa que no se deba probar la incapacidad. Así por ejemplo, en la sentencia T-002 de 2003 (MP: Marco Gerardo Monroy Cabra) se negó la acción de tutela porque el accionante no había probado de manera alguna que carecía de la capacidad económica suficiente para cubrir los costos de los servicios médicos que requería. Ni siquiera así lo afirmó en la demanda.

16Al respecto, ver entre otras las siguientes sentencias: T-1019 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-906 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández), T-861 de 2002 (MP: Clara Inés

Vargas Hernández), T-699 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-447 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-279 de 2002 (MP: Eduardo Montealegre Lynett), T-113 de 2002 (MP: Jaime Araujo Rentería).

17 Al respecto, en la Sentencia T-260 de 2004 (MP: Clara Inés Vargas Hernández) se señaló lo siguiente: “El accionante también afirma en su demanda no tener capacidad económica para cubrir los gastos que supone el examen recomendado, lo que no fue controvertido por la entidad accionada, a pesar de que es sabido que estas entidades poseen archivos con información suficiente de sus usuarios para desvirtuar la incapacidad económica que estos aleguen”. En el mismo sentido, ver también la sentencia T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández) y la T-523 de 2001 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa), entre otras.

18 Al respecto, en la Sentencia T-279 de 2002 (MP: Eduardo Montealegre Lynett) se señaló lo siguiente: “Como se ha dicho en ocasiones pasadas (T-1120 de 2001) si el solicitante del amparo aduce en la demanda no contar con la capacidad económica para sufragar el costo de la prueba de laboratorio, de las medicinas o el procedimiento excluido del P.O.S., lo conducente es requerirlo para que aporte prueba que demuestre esa situación o decretar la práctica de pruebas que apunten a desvirtuar su dicho. Pero no es justo concluir que no se reúne uno de los requisitos indispensables para acceder a la tutela demandada por la ausencia de pruebas para demostrarlo, como lo señala la sentencia que se revisa, atribuyendo esa falencia al actor, quien en la mayoría de los casos no sabe qué ni cómo puede probar un hecho determinado, dejando de lado que el juez constitucional de tutela como director del proceso debe hacer uso de la facultad oficiosa que la ley le confiere para decretar la práctica de pruebas que estime necesarias para dictar fallo de fondo ajustado a derecho resolviendo el asunto sometido a su conocimiento (T-018 de 2001)”.

En el mismo sentido ver las siguientes sentencias: T-699 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-447 de 2002 (MP: Alfredo Beltrán Sierra), T-1120 de 2001 (MP: Jaime Córdoba Triviño), T-1207 de 2001 (MP: Rodrigo Escobar Gil), entre otras.

19 Al respecto, ver las siguientes sentencias: T-867 de 2003 (MP: Manuel José Cepeda) y T-861 de 2002 (MP: Clara Inés Vargas Hernández).

20 Cfr. Sentencia T-744 de 2004, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Ver al respecto también las sentencias T-683 de 2003, M.P. Eduardo Montealegre Lynett, y T-819 de 2003, M.P. Marco

Gerardo Monroy Cabra.