

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Régimen subsidiado y régimen contributivo

CAPACIDAD ECONOMICA DE PERSONA ENFERMA-Reglas probatorias empleadas por la Corte Constitucional/PRESUNCION DE VERACIDAD DE INCAPACIDAD ECONOMICA-Beneficiarios del Sisbén

La doctrina constitucional ha establecido una serie de reglas probatorias en torno a la incapacidad económica de quienes requieren servicios que se encuentran excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. Estas reglas son aplicables al caso bajo estudio, aún más por tratarse de una persona clasificada en el segundo nivel del SISBEN, frente a quien existe una presunción de condiciones de precariedad socioeconómica precisamente por el tipo de vinculación al que fue acogida en el Régimen Subsidiado. Con base en esta doctrina constitucional sobre las pruebas de la incapacidad económica, se colige -contrario a lo expuesto por el Juez de conocimiento- que, por no haber sido desvirtuadas por la parte demandada, las afirmaciones hechas por la demandante en su escrito de tutela en relación con la precaria situación económica por la que atraviesa, son afirmaciones que están cobijadas por una presunción de veracidad, al amparo del principio de la buena fe. Así, para entrar a resolver el caso objeto de revisión, se tendrán por ciertos los hechos relatados por la actora en su escrito de tutela, cuando afirma no contar con los recursos económicos para efectuar el pago que se le está exigiendo, correspondiente al 10% del examen "Angio-resonancia cerebral". Tal situación se desprende del hecho de que la peticionaria, debido a la grave enfermedad que padece, la cual le provoca pérdida de la memoria y episodios de convulsiones, ha visto drásticamente disminuida su capacidad laboral y en la actualidad se encuentra desempleada.

DERECHO A LA SALUD-Práctica de examen y pago de cuota de recuperación o de copago

La peticionaria carece, de manera objetiva, de los recursos suficientes para costear el pago que le permita acceder al servicio de salud requerido con urgencia para conservar su integridad física y su vida. Tampoco tiene la posibilidad de procurarse la atención por otros medios, tales como la medicina prepagada, los planes complementarios o los beneficios que surjan con ocasión de una relación laboral, precisamente por su debilidad económica. Por lo anterior, en aplicación de los principios superiores sobre la supremacía de la Constitución

Política y la primacía de los derechos inalienables de la persona consagrados en los artículos 4 y 5 de la Carta del 91, esta Sala de Revisión resolverá inaplicar las normas que regulan las cuotas moderadoras o copagos y concederá la protección del derecho a la salud y a la vida digna de la peticionaria. En consecuencia, se ordenará a la Secretaría de Salud Departamental que cubra el 100% del costo del examen requerido por la actora, así como de los demás servicios de salud que requiera, con ocasión de la “lesión tumoral con sangrado tipo glioma” que le fue diagnosticada, por lo cual no se le podrá exigir el pago de las cuotas de recuperación a que hace referencia el artículo 18 del Decreto 2351 de 1995.

ACCION DE TUTELA-No procede para ordenar afiliación a una ARS pero sí puede ordenarse inicio de las diligencias pertinentes

Aunque la Corte ha dicho que la acción de tutela es improcedente para ordenar la afiliación de la accionante a una A.R.S., por estar “sometida a procedimientos administrativos que la Corte no puede ignorar ni pasar por alto [y porque] la accionante, estando ya dentro del sistema Sisben y como participante vinculado, puede exigir, aún sin la asignación de una A.R.S., la prestación de los servicios de salud a las entidades públicas que están en condiciones de subsidiar los servicios de salud que necesite”, la Sala requerirá a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca para que en el término de 48 horas contadas a partir de la notificación de esta sentencia, coordine con el municipio de La Victoria a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, inicien las diligencias pertinentes para la reclasificación de la peticionaria, así como la asignación de una A.R.S., de acuerdo con los cupos disponibles.

Referencia: expediente T-901397

Acción de tutela instaurada por Isabel Cristina Caicedo Vinasco contra la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca.

Magistrado Ponente (e):

Dr. RODRIGO UPRIMNY YEPES.

Bogotá D. C., primero (1º) de septiembre de dos mil cuatro (2004).

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional integrada por los magistrados Clara Inés Vargas Hernández, Álvaro Tafur Galvis y Rodrigo Uprimny Yepes, 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 siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del proceso de revisión del fallo dictado por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cartago, Valle, en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES.

Isabel Cristina Caicedo Vinasco interpuso acción de tutela contra la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca con el objeto de que fueran amparados sus derechos a la vida, a la integridad física y a la salud.

Hechos.

Los hechos referidos por la actora en su escrito de tutela, se resumen así:

- 1.- La peticionaria se encuentra inscrita en el sistema de selección de beneficiarios para programas sociales SISBEN, pero no cuenta con carné de ninguna Administradora de Régimen Subsidiado (A.R.S.).
- 2.- El 26 de diciembre de 2003, fue remitida al Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. por presentar episodio de pérdida de la memoria, además de incoherencia al hablar y convulsiones. Como consecuencia de ello, le fue diagnosticada “lesión tumoral con sangrado tipo glioma”, por lo cual el Hospital ordenó la práctica del examen “Angio-resonancia cerebral”.
- 3.- Se encuentra desempleada y no cuenta con los recursos económicos para asumir el costo del tratamiento que requiere. Por lo anterior y por no tener carné de ninguna A.R.S., la tutelante considera que es la Secretaría de Salud Departamental la entidad encargada de proveer la práctica de los exámenes requeridos, así como de gestionar la prestación de los servicios médicos que precisa, en atención a la enfermedad que padece.

Solicitud de tutela.

4.- La actora solicita que se tutelen los derechos invocados y, en consecuencia, se ordene al ente demandado el reconocimiento de medicamentos, exámenes, cirugías, hospitalización, además de la asignación de una A.R.S. y la no cancelación de copagos.

Pruebas relevantes que obran en el expediente.

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la señora Caicedo Vinasco.
- Copia de Certificación expedida por el Secretario de Gobierno en donde consta que la actora se encuentra en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales SISBEN, Nivel II.
- Epicrisis e historia clínica de la actora del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E.
- Resultados de exámenes médicos practicados a la ciudadana Caicedo Vinasco en el Centro Médico Imbanaco.
- Solicitud de práctica del examen “Angio-resonancia cerebral” elevada por el Hospital Universitario del Valle.
- Cotización del examen requerido por la demandante, suscrita por la Jefe Administrativa de Imágenes Diagnósticas del Centro Médico Imbanaco y dirigida al Hospital Universitario del Valle. En ella consta que el valor del estudio referido es de \$360.000 (tarifa para el hospital).
- Ficha de clasificación socioeconómica de la actora en el SISBEN.

Intervención de la entidad demandada.

5.- La Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca guardó silencio en relación con la presente acción de tutela.

6.- El Juez de conocimiento vinculó al Alcalde y a la Secretaria Local de Salud del municipio de La Victoria (Valle), mediante auto de 26 de febrero de 2004. Dichos funcionarios, en

escrito presentado el 3 de marzo del mismo año, solicitaron a la autoridad judicial exonerar de cualquier responsabilidad al municipio de La Victoria. Argumentaron para ello que la cobertura de la prestación de los servicios en salud que requiere la señora Isabel Cristina Caicedo Vinasco -como potencial beneficiaria del subsidio- no es competencia del municipio, pues la atención que la demandante requiere es de tercer nivel y, por ende, el obligado es el Departamento, de conformidad con lo prescrito por el artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

Informaron, además, que la tutelante no ostenta la calidad de “beneficiaria” del Régimen Subsidiado de Salud, por lo cual no cuenta con un carné de afiliación a una determinada A.R.S. Según los funcionarios, la actora “es una de las 6.739 personas potenciales beneficiarios que tiene el Municipio en busca del subsidio en salud”. De esta manera, señalaron que, si bien la ciudadana Caicedo Vinasco se encuentra inscrita como potencial beneficiaria de este subsidio, en el momento no hay cupos disponibles. Agregaron que, en el evento de que estos se presenten, el municipio debe hacer cumplir las prioridades establecidas en el artículo 2º del Acuerdo 253 de 2003 que estipula que el grupo de “población del área urbana”, al cual pertenece la peticionaria, es el último a tener en cuenta para otorgar el subsidio. Resaltaron, además, que en la ficha del SISBEN no consta que ella tenga algún tipo de discapacidad.

Por último, reiteraron que, de conformidad con el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, son los Departamentos los entes competentes para gestionar la prestación de los servicios de salud y su financiación con recursos propios o de participaciones, así como la prestación del servicio de salud a la población de escasos recursos económicos en lo no cubierto con los subsidios a la demanda.

Sentencia objeto de revisión.

7.- El conocimiento de la tutela correspondió en única instancia al Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cartago, Valle, que por sentencia del 9 de marzo de 2004 decidió negar el amparo solicitado. Consideró el Juzgado que, a pesar de que la peticionaria requiere el examen ordenado a fin de que los médicos puedan determinar cuál es su verdadero estado de salud, y que de no realizarse dicho estudio y su respectiva valoración esto “podría llevar al deceso” de la demandante, no es viable conceder el amparo, pues la actora únicamente puede “llevar a cabo, procedimientos que estén dentro de los lineamientos del Sisben”.

De igual manera, estimó que “según se desprende de la ficha de clasificación socio-económica No. 5492, [la actora] aparentemente posee los recursos económicos para subsidiarse el examen ordenado como la Angio-Resonancia Cerebral”. Además, indicó que el Estado únicamente está obligado a cubrir los costos de atención en salud en caso de enfermedades catastróficas, ante lo cual concluyó que, como la actora aparentemente cuenta con los recursos económicos suficientes y no padece una enfermedad catastrófica, es ella quien debe cubrir el costo del examen prescrito.

Revisión por la Corte Constitucional.

8.- Remitido el expediente a esta Corporación, mediante auto del 21 de mayo de 2004, la Sala de Selección Número Cinco dispuso su revisión por la Corte Constitucional.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

Competencia.

1.- Esta Corte es competente para revisar el presente fallo de tutela de conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 241 de la Constitución Nacional, el Decreto 2591 de 1991 y las demás disposiciones pertinentes.

2.- La demandante presenta una patología denominada Lesión tumoral con sangrado tipo glioma, por lo cual los médicos del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. prescribieron la práctica del examen de diagnóstico denominado Angio-resonancia cerebral, a fin de determinar cuál es su estado de salud actual y el tratamiento al que debe someterse. Sin embargo, dicho estudio tiene un costo de \$360.000 que la actora aduce no tener, pues se encuentra desempleada debido a sus quebrantos de salud. En atención a su situación de beneficiaria potencial, clasificada en el nivel II del SISBEN, no cuenta con afiliación a ninguna A.R.S. que cubra los costos del procedimiento que requiere. Considera, entonces, que es la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca la obligada a cubrir el costo de medicamentos, exámenes, cirugías y hospitalización que requiera, así como la encargada de gestionar la asignación de una A.R.S.

3.- De otra parte, la Secretaría de Salud Departamental del Valle –ente demandado- guardó silencio en relación con la presente acción de tutela, mientras que los funcionarios vinculados

(Secretaria de Salud y Alcalde del Municipio de La Victoria, Valle) estiman que no han vulnerado los derechos invocados por la ciudadana Caicedo Vinasco. Lo anterior, por cuanto han seguido las reglas que determinan el proceso de afiliación y posterior asignación de la Administradora del Régimen Subsidiado, sin que, de conformidad con las mismas, haya sido posible incluir a la tutelante como beneficiaria del subsidio. Por último, señalaron que es el Departamento y no el municipio el ente competente para gestionar y financiar la atención en salud de las personas con escasos recursos económicos.

4.- El juez de conocimiento denegó el amparo solicitado. Para sustentar su decisión, señaló que, a pesar de que el estado de salud de la accionante es delicado, es ella quien debe costear el examen requerido por cuanto la enfermedad que padece no es de las denominadas catastróficas y “aparentemente” cuenta con los recursos para ello.

5.- Corresponde a esta Sala de Revisión determinar si la exigencia del pago del 10% del examen que requiere la ciudadana Caicedo Vinasco, denominado “Angio-resonancia cerebral”, por concepto de cuota de recuperación, constituye una conducta vulneratoria de sus derechos fundamentales, pues afirma no tener medio alguno para conseguir la suma de dinero exigida.

Para resolver el problema jurídico propuesto, la Sala hará referencia previamente: (i) al Sistema de Seguridad Social en salud, al régimen subsidiado y al régimen de las personas vinculadas al Sistema. (ii) Se estudiarán, de igual manera, las reglas sobre incapacidad económica y, finalmente, (iii) se revisarán los principios de proporcionalidad y de cargas soportables, en relación con la incapacidad económica aducida por la demandante.

Los derechos a la salud y a la seguridad social. Sistema de seguridad social en salud, régimen subsidiado y personas vinculadas al sistema.

6.- Los derechos a la salud y a la seguridad social aparecen consagrados en la Carta Política en el Capítulo II del Título II, bajo la denominación de “derechos económicos, sociales y culturales”.

El artículo 48 de la Constitución señala que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que

establezca la ley. Prescribe además que se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, el cual podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Por su parte, el artículo 49 dispone que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Señala también este artículo que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Asigna a la ley la labor de señalar los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

7.- En desarrollo de estas disposiciones, el legislador creó el sistema de seguridad social integral, mediante la Ley 100 de 1993, uno de cuyos objetivos es el de garantizar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad², permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral³.

8.- Para la consecución del objetivo antes mencionado, el legislador conformó el sistema general de seguridad social en salud, uno de cuyos componentes es el régimen subsidiado de salud (Ley 100 de 1993, arts. 211 y ss).

Este régimen es un conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas al sistema general de seguridad social en salud, cuando ésta se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del Fondo de Solidaridad y Garantía. Se aplica a quienes no están en capacidad de cotizar al sistema, es decir que será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores independientes, maestros de

obra de construcción y desempleados, entre otros⁴.

La administración del régimen subsidiado corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud E.P.S. que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las E.P.S. que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el plan de salud obligatorio⁵.

En concordancia con lo anterior, el artículo 43 de la Ley 715 de 2002, al fijar el régimen de competencias en materia de salud entre las entidades territoriales, dispone que corresponde a los departamentos, entre otras funciones, las de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción; gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas; financiar con los recursos propios, si lo consideran pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; y, organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

La Ley 100 de 1993 prescribe igualmente que todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en salud y que unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados⁶.

En relación con estos últimos, en el mismo artículo el legislador dispuso que los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que presten las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

9.- El legislador incorporó, así mismo, el principio de los pagos moderadores, según el cual

los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Estos pagos, en el caso de los afiliados, se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema y, en el caso de los demás beneficiarios, se aplicarán para racionalizar el uso de servicios y complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud⁷.

De otra parte, los pagos moderadores de la población vinculada se regulan por el Decreto 2351 de 1995, el que estipula, en el artículo 18, lo siguiente:

“ARTÍCULO 18. CUOTAS DE RECUPERACION. Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

- 1) Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
- 2) La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- 3) Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
- 4) Para la personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.
- 5) La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes”.

No obstante la regla general descrita, el legislador previó que en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Con tal fin, dispuso que para evitar la generación de restricciones para el acceso de la población más

pobre, los pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁸. Esto es, el legislador estimó que, en situaciones especiales, la imposibilidad de asumir los pagos moderadores no puede traducirse en la no prestación del servicio de seguridad social en salud.

10.- En el escrito de tutela no aparece expresado con suficiente claridad por parte de la demandante cuál es exactamente la suma que se le exige para la práctica de la Angio-resonancia cerebral. Sin embargo, y de acuerdo con lo anterior, la Sala colige que a la señora Caicedo Vinasco no le podía ser exigida la cancelación de un valor superior al 10% del costo total de dicho examen, correspondiente a la cuota de recuperación que, de conformidad con la disposición transcrita, debía cancelar de acuerdo con su clasificación en la encuesta del SISBEN. Es por ello que, a pesar de que la actora no hace explícita esta información, la Corte estimó que el problema jurídico en el presente caso, gira en torno al monto referido.

Reglas probatorias empleadas por la Corte para establecer la incapacidad económica del usuario de los servicios de la seguridad social en salud. Principios de proporcionalidad y de cargas soportables.

12.- La doctrina constitucional ha establecido una serie de reglas probatorias en torno a la incapacidad económica de quienes requieren servicios que se encuentran excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. Estas reglas son aplicables al caso bajo estudio, aún más por tratarse de una persona clasificada en el segundo nivel del SISBEN, frente a quien existe una presunción de condiciones de precariedad socioeconómica precisamente por el tipo de vinculación al que fue acogida en el Régimen Subsidiado.

Estas reglas probatorias fueron sintetizadas en la sentencia T-683 de 2003, M. P. Eduardo Montealegre Lynett, de la siguiente manera:

“(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”.

Con base en esta doctrina constitucional sobre las pruebas de la incapacidad económica, se colige -contrario a lo expuesto por el Juez de conocimiento- que, por no haber sido desvirtuadas por la parte demandada, las afirmaciones hechas por la señora Isabel Cristina Caicedo Vinasco en su escrito de tutela en relación con la precaria situación económica por la que atraviesa, son afirmaciones que están cobijadas por una presunción de veracidad, al amparo del principio de la buena fe (art. 83 C.P.).

Así, para entrar a resolver el caso objeto de revisión, se tendrán por ciertos los hechos relatados por la actora en su escrito de tutela, cuando afirma no contar con los recursos económicos para efectuar el pago que se le está exigiendo, correspondiente al 10% del examen “Angio-resonancia cerebral”. Tal situación se desprende del hecho de que la señora Caicedo Vinasco, debido a la grave enfermedad que padece, la cual le provoca pérdida de la memoria y episodios de convulsiones, ha visto drásticamente disminuida su capacidad laboral y en la actualidad se encuentra desempleada.

13.- La Corte ha establecido en reiteradas oportunidades que si el costo de la prestación de salud afecta los recursos económicos que permiten cubrir el mínimo vital del afiliado, la obligación que a él le compete resulta desproporcionada e incompatible con el principio de cargas soportables y los objetivos de accesibilidad del derecho a la salud. De esta manera, la aplicación de la regla de incapacidad económica⁹ ha permitido la concesión del amparo en

casos donde es notorio que la carga impuesta al usuario se demuestra desproporcionada. En efecto, en la sentencia T-1007 de 2003 se consideró que el medicamento requerido (Flutamida, con el fin de tratar el cáncer de próstata), cuyo valor era de \$ 90.000 pesos mensuales, privaba al accionante de los recursos que necesitaba para garantizar su mínimo vital, toda vez que su único ingreso económico era una pensión de jubilación equivalente al salario mínimo. En dicho fallo, se precisó que una consideración nominal sobre la posibilidad de asumir el costo de una prestación de salud podía conducir a consecuencias inadmisibles constitucionalmente.

Así mismo, en la sentencia T-341 de 2004, la Corte estimó que había incapacidad económica frente a un medicamento (Hytrin 5 mg. Para el tratamiento de los síntomas urinarios secundarios de una hiperplasia benigna de próstata), cuyo costo era de \$ 90.000 mensuales, teniendo en cuenta que el ingreso mensual del demandante, en razón de su mesada pensional, era de \$ 396.002, apenas superior al salario mínimo legal.

De igual manera, la Corte, en sentencia T-442 de 2004, concedió el amparo constitucional a una accionante que se encontraba clasificada en el nivel 2 del SISBEN en calidad de participante vinculada al sistema de seguridad social en salud y padecía cáncer de seno. La Corte consideró que era desproporcionado exigirle como requisito previo para la práctica de la cirugía, la consignación de \$ 300.000, suma equivalente al 10 % del total de la intervención quirúrgica, como cuota de recuperación correspondiente al nivel en que ella se encontraba clasificada. Ello, por cuanto la peticionaria no tenía manera alguna de conseguir el dinero por las precarias condiciones económicas en las que se hallaban ella y su familia, sumado al hecho de estar desempleada y ser madre cabeza de familia. Por consiguiente, en aquella oportunidad, la Sala de Revisión ordenó a la Secretaría de Salud Departamental autorizar la cirugía y cubrir el 100 % del valor de la misma.

De conformidad con lo arriba anotado, es evidente que no se puede exigir a una persona que se encuentra desempleada (situación de la peticionaria) que asuma los costos de la grave enfermedad que padece, pues el menoscabo a su mínimo vital se profundiza con estos gastos adicionales.

14.- Se reitera, además, la jurisprudencia que ha señalado que los copagos y las cuotas moderadoras no pueden convertirse en requisitos insalvables para la prestación del servicio

de salud a un usuario que no cuenta con los recursos económicos para asumir dicho pago. En particular, en la sentencia T-1132-01 se indicó que “cuando las personas no tienen el dinero suficiente para cubrir las cuotas moderadoras, copagos, o no han completado las semanas mínimas de cotización prescritas en la legislación para acceder a ciertos tratamientos, y éstos se requieren con urgencia por que de lo contrario se verían afectados derechos como la vida y la salud, la Corte ha dado prevalencia a los derechos fundamentales sobre cualquier otra consideración legal, sosteniendo que ante urgencias y patologías comprobadas no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio de salud, porque por encima de la legalidad, está la vida como fundamento de todo el sistema”.

Con posterioridad, en las sentencias T-411 y T-1021 de 2003 la Corte expresó que no estaba en discusión que el sistema de seguridad social en salud debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable, lo cual estaba previsto por el legislador a través de los copagos y las cuotas moderadoras que están a cargo de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Pero, agregó la Corte, tampoco debe asumirse que tales mecanismos tienen carácter absoluto e inflexible. Por ello, sobre el particular expresó que, a pesar de la consagración de los copagos y cuotas moderadoras, “existen situaciones excepcionales en las que el compromiso de los derechos fundamentales del afiliado al sistema de seguridad social en salud impone prescindir de tales copagos y cuotas para no vulnerar tales derechos. De allí que la misma ley, por ejemplo, haya considerado que en ninguna circunstancia los pagos moderadores puedan convertirse en barreras de acceso que impidan la prestación del servicio de seguridad social en salud a los más pobres”¹⁰.

15.- Así, en el presente caso, la peticionaria carece, de manera objetiva, de los recursos suficientes para costear el pago que le permita acceder al servicio de salud requerido con urgencia para conservar su integridad física y su vida. Tampoco tiene la posibilidad de procurarse la atención por otros medios, tales como la medicina prepagada, los planes complementarios o los beneficios que surjan con ocasión de una relación laboral, precisamente por su debilidad económica.

Por lo anterior, en aplicación de los principios superiores sobre la supremacía de la Constitución Política y la primacía de los derechos inalienables de la persona consagrados en los artículos 4 y 5 de la Carta del 91, esta Sala de Revisión resolverá inaplicar las normas que regulan las cuotas moderadoras o copagos y concederá la protección del derecho a la salud y

a la vida digna de la ciudadana Isabel Cristina Caicedo Vinasco.

En consecuencia, se ordenará a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca que cubra el 100% del costo del examen requerido por la actora, así como de los demás servicios de salud que requiera, con ocasión de la “lesión tumoral con sangrado tipo glioma” que le fue diagnosticada, por lo cual no se le podrá exigir el pago de las cuotas de recuperación a que hace referencia el artículo 18 del Decreto 2351 de 1995.

16.- Ahora bien, aunque la Corte ha dicho que la acción de tutela es improcedente para ordenar la afiliación de la accionante a una A.R.S., por estar “sometida a procedimientos administrativos que la Corte no puede ignorar ni pasar por alto [y porque] la accionante, estando ya dentro del sistema Sisben y como participante vinculado, puede exigir, aún sin la asignación de una A.R.S., la prestación de los servicios de salud a las entidades públicas que están en condiciones de subsidiar los servicios de salud que necesite”¹¹, la Sala requerirá a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca para que en el término de 48 horas contadas a partir de la notificación de esta sentencia, coordine con el municipio de La Victoria a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, inicien las diligencias pertinentes para la reclasificación de la peticionaria, así como la asignación de una A.R.S., de acuerdo con los cupos disponibles.

III. DECISIÓN.

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

RESUELVE:

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia proferida en el proceso de la referencia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Cartago (Valle) y en su lugar tutelar los derechos a la salud, a la vida y a la integridad física de la señora Isabel Cristina Caicedo Vinasco.

TERCERO.- ORDENAR a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta sentencia, certifique al Hospital Universitario del Valle, Evaristo García E.S.E. de Cali, la asunción del

100% de los servicios de salud que requiere la peticionaria con ocasión de la “lesión tumoral con sangrado tipo glioma” que le fuera diagnosticada.

CUARTO.- ORDENAR a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca que en el termino de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta sentencia, en coordinación con el municipio de La Victoria y en el ámbito de sus respectivas competencias, inicien las diligencias pertinentes para la reclasificación de la peticionaria y la asignación de una A.R.S., de acuerdo con los cupos disponibles.

QUINTO.- LÍBRENSE por Secretaría las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

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

RODRIGO UPRIMNY YEPES

Magistrado Ponente (E)

ÁLVARO TAFUR GALVIS

Magistrado

CLARA INES VARGAS HERNANDEZ

Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

1 Según lo dispone el artículo 8º de la Ley 100 de 1993, el sistema de seguridad social integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos

profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en esta ley.

2 Para la Ley 100 de 1993, el principio de solidaridad consiste en la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables (art. 2º).

3 Cfr. Artículo 6º numeral 3 de la Ley 100 de 1993.

4 Cfr. Artículo 157 de la Ley 100 de 1993.

5 Cfr. Artículo 215 de la Ley 100 de 1993.

6 Ver artículo 157 de la Ley 100 de 1993.

7 Ver artículo 187 de la Ley 100 de 1993. Para la Corte Constitucional “Cabe resaltar, entonces, que para el cobro de las cuotas moderadoras a que alude la norma acusada, se tiene como propósito esencial el educativo frente a la utilización racional de los servicios que ofrece el sistema de salud y la contribución razonable hacia la financiación del mismo. Tales objetivos, como ya se destacó, no desconocen la vigencia del principio de solidaridad; de manera que, la norma constitucional que consagra el derecho a la salud (C.P., art. 49) debe interpretarse de acuerdo con sus alcances dirigidos hacia la realización de los valores de la justicia y respeto a la dignidad humana. En el caso sub examine, ello se concreta en la obligación del Estado de garantizar a todos los habitantes del país su acceso para la promoción, protección y recuperación de la salud mediante una progresiva ampliación de la cobertura de sus programas de acción estatal, según la regulación legal establecida, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y la organización de la estructura que el Estado puede disponer para ofrecerlos”. Sentencia C-542-98, M.P. Hernando Herrera Vergara.

8 Ver, artículo 187 de la Ley 100/83.

9 En la sentencia T-660 de 2004, se señaló que “el criterio de incapacidad económica constituye una proyección de un criterio de accesibilidad económica equitativa: que quienes

cuenten con más recursos apoyen a quienes, por carencia de recursos, no pueden acceder a los servicios básicos de salud”.

10 Corte Constitucional. Sentencias T-411 y T-1021 de 2003. Acerca de la excepción al cobro de cuotas moderadoras o copagos en los casos de enfermedades catastróficas o de alto costo, ver también la sentencia T-1056-01.

11 Corte Constitucional. Sentencia T-274-02, M.P. Rodrigo Escobar Gil. En el mismo sentido, la sentencia T-1208-01 del mismo Despacho.