

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad/REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Participación de todos los colombianos/REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Afiliados a régimen contributivo o subsidiado y participantes vinculados

REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Responsabilidad de las entidades territoriales.

La asignación de competencias de las entidades territoriales está acorde con las distintas instancias del proceso de cobertura en salud de la población pobre del país a las que se hizo referencia anteriormente. En tal sentido, los municipios están encargados de identificar a los habitantes menos favorecidos de su jurisdicción, a fin de inscribirlos en el Sisben y, con base en los contratos que suscriba para ello, obtener su afiliación a una administradora del régimen subsidiado. Respecto a los departamentos, su competencia radica en la atención en salud “en lo no cubierto por los subsidios a la demanda”, esto es, el suministro del servicio público de salud a los participantes vinculados que aún no han sido afiliados a una ARS.

MUNICIPIO-Competencia para cubrir servicios de salud de primer nivel de complejidad/DEPARTAMENTO-Competencia para cubrir servicios de salud de los demás niveles de complejidad

De acuerdo con las competencias definidas por el legislador, la prestación de los servicios de salud que sean diferentes a los del primer nivel, son responsabilidad del respectivo departamento. Es de competencia de los municipios cubrir las necesidades médicas correspondientes al primer nivel de complejidad, correspondiendo a los departamentos cubrir los servicios de los demás niveles de complejidad. Cualquier intervención o procedimiento médico distinto a los clasificados en el primer nivel de complejidad, serán los departamentos, a través de las respectivas Secretarías de Salud, los encargados de prestar los servicios de salud.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Afiliados y beneficiarios están sujetos a pagos moderadores/SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Excepción al cumplimiento de pagos moderadores/DERECHO A LA SALUD-Incapacidad económica para pago de cuota moderadora no es óbice para recibir tratamiento médico

La incapacidad financiera de una persona para cancelar las cuotas de recuperación no es razón suficiente para que no reciba un tratamiento o procedimiento médico, de presentarse esta extralimitación de la exigencia se vulnerarían los más altos postulados del Estado Social de Derecho. Por lo tanto, cuando una persona se encuentra en condiciones de pobreza, y requiera de un tratamiento o procedimiento médico que le proteja su derecho a la vida en condiciones de dignidad, no se podrá interponer obstáculos de carácter económico, debido a su imposibilidad económica para la no realización de dichos procedimientos.

Referencia: expediente T-1124000

Acción de tutela interpuesta por Deyanira del Socorro Gómez Vda de Gallego contra la Dirección Seccional de Salud de Antioquía.

Magistrada Ponente:

Bogotá, D. C., ocho (8) de septiembre del dos mil cinco (2005)

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ, JAIME ARAÚJO RENTERÍA y ALFREDO BELTRÁN SIERRA, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, en particular las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9, de la Constitución y en el Decreto 2591 de 1991, profiere la siguiente

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

1. Hechos planteados en la demanda.

Manifiesta la accionante, que desde el 27 de agosto de 2004, le fue ordenada una cirugía de VABRAUM CISTOCELE, debido a un problema de salud que presenta.

Afirma, que en el Hospital del municipio de Ciudad Bolívar (Antioquía) le dieron cita para intervenirla quirúrgicamente el 27 de abril del 2005, pero tal intervención fue aplazada hasta que consignara \$526.000 como copago.

Aduce la peticionaria que no se encuentra en capacidad económica de efectuar el pago de

esa cuota, puesto que es una persona que vive sola y su sustento lo deriva de la venta de chance.

Sostiene a su vez, que acudió ante la Dirección Seccional de Salud de Antioquía para que procediera a autorizar la práctica de la cirugía, y ello no le fue autorizado.

Finalmente, manifiesta la accionante que el ente demandado viola el derecho a la vida en condiciones dignas en conexidad con la salud y la seguridad social, en la medida en que no se autoriza el procedimiento quirúrgico que requiere. Por lo anterior solicita, se ordene a la Dirección Seccional de Salud de Antioquía, que autorice la práctica de las cirugías, y se hagan los respectivos cobros ante el fosalgo.

2. Contestación de la entidad demandada

La Dirección Seccional de Salud de Antioquía no se pronunció al respecto.

3. Contestación del Hospital La Merced

El Juzgado Promiscuo de Familia de Andes (Antioquía), decide integrar al contradictorio al Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía). La Subgerente, informa que la accionante fue efectivamente atendida en esta institución el día 3 de marzo de 2005 por ginecología, quien sugiere la realización de la cirugía.

Manifiesta, que dicha autorización fue dada desde el 8 de marzo de 2005, por lo que procedieron a informarle a la peticionaria el valor de la cuota de recuperación que define el decreto 2357 de 1995. Igualmente afirma, que las cirugías requeridas por la accionante pertenecen a grupos quirúrgicos altos según el manual 2423, razón por la cual el valor del copago es alto.

Aduce, que una vez practicados los exámenes y la valoración con el anestesiólogo el 12 de abril de 2005, no fue posible la programación de la cirugía, dado que la demandante no definió si pagaría o no el copago. Sostiene a su vez, que la accionante no se ha vuelto a comunicar con las personas encargadas de la programación de las cirugías, ni ha solicitado acuerdo de pago para llevar a cabo este procedimiento, el cual clasifica la representante del Hospital como ambulatorio y no prioritario.

Finalmente concluye, que a la usuaria no se le han vulnerado sus derechos al servicio, ya que la cirugía fue autorizada con oportunidad, pero ésta debe conocer no sólo los derechos, sino también los deberes que también tiene para acceder a los servicios de salud.

4. Pruebas que obran dentro del expediente.

* Copia de la remisión de pacientes del servicio de ginecología, donde consta la cirugías de Vabraum Cistocèle e Histerectomía Vaginal, requeridas por la accionante. (folio 3 y 4).

* Copia de la Cédula de Ciudadanía de Deyanira del Socorro Gómez Vda de Gallego. (folio 5).

* Copia de certificación expedida por la auxiliar administrativa del Sisben del Municipio de Andes (Antioquía) donde certifica que la accionante se encuentra registrada en la base de datos del Sistema de Selección de Beneficiarios, dentro del nivel tres (3) del área urbana del municipio de andes; así como que no se encuentra afiliada a ninguna ARS. (folio 6).

II. DECISION JUDICIAL OBJETO DE REVISIÓN

El Juzgado Promiscuo de Familia de Andes (Antioquía), mediante sentencia de 29 de abril de 2005, denegó las pretensiones de la actora al determinar que el artículo 160 de la Ley 100 de 1993, establece que es deber de los asociados y afiliados facilitar el pago, y pagar lo que les corresponda, sobre las cotizaciones y los pagos obligatorios a que haya lugar.

Dispuso el juez, que en la medida en que las cirugías fueron programadas para el 27 de abril de 2005, no existió violación a los derechos de la accionante.

Como última consideración, estima que pese a que la Dirección Seccional de Salud de Antioquía no hizo ningún pronunciamiento, el Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía) si lo hizo, manifestando que prestará sus servicios una vez la peticionaria cumpla con el requisito de la cancelación del copago, razón por la cual deniega la tutela.

III. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

1. Competencia

La Sala Novena de Revisión de la Corte es competente para conocer el fallo objeto de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991 y en las demás disposiciones pertinentes.

1. Problema Jurídico a resolver

La demandante acudió a la Dirección Seccional de Salud de Antioquía solicitándole la autorización y práctica de unas cirugías que requiere. Por su parte, la entidad accionada omitió dar respuesta a la acción de tutela. A su vez, el Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía) negó haber violado los derechos fundamentales de Deyanira del Socorro Gómez a partir de dos criterios diferentes: (i) que la cirugía fue autorizada con oportunidad; y (ii) que para proceder a realizarla es indispensable que se efectúe el pago de la cuota de recuperación. Frente a tal negativa, la peticionaria solicita se le amparen los derechos fundamentales a la vida en conexidad con la salud y la seguridad social, dado que no se encuentra en capacidad económica de efectuar el pago de esa cuota.

Ante tal situación, la Sala debe estudiar si la conducta de las entidades demandadas vulneran el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad social de la demandante, teniendo en cuenta que no se le ha practicado la cirugía ordenada por el médico tratante, por no contar con los recursos económicos necesarios para cancelar la cuota recuperadora. Para este efecto, la Sala abordará el estudio de los siguientes temas: (i) El derecho a la salud como derecho fundamental y su protección por vía de la Acción de Tutela, (ii) La Responsabilidad de las entidades territoriales respecto de la atención en salud de las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social, (iii) La prestación de los servicios de salud de acuerdo al grado de complejidad, (iv) La incapacidad en el pago de las cuotas recuperadoras y por último, se abordará la solución del caso concreto.

2.1 El derecho a la salud como derecho fundamental y su protección por vía de la Acción de Tutela

En forma reiterada, esta Corporación ha señalado que el derecho a la salud, por si solo, no ostenta el carácter de fundamental. Es considerado como tal, frente a sujetos de especial protección, tal es el caso de los niños por expresa disposición del artículo 44 de la Constitución Política, de los adultos mayores¹ y de las personas con discapacidad mental o física². Sin embargo, también ha precisado que adquiere esta calidad en los casos en que, consideradas las circunstancias concretas, éste se encuentre en conexidad con uno o varios derechos fundamentales como la vida o la integridad personal. Al respecto, esta Corporación ha expresado:

“La prestación de los servicios de salud como componente de la seguridad social, por su naturaleza prestacional, es un derecho y un servicio público de amplia configuración legal, pues corresponde a la ley definir los sistemas de acceso al sistema de salud, así como el alcance de las prestaciones obligatorias en este campo (C.P. 48 y 49). La salud no es entonces, en principio, un derecho fundamental, salvo en el caso de los niños, no obstante lo cual puede adquirir ese carácter en situaciones concretas debidamente analizadas por el juez constitucional, cuando este derecho se encuentre vinculado clara y directamente con la protección de un derecho indudablemente fundamental. Así, el derecho a la salud se torna fundamental cuando se ubica en conexidad con el derecho a la vida o el derecho a la integridad personal”³.

Igualmente, sobre el derecho a la vida, ha manifestado esta Corporación que éste no puede valorarse desde una perspectiva meramente formal. Ello, en razón a que la vida no sólo comprende la existencia en sí misma y la garantía para los individuos de que nadie pueda causarle la muerte como un acto de expresión de la voluntad, sino además, la subsistencia en condiciones dignas, permitiéndole a su titular alcanzar un estado de salud lo más lejano posible al sufrimiento y al dolor, de manera que pueda desarrollar plenamente su personalidad.

Es por ello, que la Constitución Política protege a la persona contra las acciones u omisiones de autoridades o particulares que pongan en grave peligro su vida, es decir, que de una u otra forma puedan afectar no solo la existencia humana sino también la subsistencia sin

importar el grado de afectación de esta última.

Así entendido, los derechos a la vida y a la integridad física deben interpretarse conforme al principio de dignidad humana, teniendo en cuenta los componentes de calidad de vida y condiciones de subsistencia del individuo, hace que en algunos casos su protección involucre necesariamente la protección del derecho a la salud.

2.2 Responsabilidad de las entidades territoriales respecto de la atención

en salud de las personas vinculadas al sistema general de seguridad social.

Con fundamento en el artículo 49 de la Constitución, se desarrolló un régimen legal encaminado a garantizar el acceso de todas las personas a la salud y sus diferentes modalidades de prestación, con lo cual se asegura que los grupos más marginados de la sociedad, incluidas las personas en condición de indigencia que no están en capacidad de cumplir con los requisitos exigidos por la ley, tengan la posibilidad de acceder a la salud como derecho, y a los servicios médicos por ellos requeridos, como parte de la justicia social que orienta al Estado Social de Derecho.

En aplicación del principio de universalidad prescrito en la Constitución para el servicio público de seguridad social en salud, el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 estipula la participación de todos los colombianos en el sistema general de seguridad social en salud. Dicha pertenencia, se logra a través de dos formas: la afiliación, bien sea en el régimen contributivo propio de las personas con capacidad de pago o en el subsidiado dirigido hacia la población pobre del país, o bajo la categoría de los participantes vinculados.

El artículo 32 del Decreto 806 de 1998 que reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud estipula que “Serán vinculadas al sistema general de seguridad social en salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.”

Igualmente, el artículo 33 del mismo decreto determina los beneficios de las personas vinculadas al sistema, así: “Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al sistema general de seguridad social en salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas

y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.”

En este sentido, el objetivo de la regulación legal es que todos los habitantes estén afiliados al sistema, en alguno de los dos regímenes, estableciéndose que las personas económicamente menos favorecidas quienes aún no han sido incorporadas al régimen subsidiado, tienen la posibilidad de acceder a las instituciones de salud que reciben recursos públicos bajo la figura de la participación vinculada.

“Al régimen subsidiado establecido por la Ley 100 de 1993, pertenecen las personas integrantes de los estratos 1 y 2, es decir, la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, con especial énfasis: las madres durante el embarazo, parto, post parto y lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los artistas y deportistas, los trabajadores y profesionales independientes, los toreros y sus subalternos, los periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago. Esta clase de participantes en donde se ubican las personas económicamente menos favorecidas y aún no incorporadas al sistema de seguridad social en salud, son transitorios y no por ello constituyen un tercer régimen.

Mientras logran su afiliación al régimen subsidiado tienen la posibilidad de acceder a las instituciones de salud que reciben recursos públicos bajo la figura de la participación vinculada, esto es, que tendrán el derecho de acceder a los servicios de salud sin que se encuentren afiliados o deban afiliarse a alguno de los dos regímenes establecidos.”

La atención en salud, en lo que respecta a los afiliados, se suministra conforme a los planes obligatorios y de beneficios de cada uno de los regímenes bien sea contributivo o subsidiado, ofrecidos por las empresas promotoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado, respectivamente. Con relación a los participantes vinculados, éstos tienen el derecho de acceso al servicio médico en las instituciones de salud que administran recursos públicos.

La Ley 715 de 2001 establece claramente las competencias de las entidades territoriales en

materia de prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. El artículo 43 de la ley determina lo siguiente:

“Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

(...)

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. 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.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera 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 los servicios de salud mental.”

A su vez, el artículo 44.2 de la mencionada norma, determina dentro de las competencias de los municipios en lo que hace referencia al aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la de identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, así como celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de esta población y realizar el seguimiento y control.

Así las cosas, la asignación de competencias de las entidades territoriales está acorde con las distintas instancias del proceso de cobertura en salud de la población pobre del país a las que se hizo referencia anteriormente. En tal sentido, los municipios están encargados de identificar a los habitantes menos favorecidos de su jurisdicción, a fin de inscribirlos en el Sisben y, con base en los contratos que suscriba para ello, obtener su afiliación a una administradora del régimen subsidiado. Respecto a los departamentos, su competencia

radica en la atención en salud “en lo no cubierto por los subsidios a la demanda”, esto es, el suministro del servicio público de salud a los participantes vinculados que aún no han sido afiliados a una ARS.

1. La prestación de los servicios de salud de acuerdo al grado de complejidad.

De acuerdo con las competencias definidas por el legislador, la prestación de los servicios de salud que sean diferentes a los del primer nivel, son responsabilidad del respectivo departamento. Al respecto la Ley 715 de 2001 en su artículo 49 párrafo 3º consagró:

(...)

“A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos. (Negrillas fuera de texto).

Conforme a lo anterior, en materia de distribución de recursos para prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el artículo 49 dispone que a cada departamento le corresponde el 59% de los montos estipulados, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos.

De acuerdo con el precitado artículo, es de competencia de los municipios cubrir las necesidades médicas correspondientes al primer nivel de complejidad, correspondiendo a los departamentos cubrir los servicios de los demás niveles de complejidad.

Así mismo, la Resolución número 5261 de 1994, por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, determina los niveles de complejidad, en donde se establece que los departamentos son los encargados de los tratamientos médicos cuyo grado de complejidad supere el primer nivel.

En efecto el artículo 20 de la Resolución 5261 de 1994 consagra lo siguiente:

“RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I : Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II : Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico”.

De igual forma, el artículo 21 de la misma Resolución, dispone una clasificación por niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica de la siguiente manera:

“ARTICULO 21. Para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así:

NIVEL I : GRUPOS 01, 02, 03.

NIVEL II : GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08.

NIVEL III: GRUPOS 09 Y SIGUIENTES.

NIVEL IV : Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS descritas anteriormente.”

En conclusión, cualquier intervención o procedimiento médico distinto a los clasificados en el primer nivel de complejidad, serán los departamentos, a través de las respectivas Secretarías

de Salud, los encargados de prestar los servicios de salud.

2.4 La incapacidad en el pago de las cuotas recuperadoras no constituye una barrera para hacer efectivo el derecho a la salud.

Respecto al tema del pago de cuotas recuperadoras, esta Corporación ha sostenido que el Sistema de Seguridad Social en Salud debe dotarse de una racionalidad económica que lo haga viable⁴. A ello obedecen los copagos y las cuotas moderadoras, que por la misma ley y los postulados de esta Corporación son legítimos.

Los pagos moderadores de la población que se encuentra no afiliada, que sería el caso de la demandante, se regulan por el artículo 18 del decreto 2357 de 1995. De acuerdo con el precitado decreto se dispone lo siguiente:

“Artículo 18. Cuotas de Recuperación. 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 niveles 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 las 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.” (negrillas fuera del texto).

“La regla general es que los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud están sujetos a pagos moderadores (Ley 100 de 1993, artículo 187). Como puede advertirse, esta regla general no se aplica a la población vinculada sino únicamente a la población afiliada, ya sea mediante el régimen contributivo o mediante el régimen subsidiado. Los afiliados mediante este último régimen pagan un porcentaje de acuerdo al nivel en el que hayan sido clasificados.

No obstante que el legislador consagró esa regla general, manifestó expresamente que los pagos moderadores no podían concebirse como “barreras de acceso para los más pobres”. Es decir, la misma ley prevé que, en situaciones extremas, la imposibilidad de cumplir los pagos moderadores no puede conducir a la no prestación del servicio de seguridad social en salud”. (Negrillas fuera de texto).

Así las cosas, la incapacidad financiera de una persona para cancelar las cuotas de recuperación no es razón suficiente para que no reciba un tratamiento o procedimiento médico, de presentarse esta extralimitación de la exigencia se vulnerarían los más altos postulados del Estado Social de Derecho.

Por lo tanto, cuando una persona se encuentra en condiciones de pobreza, y requiera de un tratamiento o procedimiento médico que le proteja su derecho a la vida en condiciones de dignidad, no se podrá interponer obstáculos de carácter económico, debido a su imposibilidad económica para la no realización de dichos procedimientos.

2.5 Solución del Caso Concreto.

Para resolver el caso encuentra la Sala que la accionante reclama de los entes accionados, la autorización y práctica de unas cirugías que requiere. Por su parte, el Hospital se niega a realizar la cirugía hasta tanto no se cancele el valor equivalente a la cuota recuperadora, como deber de la accionante para poder acceder a dicha prestación.

Conforme los hechos y la jurisprudencia constitucional reseñada anteriormente, estima la

Sala que en el presente caso se vulnera el derecho fundamental a la vida en condiciones dignas y a la salud de Deyanira del Socorro Gómez Vda de Gallego, como pasa ha demostrarse a continuación.

Resulta claro que la accionante padece una patología que consiste en un sangrado vaginal anormal, motivo por el cual requiere que le sea extraído su útero, mediante una histerectomía.

Ante tal situación, el derecho a la vida en condiciones dignas y el derecho a la salud de la accionante se ven menoscabados. Si bien el Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía) afirma que las cirugías requeridas por la accionante son procedimientos ambulatorios y no prioritarios, no puede perderse de vista que la subsistencia en condiciones dignas, significa alcanzar un estado de salud lo más lejano posible al sufrimiento y al dolor, de manera que pueda desarrollar plenamente su personalidad.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en reiteradas oportunidades⁵ se ha referido a la necesidad de que la prestación del servicio de salud a los usuarios del SGSSS sea oportuna y eficiente, pues ello garantiza que las condiciones de salud del paciente tiendan -como es su esencia- hacia la recuperación o control de la enfermedad que lo aqueja y no hacia una mayor perturbación funcional de su organismo que pueda afectar su derecho a la vida en condiciones dignas.

Ahora bien, el hecho de que la accionante pertenezca al nivel III del Sisben, en calidad de participante vinculado al Sistema de Seguridad Social en Salud, es decir, se encuentre dentro del grupo de la población pobre y vulnerable del país, que no cuenta con recursos económicos para sufragar los costos de los procedimientos quirúrgicos que requiere, es razón suficiente para demostrar su incapacidad de pago, y por ende, ser sujeto de protección a través de la acción de tutela.

En esa medida, tal y como lo estableció la Sala anteriormente, el pago de las cuotas no pueden ser un obstáculo para la no prestación de los servicios de salud de la población más vulnerable de la sociedad. Las condiciones de pobreza de una persona no puede generar como consecuencia la no prestación de un servicio médico, de presentarse esa situación, se estaría creando un obstáculo que fracturaría los principios fundamentales en los que se funda la Constitución Nacional.

Por lo tanto, cuando una persona se encuentra en condiciones de pobreza, como es el presente caso, y requiera de un tratamiento o procedimiento médico que le proteja su derecho a la vida en condiciones de dignidad, no se podrá interponer obstáculos de carácter económico, debido a su imposibilidad económica por condiciones extremas para la no realización de dichos procedimientos.

Igualmente, según la Resolución 5261 de 1994, la histerectomía vaginal y vabraum cistocele, pertenecen a los grupos quirúrgicos 11 y 06 respectivamente, por ende, es responsabilidad del Departamento de Antioquía efectuar el pago de dicha cuota de recuperación, toda vez que de acuerdo con las competencias definidas por el legislador en la Ley 715 de 2001, la prestación de los servicios de salud que sean diferentes a los del primer nivel, son responsabilidad del respectivo departamento.

En ese orden de ideas, la Sala ordenará a la Dirección Seccional de Salud para que autorice y efectúe el pago de la cuota recuperadora de los procedimientos quirúrgicos requeridos por la accionante. Igualmente, la Sala ordenará al Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía) a realizar las correspondientes cirugías.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la Sentencia proferida por el Juzgado Promiscuo de Familia de Andes (Antioquía), la cual negó el amparo de los derechos fundamentales a la salud ,a la vida en condiciones dignas de Deyanira del Socorro Gómez Vda de Gallego en el asunto de la referencia. En su lugar, CONCEDER, por las razones y en los términos de esta sentencia, el amparo a los derechos fundamentales.

SEGUNDO: ORDENAR a la Dirección Seccional de Salud de Antioquía, que dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, si aún no lo ha hecho, autorice y efectúe el pago de la cuota recuperadora de los procedimientos quirúrgicos requeridos por la accionante.

TERCERO: ORDENAR al Hospital La Merced de Ciudad Bolívar (Antioquía) que realice las cirugías de Histerectomía Vaginal y Vabraum Cistocele, requeridas por la accionante.

CUARTO: Por secretaría General líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada Ponente

JAIME ARAÚJO RENTERÍA

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MENDEZ

Secretaria General

1 Sentencia T-1081 de 2001, reiterada en las sentencias T-004 de 2002 y T-111 de 2003.

2 Sentencia T-850 de 2002 (M.P. Rodrigo Escobar Gil). En este fallo, la Corporación consideró que una prestación de salud se torna fundamental, entre otros, en los siguientes eventos: (a) cuando debido a las condiciones físicas, mentales, económicas o sociales en las que (a una persona) le corresponde vivir disminuyen significativamente su capacidad para enfrentar la enfermedad, siempre y cuando; (b) el Estado o la sociedad tengan la capacidad para enfrentarla sin sacrificar otro bien jurídico de igual o mayor valor constitucional y; (c) la prestación solicitada sea necesaria i) para sobrepasar las barreras que le permiten llevar su vida con un grado aceptable de autonomía, ii) para mejorar de manera significativa las condiciones de vida a las que lo ha sometido su enfermedad y iii) para evitar una lesión irreversible en aquellas condiciones de salud necesarias para ejercer sus derechos fundamentales.

3 Sentencia C-177 de 1998, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

4 Ver sentencia T - 411 de 2003. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

5 Corte Constitucional Sentencia T-111 de 1993 MP. Hernando Herrera Vergara y Alejandro Martínez Caballero, Sentencia T-889 de 2001 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, Sentencia T-808 de 2004 M.P. Clara Inés Vargas Hernández.