

Auto 241/08

Referencia: Sentencia T-760 de 2008

Solicitud de aclaración de Diego Muñoz Tamayo, en calidad de apoderado de EPS Sanitas SA.

Magistrado Ponente:
Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Bogotá, D.C., diecinueve (19) de septiembre de dos mil ocho (2008)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, Manuel José Cepeda Espinosa, Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Escobar Gil, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales,

CONSIDERANDO

1. Que mediante escrito presentado el nueve (09) de septiembre de dos mil ocho (2008) por el apoderado EPS Sanitas SA, Diego Muñoz Tamayo, se solicita a este despacho la aclaración de la sentencia T-760 de 2008.
2. Que dada la extensión de la sentencia T-760 de 2008 se entiende que existan múltiples interrogantes en relación con la misma. Con todo, es necesario distinguir las preocupaciones sobre la interpretación de las decisiones adoptadas en la sentencia, de las verdaderas confusiones o contradicciones que esta pueda contener, ya que sólo en el último caso procede la aclaración.
3. Que con base en el artículo 309 del Código de Procedimiento Civil, que prevé la posibilidad de que las partes presenten solicitudes de aclaración de las providencias dentro del término de ejecutoria de la providencia, la Corte ha concedido excepcionalmente la aclaración de sus sentencias.
4. Que la presente solicitud de aclaración fue presentada oportunamente.
5. Que el apoderado de EPS Sanitas SA considera que la decisión vigésimo tercera de la sentencia T-760 de 2008 no es clara en relación con las condiciones bajo las cuales se reembolsa únicamente el 50% del servicio médico suministrado por la EPS. La orden vigésimo tercera, contenida en la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008, señala:

“Vigésimo tercero.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que

debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.

El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.”

6. Que el solicitante indica que en una sentencia anterior, la C-463 de 2008 (MP Jaime Araujo Rentería), la Corte Constitucional había adoptado la siguiente decisión:

“Primero. Declarar EXEQUIBLE el literal j) del artículo 14 de la Ley 1222 de 2007, en el aparte que dispone “En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por

partes iguales entre las EPS y el Fosyga”, en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes.”

Para el solicitante esta decisión “(...) especifica que la sanción de reconocer únicamente el cincuenta por ciento (50%) de los costos a las EPS que no tramiten las solicitudes en debida forma ante el CTC, es aplicable no sólo a medicamentos sino a otros servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en los planes de beneficios. Adicionalmente indica que la disposición se extiende tanto al régimen contributivo como al subsidiado. // Del texto citado no se desprende bajo ninguna interpretación que en caso de que el CTC tramite en debida forma una solicitud de entrega de medicamentos o una prestación NO POS, y la niegue por considerarla improcedente, deba asumir la sanción económica referida en caso de que sea ordenada por tutela.”

Con todo, para el solicitante: “De la redacción actual del texto de la orden contenida en el numeral Vigésimo Tercero de la sentencia, se podría interpretar en forma errada que la sanción económica a cargo de las EPS en el sentido de soportar el costo de la mitad del valor por un medicamento o prestación de salud, es aplicable siempre que dicho medicamento o prestación sea negado por un CTC y ordenado mediante fallo de tutela”

7. Que, con base en las anteriores razones, solicita: “(...) aclarar el numeral Vigésimo Tercero de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008 para señalar de manera expresa, sin lugar a equívocos y en línea con sus propios pronunciamientos, que el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos a la EPS sólo procederá cuando estas entidades desatienden el deber de tramitar en debida forma la solicitud de medicamentos o prestaciones ante el CTC y, posteriormente, su suministro o prestación le sea ordenado por fallo de tutela.”

8. Que la sentencia C-463 de 2008, para que proceda el pago completo por parte del Fosyga indicó que las órdenes del médico tratante han de ser enviadas por la EPS al Comité Técnico Científico, no sólo para que sean tramitadas sino, para su consideración y aprobación. Dijo la sentencia C-463 de 2008: “(...) esta Corte considera que una vez ordenado algún servicio médico por el médico tratante, quien es el profesional especializado competente para determinar lo que necesita una persona para promover, proteger o recuperar su salud, y si dicho servicio de salud no se encuentra cubierto por el POS, este requerimiento debe ser llevado por las EPS a los CTC para su respectiva consideración y aprobación. En caso contrario, esto es, cuando la EPS no estudie oportunamente tales solicitudes, ni las tramite

ante el CTC, y cuando se obligue a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos deberán ser cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga, tal y como lo dispone la norma.”

9. Que en la sentencia T-760 de 2008, en el apartado 6.1.3.2.1, en relación con la aplicación de la regla establecida en la sentencia C-463 de 2008 en los casos en los que el Comité Técnico Científico tenga competencia para ordenar servicios de salud, se indicó: *“En estos casos se aplicará la regla establecida recientemente en la sentencia C-463 de 2008¹ en la que se revisó la constitucionalidad del literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007,² en la cual se decidió que “siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes” se reembolsará sólo la mitad de los costos no cubiertos. Es decir, cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente la EPS se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos.”*

10. Que para la Sala, la sentencia T-760 de 2008 en la parte motiva se refirió con claridad a la posibilidad de que el Comité Técnico Científico niegue la autorización de servicios de salud, por ejemplo, cuando existen razones científicas o se ha verificado que el usuario cuenta con recursos económicos para asumir directamente el costo del servicio de salud no POS ordenado por el médico tratante.

En relación con la posibilidad de que el Comité Técnico Científico niegue la autorización de servicio con base en razones científicas indicó la sentencia lo siguiente:

“Subraya la Corte que la resolución del desacuerdo entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico puede basarse en razones médico-científicas, caso en el cual la intervención judicial será menos pertinente. En efecto, en la jurisprudencia constitucional se ha reiterado que cuando lo prescrito por el médico tratante es negado con base en razones administrativas, el juez de tutela debe darle prevalencia al médico tratante. Otra sería la situación si el

¹ Corte Constitucional, sentencia C-463 de 2008 (MP Jaime Araujo Rentería)

² Decidió la Corte en dicha providencia: *“Declarar exequible el literal j) del artículo 14 de la ley 1122 de 2007, en el aparte que dispone “En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga”, en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes.”*

Comité aportara razones científicas enderezadas, no a obstaculizar el servicio de salud idóneo para determinado usuario, sino a lograr la adecuada protección del derecho a la salud a partir de criterios médico-científicos.”

La sentencia también fue clara en resaltar que el CTC puede negar la autorización de servicios no POS cuando el usuario tiene la capacidad económica para sufragarlo. Al respecto dijo:

“6.1.3.1.6. Con todo, el Comité Técnico Científico no ha aplicado entre los criterios para autorizar un servicio de salud la capacidad económica del usuario. En la jurisprudencia de la Corte Constitucional, por el contrario, éste sí ha sido un criterio relevante para determinar si en un caso concreto se debe ordenar o no el suministro de un servicio médico, como se señaló previamente (ver apartado 4.4.5.).³ En aquellos casos en los que el usuario solicita un servicio médico no incluido en el POS, pero cuenta con capacidad económica para costear lo que le corresponda pagar, la Corte Constitucional ha negado su autorización con cargo a los recursos del Fosyga. El concepto de capacidad económica para cubrir un servicio médico es relativo, y depende del nivel de ingresos del solicitante y del costo del servicio requerido (ver apartado 4.4.5.). Los criterios inflexibles para la determinación de la capacidad económica para cubrir un servicio médico, como el Ingreso Base de Cotización (IBC), resultan insuficientes a la luz de la jurisprudencia constitucional. Por ejemplo en la sentencia T-959 de 2004⁴ se estudió el caso de una menor de tres años que padecía diabetes mellitus tipo uno y requería, como parte de su tratamiento, tirillas de glucometría para medir el nivel de azúcar en su sangre. Estas no estaban incluidas en el POS pero los padres de la menor tenían capacidad económica para asumir su costo. Dijo la Corte en aquella ocasión,

“Al revisar la descripción presentada en este proceso de los ingresos y gastos de la familia Rodríguez Anzola se concluye que sus ingresos mensuales son suficientes –sin que se haya desvirtuado ello por la actora y sin que ello signifique que en el futuro su situación económica pueda cambiar– para poder cubrir los costos de los instrumentos médicos requeridos por la menor, que hacen parte del tratamiento médico que le fue prescrito.

Esta Sala de Revisión no desconoce que, de acuerdo con la descripción de la capacidad económica de esta familia, cubrir los costos mensuales de las jeringas y de las tirillas que requiere su hija,

³ Entre los criterios señalados por la jurisprudencia de la Corte Constitucional se encuentra que “*el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie*”.

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-959 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

implica una disminución del dinero disponible para el sostenimiento de la pareja, que les obliga a hacer un esfuerzo en este sentido, pero que en todo caso, no los está llevando a una situación que imposibilite su subsistencia digna.

Los jueces de tutela y los accionantes no deben olvidar que los recursos del Fosyga, están destinados exclusivamente para las personas que les es imposible, por sus propios medios económicos, acceder a tratamientos, medicamentos o pruebas de diagnóstico excluidos del P.O.S, que requieran con urgencia para salvaguardar su vida y su integridad.

Dar un uso distinto a estos recursos o incluir dentro de los beneficiarios a quienes no cumplan con los estrictos requisitos establecidos, implica necesariamente la exclusión en la asignación de recursos escasos de algunos que sí requieren con urgencia de esta ayuda estatal, poniendo con esto en serio peligro sus derechos fundamentales a la vida y a la integridad.”⁵

En ningún caso la capacidad económica de un usuario puede ser un obstáculo para acceder a los servicios de salud. Por esta razón, si bien se reconoce que los usuarios del sistema de salud deben hacer un esfuerzo por asumir el costo de los servicios que se encuentran excluidos de los planes de beneficios cuando tienen capacidad para hacerlo, cuando existan dudas acerca de una persona puede asumir o no el costo de un servicio médico, se debe ordenar su provisión como garantía del goce efectivo del derecho a la salud. Por ejemplo en la sentencia T-899 de 2007.⁶ La Corte estudió el caso de una mujer que padecía un trastorno bipolar severo del cual había presentado varios episodios de crisis que implicaron que fuera recluida en un hospital psiquiátrico por largas temporadas. Desde hacía aproximadamente 10 años había logrado controlar la enfermedad con el tratamiento prescrito por un médico adscrito a la red de su empresa de medicina prepagada y adscrito también a la red de la EPS. Los medicamentos se encontraban excluidos del POS por lo que había asumido su costo directamente durante varios años, sin embargo, para el momento en el que interpuso la tutela su situación económica había cambiado y se había tornado tan crítica que iba a tener que dejar el tratamiento, en contra de las indicaciones del médico tratante y bajo la advertencia de que no era procedente cambiar el medicamento. La accionante trabajaba y tenía algunos ingresos pero estos no eran claramente suficientes para cubrir el tratamiento y suspenderlo afectaría seriamente su salud. En esa oportunidad señaló la Corte que los “anteriores datos indican que este es un caso límite, en el cual existe alguna capacidad económica pero no es claro si la misma resulta

⁵ Corte Constitucional, sentencia T-959 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

⁶ Corte Constitucional, sentencia T-899 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa).

suficiente para cubrir el costo del tratamiento ordenado por el médico tratante y no poner en riesgo su derecho fundamental a la salud y a recibir tratamiento integral para superar su discapacidad. En este caso la duda es aún más acentuada porque se trata de un tratamiento acerca de cuya duración se desconoce el término, ya que podría ser para toda la vida y los costos podrían variar dependiendo de las necesidades del tratamiento.””

11. Que el numeral Vigésimo Tercero, en el aparte relevante para la solicitud de aclaración, remite a las anteriores consideraciones: *“Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.”*

12. Que según lo anteriormente transcrito, la sentencia T-760 de 2008 con claridad señala que: 1) no basta que el Comité Técnico Científico tramite administrativamente la solicitud para que proceda el reembolso del 100% del servicio médico no POS; 2) que el Comité Técnico Científico sí puede negar solicitudes de autorización de servicios médicos con base en razones científicas o cuando el usuario tiene capacidad para financiar directamente el servicio no POS.

13. Concluir que el CTC cumple con sus responsabilidades atinentes al respeto del derecho a la salud con el mero trámite administrativo de la solicitud de autorización de un servicio médico no POS, llevaría a que el CTC pueda negar todos los servicios solicitados, después de un trámite oportuno.

14. Que para la Sala el numeral Vigésimo Tercero, y la parte motiva de la sentencia T-760 de 2008 son claros y precisos en relación con las condiciones para que proceda el reembolso del 100% del servicio médico no Pos autorizado, por lo que no se aclarará la sentencia en este punto.

RESUELVE

Primero.- Denegar la solicitud de aclaración de la sentencia T-760 de 2008 presentada por Diego Muñoz Tamayo, en calidad de apoderado de EPS Sanitas SA.

Segundo.- INFORMAR al peticionario que contra el presente auto no procede recurso alguno.

Comuníquese y cúmplase,

MANUEL JOSE CEPEDA ESPINOSA
Magistrado

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO
Magistrado

RODRIGO ESCOBAR GIL
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MENDEZ
Secretaria General