

Sentencia T-019/10

DERECHO A LA SALUD-El transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio

A partir del 1° de enero de 2010, el servicio de transporte o traslado de pacientes se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud, conforme a los artículos 33 y 34 del Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud que rige a partir de tal fecha; tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado. La inclusión de este servicio quedó prevista (i) en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud de pacientes remitidos por la institución, y (ii) en un medio diferente a la ambulancia cuando el servicio que requiere el paciente no esté disponible en el municipio de su residencia. Con anterioridad a esta normatividad, la Corte ya se había apoyado en el principio constitucional de solidaridad, consagrado en el numeral 2° del artículo 95 de la Constitución Política, para ordenar la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía de una persona para facilitarle el acceso a los servicios de salud que requiriera. Este principio impone a toda persona el deber de responder "...con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas". La Corte ha indicado que si una persona afectada en su salud no puede acceder a un servicio médico excluido del POS por carecer de los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, los familiares y parientes más cercanos son quienes deben suministrar estos recursos. Sin embargo, cuando la familia más cercana al enfermo también carece de los medios económicos, "nace para el Estado la obligación de suministrarlos, sea directamente, o a través de la entidad prestadora del servicio de salud (...) Para los efectos de la obligación que se produce en cabeza del Estado, es indiferente que el afectado se encuentre en el régimen contributivo o subsidiado".

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Cuotas moderadoras o copagos no pueden convertirse en barreras de acceso al servicio para personas que no tienen recursos económicos

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Exoneración de pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos

DERECHO A LA SALUD-Transporte, hospedaje y viáticos de paciente para valoración con el especialista de neurología

Referencia: expediente T-2386690

Acción de tutela instaurada por OMAR TRIANA CALLEJAS contra la Asociación Mutual la Esperanza "ASMET SALUD" ESS EPS-S Regional Caquetá y el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA - IDESAC.

Magistrado Ponente:

Dr. JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Bogotá, D.C., veintidós (22) de enero de dos mil diez (2.010).

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, JORGE IVAN PALACIO PALACIO y JUAN CARLOS HENAO PÉREZ, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Dentro del trámite de revisión del fallo emitido por el Juzgado Promiscuo Municipal de San Vicente del Caguán, el 11 de junio de 2009, dentro de la acción de tutela promovida por el ciudadano OMAR TRIANA CALLEJAS contra la Asociación Mutual la Esperanza "ASMET SALUD" ESS EPS-S Regional Caquetá y el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA, IDESAC.

El señor OMAR TRIANA CALLEJAS, adulto mayor de 69 años de edad¹, de escasos recursos y precario estado de salud, afiliado al Régimen Subsidiado de Salud Nivel I, manifiesta que no ha podido acceder a la atención de un especialista médico porque no cuenta con los recursos para desplazarse desde San Vicente del Caguán hasta la ciudad de Florencia, Caquetá². Él relata los siguientes hechos:

1. El 6 de marzo de 2006, fue víctima de la explosión de una bomba activada al paso de un convoy militar a la altura del barrio Ciudad Bolívar de San Vicente del Caguán, cuyas esquirlas hicieron impacto en su cabeza, estómago, pecho y piernas.

1. El mismo día fue trasladado a Bogotá, en un avión militar, para recibir atención médica.

1. A raíz del acontecimiento ha venido padeciendo severas dolencias abdominales, neurálgicas y en las extremidades inferiores, que le han impedido desempeñar labores para obtener un sustento económico y poder asistir a las citas programadas por ASMET SALUD³.

1. Afirma que de parte de ASMET SALUD ha recibido atención médica general, pero sus dolencias requieren la consulta con un especialista con el cual no cuenta la EPS-S.

1. Manifiesta que ASMET SALUD autorizó la consulta con un especialista en la ciudad de Florencia, Caquetá, pero que él no cuenta con los recursos económicos para desplazarse a esa ciudad.

1. Agrega que le ha solicitado a ASMET SALUD que le facilite los recursos de desplazamiento para acudir a la cita, sin que esta haya accedido a su petición⁴. ASMET SALUD contestó diciendo que la solicitud no es viable debido a que se trata de un evento que no hace parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS-, y que debe ser tramitado ante el ente territorial -Instituto Departamental de Salud del Caquetá, IDESAC⁵.

1. El actor manifiesta que la EPS también ha incumplido la obligación de no exigir el pago de cuotas moderadoras cuando las personas no tienen capacidad económica de pago.

Solicitud de tutela.

1. El 19 de mayo de 2009, el actor instauró una acción de tutela para que se protejan sus derechos a la vida y a la salud en su calidad de adulto mayor, solicitando se impartan las siguientes órdenes a la EPS-S ASMET SALUD: (i) efectuar el cubrimiento de los gastos que requiere para asistir a la cita médica con un especialista en Florencia, tales como pasajes, alimentación y hospedaje; (ii) no exigir al actor los pagos moderadores en todos los tratamientos, medicamentos y procedimientos derivados de su enfermedad y (iii) realizarle todos los procedimientos y entregarle los medicamentos que sean necesarios para el restablecimiento total de su salud o el goce de una vida lo más digna posible, con atención médica integral y completa.

Intervención de la parte demandada la Asociación Mutual la Esperanza “ASMET SALUD” ESS EPS-S Regional Caquetá, empresa promotora de salud del régimen subsidiado en salud EPS-S.

1. La EPS-S contestó la demanda mediante escrito GER-CAQ-TU-30 del 1 de junio del 2009, manifestando que el señor RICAURTE ROJAS (Sic)6 se encuentra afiliado al régimen subsidiado desde el 1 de diciembre de 1999, fecha desde la cual se le han suministrado todas las ayudas diagnósticas y servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S7.

Manifiesta que, el 8 de mayo de 2009, contestó un derecho de petición del actor, diciéndole que su solicitud de transporte para asistir a consulta neurológica no podía ser aceptada por la EPS-S, porque la unidad de pago por capitación UPC que ésta recibe es sólo para suministrar servicios de salud. En la respuesta se añadía que el actor podía acudir al Instituto Departamental de Salud del Caquetá o, en su defecto, a la Alcaldía Municipal de San Vicente del Caguán. Al respecto manifiesta que en el municipio existe un fondo especial destinado a resolver casos como el suyo, de acuerdo con la Resolución 5334 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, expedida para dar cumplimiento a la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, para que las entidades departamentales, distritales y municipales agilicen los trámites de atención de afiliados al Régimen Subsidiado en salud, en eventos no incluidos en el POS.

Agrega que ASMET SALUD ESS EPS-S, “para cumplir las directrices de la[s] Sentencia[s] C-316-2008 y C-463-2008, mediante Acta de Comité Técnico Científico realizó el Acta de CTC8, para este caso particular, pero no se pudo dar viabilidad a lo solicitado por no contar [con] los requisitos dispuestos en nuestro sistema de seguridad social puesto que el médico solicitante debía anexar la solicitud de servicios no POS-S, con su consecuente justificación por ser Servicios y/o Medicamentos No POS-S” y que, además, el ente territorial no ha querido suscribir convenio con la EPS-S para darles la posibilidad de asumir directamente el servicio no incluido en el POS-S y recobrarlo posteriormente.

Considera que ASMET SALUD no ha violado derecho fundamental alguno y solicita que, en el evento en que se tutelen los derechos del actor, la orden sea impartida contra el Instituto Departamental de Salud.

1. El Instituto Departamental de Salud del Caquetá fue vinculado mediante auto del 5 de junio de 2009, proferido por el Juzgado Promiscuo Municipal de San Vicente del Caguán, Caquetá, pero no contestó la acción de tutela⁹.

Decisiones que se revisan.

En el fallo se transcriben apartes de las sentencias T-067 de 2009 y T-900 de 2002 de la Corte Constitucional, para luego señalar que “se observa básicamente que para que [haya] vulneración al derecho a la salud y para que sea obligación de la E.P.S. se requiere que el accionante demuestre la no capacidad de cubrir con los gastos y más aún se debe demostrar inclusive que la familia al igual que él no poseen recursos suficientes para sufragar el gasto del viaje tanto de él como del acompañante si fuese necesario”. Por lo tanto, se negó el cubrimiento de los gastos de desplazamiento que requiere el actor.

Concluyó que “no existe claridad acerca de la capacidad económica que tienen los familiares del accionante” y que, por lo tanto, no se reúnen a cabalidad los requisitos para amparar ese derecho.

1. El fallo de tutela no fue impugnado.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

Competencia.

1. Esta Corte es competente para conocer del fallo materia 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. También por haber sido dispuesta su revisión mediante auto del veinticuatro (24) de septiembre de dos mil nueve (2009), por la Sala de Selección número Nueve.

Problema jurídico.

1. Corresponde a la Sala establecer si la EPS ASMET y/o el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ vulneraron el derecho a la salud y a la dignidad humana del actor, (i) al no haber autorizado los recursos para los gastos de transporte, estadía y alimentación para acudir a una cita médica con un especialista en la ciudad de Florencia, Caquetá y (ii) al haberle exigido el cobro de copagos y cuotas moderadoras para la prestación de los servicios.

1. Teniendo en cuenta que el problema jurídico que suscita la presente acción de tutela se encuentra resuelto por la misma normatividad y, además, ya ha sido objeto de otros pronunciamientos por parte de esta Corporación, la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, de acuerdo con sus atribuciones constitucionales y legales, motivará brevemente la presente sentencia¹⁰.

Cubrimiento del transporte y la estadía como medio para acceder a un servicio de salud.

1. A partir del 1° de enero de 2010, el servicio de transporte o traslado de pacientes se

encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud, conforme a los artículos 33 y 34 del Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud que rige a partir de tal fecha¹¹; tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

La inclusión de este servicio quedó prevista (i) en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud de pacientes remitidos por la institución, y (ii) en un medio diferente a la ambulancia cuando el servicio que requiere el paciente no esté disponible en el municipio de su residencia.

1. Con anterioridad a esta normatividad, la Corte ya se había apoyado en el principio constitucional de solidaridad, consagrado en el numeral 2º del artículo 95 de la Constitución Política, para ordenar la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía de una persona para facilitarle el acceso a los servicios de salud que requiriera. Este principio impone a toda persona el deber de responder "...con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas". La Corte ha indicado que si una persona afectada en su salud no puede acceder a un servicio médico excluido del POS por carecer de los recursos económicos para sufragar los gastos de transporte, los familiares y parientes más cercanos son quienes deben suministrar estos recursos.¹² Sin embargo, cuando la familia más cercana al enfermo también carece de los medios económicos, "nace para el Estado la obligación de suministrarlos, sea directamente, o a través de la entidad prestadora del servicio de salud (...) Para los efectos de la obligación que se produce en cabeza del Estado, es indiferente que el afectado se encuentre en el régimen contributivo o subsidiado"¹³.

1. En la sentencia T-760 de 2008 se afirmó que, "Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica. (...) Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad

de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado.¹⁴”

1. De acuerdo con la Ley 715 de 2001¹⁵, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, los entes territoriales deben asumir el costo de la prestación del servicio de salud de la población pobre en lo no cubierto con los subsidios a la demanda¹⁶.

Exoneración de hacer los pagos moderadores.

1. El legislador y la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional han establecido que el cobro de las cuotas moderadoras y de copagos no puede constituirse en una barrera de acceso a los servicios de salud de la población más pobre.

1. La regla conforme a la cual, “en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres”, fue plasmada por el legislador en el artículo 187 de la ley 100 de 1993¹⁷.

1. Asimismo la Ley 1122 de 2007¹⁸, en su artículo 14, literal g), exoneró del cobro de copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén¹⁹:

“Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

“(…)

“A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

“(…)

“g. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace. (…)”

1. En conclusión, los pagos moderadores no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos, y los grupos mas vulnerables de la población al igual que los usuarios que pertenecen al Régimen Subsidiado Nivel I del Sisben se encuentran exonerados por la ley de hacer dicho pago.

Caso concreto.

1. En el caso que ocupa a la Sala se cuenta con las siguientes razones para conceder el amparo: (i) Se trata de un adulto mayor, de 69 años de edad, que pertenece al régimen subsidiado de salud, y afirma carecer de recursos económicos, estar desempleado y padecer quebrantos de salud ocasionados por el estallido de un artefacto explosivo. (ii) Está clasificado en el Nivel I del SISBEN, motivo por el cual se encuentra legalmente exonerado del cobro de las cuotas moderadoras o copagos.

1. Las condiciones anteriores no fueron desvirtuadas por la E.P.S. o la entidad territorial. Según ASMET SALUD, las razones que no le han permitido al actor acceder al servicio de salud requerido son: (i) El médico solicitante no anexó la solicitud de servicios No POS y (ii) El ente territorial no ha querido suscribir un convenio con la EPS para darle la posibilidad de asumir directamente los servicios No POS del régimen subsidiado y recobrarlos a aquella posteriormente.

1. En el escrito del derecho de petición²⁰ dirigido por el actor a ASMET SALUD EPS-S, se lee textualmente lo siguiente:

“Dado que fui una de las personas afectadas por el artefacto explosivo el día 6 de marzo de 2006, y desde allí vengo presentando un cuadro de dolor neurálgico, que afecta mi calidad de vida y no ha permitido retomar mis labores cotidianas. He recibido ya cuatro remisiones al especialista en neurología, la última tiene fecha de 22 de septiembre de 2008, pero por su situación socioeconómica no ha podido asistir; por lo tanto solicito se sirva facilitar los medios necesarios para asistir al tratamiento médico citado, tal como lo señala la sentencia 760 de 2008 de la Corte Constitucional”.

Se anuncian como documentos anexos la copia de la cédula de ciudadanía, la copia del carné de afiliación y la copia de la última remisión, la cual a pesar de no haber sido anexada por el actor, su existencia no fue desvirtuada por la EPS ni en la respuesta al derecho de petición ni en la contestación de la acción de tutela. Por el contrario, la EPS señala que de acuerdo a la sentencia T-760 de 2008, la ley 715 de 2001 y la Resolución 3454 de 2008, dicha obligación debe ser cumplida por el ente territorial.

1. El Instituto Departamental de Salud no contestó la acción de tutela.

1. La Sala considera que el goce efectivo del derecho a la salud del actor ha sido vulnerado por las entidades demandadas, motivo por el cual, concederá el amparo solicitado y ORDENARÁ al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA asumir el cubrimiento de los gastos de traslado desde San Vicente del Caguán hasta Florencia, Caquetá, para la valoración de su estado de salud por parte del especialista en neurología. Teniendo en cuenta la distancia entre estas dos ciudades, la Sala no ordenará gastos de alimentación y hospedaje.

La anterior orden se imparte contra el ente territorial por cuanto para la fecha en que se autorizó la consulta del actor con el especialista, el Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009 -conforme al cual el servicio de transporte, en casos como el expuesto, corre por cuenta de la

EPS, por estar incluido dentro del POS- no había entrado en vigencia. Para entonces, el artículo 4° de la Resolución N° 5334 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, determinaba la financiación del evento por la entidad territorial teniendo en cuenta la afiliación del actor al Régimen Subsidiado de Salud.

1. Si bien en el expediente no aparece prueba alguna respecto a que la vida del actor corra peligro en caso de su inasistencia a la cita médica ordenada, resulta claro que la valoración de su estado de salud por parte del especialista en neurología está directamente ligada a la recuperación o mejoría de las dolencias que le fueran causadas por el estallido del artefacto explosivo. En consecuencia su petición resulta razonable y proporcionada con respecto a su falta de capacidad económica y máxime si se tiene en cuenta que esta no fue controvertida por la entidad demandada.

1. Con respecto al pago de las cuotas moderadoras y copagos, se ordenará a ASMET SALUD suspender de inmediato el cobro de copagos o cuotas moderadoras y dar cumplimiento al artículo 14, literal g) de la Ley 1122 de 2007, mediante el cual se exonera de dichos pagos a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén.

1. Teniendo en cuenta la afirmación de ASMET SALUD EPS según la cual, "... el médico solicitante debía anexar la solicitud de servicios no POS-S, con su consecuente justificación por ser Servicios y/o Medicamentos No POS-S" y no lo hizo, también se advertirá a los médicos tratantes de OMAR TRIANA CALLEJAS para que en el futuro profieran órdenes médicas escritas de todos aquellos procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que éste requiera según su criterio médico, con independencia de si los mismos se encuentran incluidos o no en el Plan Obligatorio de Salud.

1. Por las consideraciones anteriores, la Sala Tercera de Revisión revocará la sentencia de instancia proferida, el 11 de junio de 2009, por el Juzgado Promiscuo Municipal de San

Vicente del Caguán, la cual denegó el amparo del derecho del actor a la salud. En su lugar, se concederá la acción de tutela y se ORDENARÁ al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, asuma el cubrimiento de los gastos de traslado del actor desde San Vicente del Caguán hasta Florencia, Caquetá. También instará a los médicos tratantes adscritos a ASMET SALUD EPS-S para que en el futuro profieran órdenes médicas escritas de todos los procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que el paciente requiera y, finalmente ordenará eximir a OMAR TRIANA CALLEJAS del pago de cuotas moderadoras y copagos.

III DECISIÓN

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

RESUELVE:

PRIMERO. REVOCAR la sentencia de instancia proferida, el 11 de junio de 2009, por el Juzgado Promiscuo Municipal de San Vicente del Caguán, la cual denegó el amparo del derecho a la salud del actor. En su lugar, se CONCEDE el amparo solicitado.

SEGUNDO. ORDENAR al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, asuma el pago de los gastos de traslado del actor desde San Vicente del Caguán hasta Florencia, Caquetá, para que pueda asistir a la cita médica ordenada por el médico tratante. Si para la fecha de notificación de esta providencia el paciente ya hubiere acudido a la cita, esta orden se aplica para nuevas ocasiones en que su médico tratante le prescriba acudir a una cita con un especialista en otra ciudad.

TERCERO. ORDENAR a ASMET SALUD EPS prestar los servicios integrales al accionante OMAR TRIANA CALLEJAS, tal como lo ha venido haciendo, sin cobrarle valor alguno por cuotas moderadoras o copagos para suministrar los procedimientos, medicamentos, terapias y demás prescripciones de los médicos tratantes. Así mismo, se le previene para no desconocer en el futuro el mandato del artículo 14, literal g de la ley 1122 de 2007.

CUARTO. Se insta a los médicos tratantes de OMAR TRIANA CALLEJAS adscritos a ASMET SALUD EPS-S para que en el futuro profieran órdenes médicas escritas de todos aquellos procedimientos, medicamentos, insumos o servicios que requiera según su criterio médico, con independencia de si los mismos se encuentran incluidos o no en el Plan Obligatorio de Salud. Esta orden deberá ser comunicada a los médicos por el gerente de ASMET SALUD EPS.

QUINTO. LÍBRESE por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

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

JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

Magistrado Ponente

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

JORGE IVAN PALACIO PALACIO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 A folio 8 del cuaderno de tutela reposa fotocopia de la contraseña de cédula de ciudadanía en la cual consta como fecha de nacimiento del actor el 18 de diciembre de 1940.

2 A folio 9 del expediente reposa copia del carné de ASMET SALUD, conforme al cual el actor pertenece al Régimen Subsidiado de Salud, Nivel I.

3 A folio 12 reposa el Informe Técnico Médico Legal de Lesiones Fatales, expedido por el

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el 30 de junio de 2006, en el cual se concluye: “CAUSAL: Estallido Artefacto Explosivo. INCAPACIDAD MEDICO LEGAL: DEFINITIVA: VEINTICINCO (25) DIAS SECUELAS: perturbación funcional del órgano de la masticación de carácter permanente...”

4 A folio 10 del expediente reposa escrito de derecho de petición del 22 de abril de 2009 dirigido a ASMET SALUD EPS S.

5 A folio 11 reposa la Respuesta al derecho de petición, de fecha 8 de mayo de 2009, expedido por ASMET SALUD ESS EPS-S Sede Caquetá.

6 En el encabezado del escrito de contestación se señala a OMAR TRIANA CALLEJAS como demandante de la acción de tutela. La fecha de afiliación al régimen subsidiado que se indica, es la misma que consta en la fotocopia del carné de ASMET SALUD que obra a Folio 9 del cuaderno número 1.

7 La contestación de la Acción de Tutela obra a Folios 19 a 22 del cuaderno número 1.

8 Dice anexar el Acta de Comité Técnico Científico al escrito, pero la misma no obra en el expediente.

9 A folios 27 y 28 obran el Oficio N° 0530 de notificación y la constancia secretarial, respectivamente.

10 Con base en lo dispuesto por el Decreto 2591 de 1991 (artículo 35), la Corte Constitucional ha señalado que las decisiones de revisión que se limiten a reiterar la jurisprudencia pueden “ser brevemente justificadas”. Así lo ha hecho en varias ocasiones, entre ellas, por ejemplo, en las sentencias T-549 de 1995, T-396 de 1999, T-054 de 2002, T-392 de 2004, T-325 de 2007 y T-390 de 2007.

11ACUERDO 008 DE 2009 DE LA COMISION DE REGULACION EN SALUD. CAPITULO VIII. SERVICIO DE TRANSPORTE.

“ARTÍCULO 33. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos,

según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

“El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

“PARÁGRAFO 1o. Si en concepto del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

“PARÁGRAFO 2o. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.

“ARTÍCULO 34. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluido en el POS o POS-S según el caso, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca..

12 A este respecto puede consultarse, entre otras, las siguientes sentencias: T-1074 de 2007, T-443 de 2007, T-652 de 2006, T-373 de 2006, T-099 de 2006 y T-755 de 2003.

13 Sentencia T-900 de 2002.

14 Recientemente, siguiendo la línea jurisprudencial citada, en la sentencia T-814 de 2006 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) la Corte resolvió ordenar a la EPS demandada (Seccional Cauca del Seguro Social, ARP) que garantizara la estadía y lo necesario para que el

accionante [persona en clara situación de vulnerabilidad] fuera trasladado, junto con un acompañante, a la ciudad de Bogotá, a fin de que le practicaran los controles médicos y exámenes que requería.

Otros eventos en los que la Corte ha ordenado a la EPS asumir los gastos de transporte se pueden consultar en las sentencias T-652 de 2006, T-373 de 2006, T-099 de 2006, T-443 de 2007 y T-1074 de 2007,

15 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. El artículo 43 de dicha ley señala:

“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:

“(…) 43.2.1. 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”.

ARTÍCULO 4º.- FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE EVENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO - NO POS-S: “La atención de los eventos NO POS-S, se financiará por las entidades territoriales con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y los demás recursos previstos en las normas legales vigentes, garantizando el goce efectivo del derecho a la salud de esta población. Los pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos

presupuestales correspondientes”.

17 El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece: -“De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.

“En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales 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 salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las entidades promotoras de salud, aunque el consejo nacional de seguridad social en salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de promoción de salud del fondo de solidaridad y garantía.

PARAGRAFO.-Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del consejo nacional de seguridad social en salud”.

18 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”

19 El Acuerdo 365 de 2007 hizo lo mismo con los siguientes grupos poblaciones especiales del Régimen Subsidiado, advirtiendo que su identificación debía hacerse mediante listados censales diferentes al Sisben: Población infantil abandonada, Población indigente, Población en condiciones de desplazamiento forzado, Población indígena, Población desmovilizada y Personas de la tercera edad bajo la protección de ancianatos o instituciones de asistencia social.

Por su parte la sentencia T-760 de 2008 señaló que “ Las EPS y las entidades territoriales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud a una persona que carece de recursos económicos, irrespetan su derecho constitucional a acceder a los servicios de salud sin discriminación y, además, actúa en contra de la ley, puesto que la constitucionalidad de la norma legal invocada fue condicionada, precisamente, a que el pago no se constituya en una barrera a la accesibilidad al servicio de salud para los que carecen de recursos económicos (art. 187, Ley 100; sentencia C-542 de 1998). Esta regla también ha sido aplicada en el contexto del régimen subsidiado, en el que las personas, por su condición de beneficiarios, suelen estar sometidos a copagos, para colaborar en la financiación de lo servicios que reciben, y así promover la sostenibilidad del sistema. Se ha garantizado, el acceso, por ejemplo, a servicios tales como oxígeno domiciliario permanente. De forma similar, se ha protegido el derecho a acceder a los servicios de salud necesarios, cuando los pagos moderadores se convierten en un obstáculo a los más pobres. Así, por ejemplo, se ha garantizado el acceso a medicamentos que se requieren”

20 El escrito obra a folio 10 del cuaderno principal.