Sentencia T-1055/10

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SU PROTECCION A TRAVES DEL EJERCICIO DE LA ACCION DE TUTELA-Alcance

REGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

REGIMEN SUBSIDIADO-Competencias de las entidades publicas

DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS-Caso en que la accionante fue trasladada sin que ella tuviera conocimiento

La accionante fue trasladada de la EPS Caprecom a la EPS Comfenalco, desde el 1° de octubre de 2010, sin que ella tuviera conocimiento de tal hecho, lo que pudo haber conculcado el principio a la libre escogencia, fuera de lo cual pudo haber una afectación de los recursos del sector salud del Estado, en la medida en que se estuviera sufragando un subsidio por una usuaria que no estaba carnetizada, ni enterada de su traslado de EPS, lo cual sin duda hace necesario compulsar copias a la Superintendencia de Salud para que en ejercicio de su competencia investigue por qué desde el 1° de octubre de 2010, la actora se encuentra trasladada de EPS, sin que ella tuviera conocimiento y por qué no la habían carnetizado

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Gastos de transporte deben ser asumidos por el Departamento

Respecto a la pretensión de la actora de que le reconozcan el dinero que requiere ella y un acompañante, para trasladarse desde el Municipio de Honda hasta la ciudad de Bogotá, a donde es remitida al especialista en hepatología, y desde el municipio de Honda a la ciudad de Ibagué para tramitar las autorizaciones y reclamar los medicamentos, es necesario precisar que según el parágrafo único del artículo 11 de la Resolución No. 412 de 2000 y el artículo 34 del Acuerdo 08 de 2009, las administradoras del régimen subsidiado ahora denominadas Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Subsidiadas -EPSS- y las EPS deben asumir los gastos del desplazamiento cuando los servicios no se puedan prestar en el municipio de residencia del afiliado. Sin embargo, cuando el servicio se encuentre por fuera del POS y POS-S, para que haya una prestación integral del servicio y ante la falta de

capacidad de pago, que en el presente caso se encuentra acreditado por que la accionante depende económicamente de su esposo quien es conductor y el los gastos que le generan su enfermedad lo ha tenido que sufragar con prestamos “gota a gota”, además se encuentra en el nivel 2 del Sisben, por lo que el Estado, en este caso a través del Departamento del Tolima, deberá entregarle a la accionante el dinero que requiere para que ella y su acompañante se trasladen desde el municipio de Honda, Tolima hasta la ciudad de Bogotá, incluyendo el transporte urbano, cada vez que la actora necesite acudir a cita de control con el especialista que trate su enfermedad de cirrosis biliar primaria

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y EXONERACION DE COPAGOS-Caso en que procede por cuanto la demandante se encuentra en el nivel 2 del Sisben y no cuenta con ingresos propios

Respecto de la solicitud de la actora en el sentido de ser exonerada de copagos, es necesario precisar que el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, en su artículo 2º, definió los copagos indicando que son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. De igual manera, en el numeral 3º del artículo 11 de la misma disposición, se definen las contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado, estableciéndose al efecto, que para el nivel 2 del Sisben, el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por concepto de un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. Sin embargo, en aplicación del principios de equidad, en ningún caso estos pagos pueden convertirse en una barrera para el efectivo acceso a los servicios de salud, ni ser utilizados para discriminar a la población, merced a sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales. Como quiera que la actora no tiene capacidad de pago suficiente para sufragar lo que le cobran por concepto de copagos de los servicios que le prestan, afirmación que se sustenta en el hecho de que ella se encuentra en el nivel 2 del Sisbén y que afirma que no tiene ingresos propios, esta Corporación procede a exonerarla del pago del mismo, previa demostración en cada caso, de que subsiste su situación de precariedad económica

Referencia: expediente T-2.521.854

Demandante:

María Luz Dary Bonilla de Corredor

Demandados:

Caprecom EPSS, Comfenalco EPSS y la Gobernación del Tolima – Secretaría de Salud

Magistrado Ponente:

Bogotá, D.C., dieciséis (16) de diciembre de dos mil diez (2010).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Jorge Iván Palacio Palacio y Nilson Pinilla Pinilla, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente,

SENTENCIA

En la revisión del fallo dictado por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Honda Tolima, el 30 de noviembre de 2009, en el que se negó la acción de amparo constitucional instaurada por la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor.

La presente acción de tutela fue escogida para revisión por la Sala de Selección número Uno, mediante Auto del 25 de enero de 2010, y repartida a la Sala Cuarta de esta Corporación para su decisión.

I. ANTECEDENTES

1. La Solicitud

El 17 de septiembre de 2009, la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor, promovió acción de tutela contra la EPSS Caprecom y la Gobernación del Tolima – Secretaría de Salud, con el propósito de obtener la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social que, según afirma, han sido vulnerados por la entidad al no suministrarle los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad, no autorizarle las citas médicas que requiere y no entregarle el dinero necesario para trasladarse a las citas médicas que le asignan fuera del municipio donde reside.

2. Hechos y Fundamentos

La señora Bonilla de Corredor, según afirma en el escrito de tutela, nació el 19 de septiembre de 1945, por lo que tiene 65 años de edad, se encuentra afiliada en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en la Empresa Prestadora de Servicios de Salud Subsidiada – EPSS Caprecom, en el Régimen Subsidiado, nivel 2, del Municipio de Honda, Tolima.

Manifiesta la accionante que padece de varias enfermedades, entre las cuales se encuentran la hepatopatía, el hipotiroidismo y las várices. El 1° de junio de 2009, debido a un dolor que la aquejaba, acudió al médico adscrito a su EPSS, quien le diagnosticó la enfermedad denominada "cirrosis biliar primaria", motivo por el cual, la remitió al médico internista. Ello, en razón a que requería un tratamiento interdisciplinario en instituciones médicas de tercer nivel de complejidad, para el manejo de su enfermedad. En la orden de remisión el galeno indicó que la cita de la accionante era "prioritaria".

Como consecuencia de lo anterior, la señora Bonilla afirma que presentó una solicitud a la EPSS Caprecom, a fin de que le fuera autorizada la remisión para el especialista. La respuesta de la entidad fue: "debe esperar la autorización".

El 28 de agosto de 2009, la señora Bonilla no había obtenido respuesta de su EPSS y, teniendo en cuenta que su delicado estado de salud requería una atención prioritaria, decidió acudir a la Secretaría de Salud Departamental del Tolima, ubicada en la ciudad de Ibagué. Esta procedió a remitirla al médico internista del Hospital Federico Lleras Acosta ESE, de esa ciudad.

Posteriormente, el especialista internista le prescribió 360 tabletas de Ursacol de 600 miligramos y 12 tabletas de Alendronato de 70 miligramos, así mismo, procedió a remitirla al especialista en hepatología, y anotó en la orden de remisión que la cita que requería la accionante era "prioritaria".

Continúa relatando la señora Bonilla de Corredor que las anteriores órdenes médicas las allegó a la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima, entidad que, el 28 de agosto de 2009, la remitió al Hospital Universitario de San Ignacio de la ciudad de Bogotá, con el especialista en hepatología. Una vez acudió a la cita, el médico le ordenó unos exámenes de laboratorio, le aumentó la dosis del medicamento Ursacol a 1200 miligramos diarios y, además, le indicó que debía evaluarla cada 4 meses.

Las entidades accionadas no le han autorizado el medicamento Ursacol, cuyo costo comercial en el mercado es de treinta y cinco mil pesos $35.000, en su presentación de 10 pastillas y debe tomar 4 de ellas diariamente, por lo cual no cuenta con los recursos suficientes para comprar este medicamento.

Relata que es ama de casa, su esposo trabaja como conductor y por esa actividad no percibe mucho dinero, además tiene a su cargo dos nietos. Arguye que debido a su enfermedad incurre en muchos gastos en el transporte a otras ciudades distintas de su domicilio donde recibe los servicios y las órdenes médicas para el tratamiento de su enfermedad, y también por concepto de copagos y medicamentos, razón por la cual ha tenido que sufragarlos, con ayuda de amigos, familiares y préstamos “gota a gota”.

3. Pretensiones de la parte actora

Mediante la presente acción de tutela la demandante solicita que le protejan sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social que, según afirma, son vulnerados por las entidades demandadas, al negarle el suministro del medicamento Ursacol y los que sean ordenados por su médico tratante; al negar la autorización de la remisión a un especialista en hepatología; al no exonerarla del cobro de cuotas moderadoras, no entregarle el dinero necesario para trasladarse, con un acompañante, a las citas médicas que le asignan fuera del Municipio de Honda, Tolima, y no suministrarle el tratamiento integral que requiere para la enfermedad cirrosis biliar primaria que padece.

4. Pruebas que obran en el expediente

Con el escrito contentivo de la tutela se aportaron como pruebas las siguientes:

1. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía y del carné de afiliación a Caprecom a nombre de la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor.1

2. Fotocopia de la fórmula médica en la cual el especialista en medicina interna Dr. Carlos Augusto Giraldo, ordenó 360 tabletas de Ursacol de 600 gramos y 12 pastillas de Alendronato

de 70 gramos.2

3. Fotocopia de la autorización de servicios médicos de la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima, dirigida al Gerente del Hospital Universitario de San Ignacio.3

4. Fotocopia del Formato del Hospital Federico Lleras Acosta, de la solicitud de cita prioritaria.4

6. Certificado de retiro de la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor de la EPSS Sanitas.6

7. Fotocopia del resumen de la historia clínica de la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor, suscrita por el hepatólogo.7

5. Respuesta de las entidades accionadas

El Juez Primero Civil del Circuito de Honda, mediante Auto del 17 de septiembre de 2009, admitió la demanda y corrió traslado a Caprecom EPSS. Posteriormente, el 17 de noviembre, vinculó a la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima, para que se pronunciaran sobre los hechos y las pretensiones.

5.1. Caprecom

El 23 de septiembre de 2009, la entidad accionada se pronunció sobre la solicitud de tutela, informando y certificando que la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor se encuentra retirada de esa EPSS desde el 01/04/2009, con fundamento en el Acuerdo 415 de 2009, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en adelante CNSSS.

Igualmente, argumenta que para que la accionante pueda recibir los servicios de salud de parte de esa EPSS, es necesario que se acerque a la Alcaldía de Honda, Tolima.

Por otro lado, la EPSS informó que los medicamentos especializados para la enfermedad denominada “cirrosis biliar primaria” no se encuentran incluidos en el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS, en concordancia con la Resolución No. 5261 de 1994, denominado “MAPIPOS”, que contiene los procedimientos cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada; por ello, es competencia de la Secretaría de Salud Departamental suministrarlos.

En lo que respecta a la complementación de los servicios del POSS, a cargo de los recursos

del subsidio a la oferta, en la etapa de transición y mientras se unifican los contenidos del POSS del Régimen Subsidiado con los del POS del Régimen Contributivo, aquellos beneficiarios del Régimen Subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayudas diagnósticas y el tratamiento que requieren, no se encuentren incluidos en el POSS, tendrán prioridad para ser atendidos en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta y de igual forma se estableció la misma obligación en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 es decir, que corresponde al Estado Colombiano a través de la Secretaría de Salud Departamental asumir los exámenes, consultas especializadas, procedimientos y suministros que requiere María Luz Dary Bonilla de Corredor.

Así también considera que, de conformidad con lo señalado en los artículos 83 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se debe integrar el litisconsorcio necesario, para lo cual solicita que se vincule a la Secretaría de Salud del Departamento del Tolima, que por mandato legal debe responder y asumir los costos de los procedimientos no incluidos en el POSS, solicitados mediante la acción de tutela.

Con base en lo mencionado, y teniendo en cuenta que no ha puesto en peligro ni vulnera el derecho a la salud en conexidad con la vida de la señora Bonilla de Corredor, solicita denegar las peticiones de la accionante, y se limite la responsabilidad de la EPSS a cumplir con los procedimientos del POSS; en caso contrario, se ordene el recobro a la Gobernación del Tolima, en solidaridad con el FOSYGA. Así también reclama que se condene a la Secretaría de Salud Departamental del Tolima, en cuanto a las obligaciones legales que debe asumir.

5.2. Gobernación del Tolima – Secretaría de Salud

Una vez fue vinculada al proceso mediante Auto del 17 de noviembre de 2009, indicó que la accionante se encuentra afiliada en la EPSS Caprecom, así las cosas, el suministro de los medicamentos que se encuentran en el POSS, o por fuera de él, debe ser asumido por la EPSS, en virtud del artículo 8° del Acuerdo 306 de 2005, y artículos 6, 7 y 8 del Acuerdo 228 de 2002, ambos del CNSSS. Por ello, en caso de suministro de medicamentos por fuera del POSS y en cumplimiento de fallos de tutela, el procedimiento para el recobro al FOSYGA se encuentra regulado mediante la Resolución No. 3797 de 2004, expedida por el Ministerio de

la Protección Social, acto administrativo que fue estudiado en la Sentencia T-760 de 2008, proferida por la Corte Constitucional.

En lo relacionado con los gastos de transporte, considera que estos deben ser asumidos por las EPSS, en virtud de lo establecido en el parágrafo del artículo 11 del Acuerdo 412 de 2009 y artículo 7 del Acuerdo 306 de 2005, ambos del CNSSS.

Refiere la entidad que, el primer nivel de atención es responsabilidad de la EPSS y el II y III nivel de atención, en los eventos relacionados en el Acuerdo 306 de 2005, entre los cuales se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica, es responsabilidad de la EPSS, por consiguiente, toda la atención que se encuentre en el POSS determinado por los acuerdos del CNSSS, le corresponde asumirla, con todos sus costos, a la EPSS.

Aclara que, de acuerdo con el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, los dineros que maneja la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima son para la atención en salud de las personas pobres que no cuentan con seguridad social ni en el Régimen Contributivo, ni el Subsidiado y son considerados como vinculados al sistema de salud por medio del SISBEN, sin posibilidad de recobro ni reaseguro.

La entidad territorial indicó que la exoneración de copagos es una función exclusiva de los jueces constitucionales, a través de sus fallos de tutela.

En virtud de lo anterior solicitó exonerar a la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima, teniendo en cuenta que ha cumplido con lo que dentro de su competencia le corresponde y conminar a Caprecom EPSS, para que garantice la atención en salud al usuario, suministrándole todo lo requerido, para su tratamiento integral, aplicando el recobro o reaseguro de que tratan los acuerdos mencionados. Así mismo, considera que por ningún motivo se puede negar la prestación del servicio de salud, debido a que ella prevalece.

5.3. Comfenalco

Una vez vinculada al proceso mediante Auto del dos (02) de julio de 2010, por la Sala Cuarta de la Corte Constitucional, la entidad indicó que la señora Bonilla de Corredor se encuentra afiliada a Comfenalco EPSS, desde el día 1° de octubre de 2009, y afirma que no ha tramitado ante esa entidad, ninguna solicitud de medicamentos o servicios para el

tratamiento de su enfermedad.

Manifiesta que el contenido del POSS es definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante los acuerdos que se expiden para reglamentar la materia. Por ello, lo que no se encuentre contemplado allí debe ser asumido por la entidad territorial competente,8 en este caso, la Secretaría de Salud Departamental del Tolima, ello con los recursos que el FOSYGA le entrega para tal efecto.

Afirma que le corresponde al usuario el costo del desplazamiento para la práctica de procedimientos y tratamientos que le sean autorizados y, en caso de demostrar que no cuenta con los recursos para ello, le corresponde al Departamento del Tolima asumir la competencia para la atención de los servicios no incluidos en el POSS del Régimen Subsidiado.

Señala que le corresponde a Comfenalco EPSS, en coordinación con el Departamento del Tolima, el desarrollo de mecanismos que procuren la eficiente prestación de los servicios no cubiertos por el Régimen Subsidiado y para ello podrán celebrar convenios. En todo caso, la responsabilidad por la prestación de estos servicios de manera oportuna, estará a cargo del Departamento del Tolima, para lo cual contará con la información adecuada y oportuna que deba suministrar Comfenalco EPSS, así como el correspondiente seguimiento de la atención del afiliado.

II. DECISIÓN JUDICIAL QUE SE REVISA

En sentencia del 30 de noviembre de 2009, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Honda, declaró la improcedencia del amparo solicitado. Ante la decisión del juzgado, la accionante impugnó la decisión y, en segunda instancia, la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué, mediante providencia del 12 de noviembre de 2009, decretó la nulidad de lo actuado en primera instancia, a partir del auto admisorio de la solicitud de la tutela, debido a que el a quo no vinculó a la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima, entidad que, en determinados casos, es competente para cubrir las necesidades de las personas pertenecientes al Régimen Subsidiado, al cual presuntamente se encuentra afiliada la accionante, de tal suerte que la actuación se adelantó con violación al derecho de defensa de la entidad territorial y por ello debió vincularse.

Como consecuencia de lo anterior, por medio del auto del 17 de noviembre de 2009, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Honda vinculó a la Secretaría de Salud de la Gobernación del Tolima. Así también el 30 de noviembre de 2009, expidió la sentencia por la cual declaró improcedente el amparo solicitado, tras indicar que la actora omitió dirigirse a las entidades vinculadas en este procedimiento, en busca de la satisfacción de sus necesidades.

En lo relacionado con los gastos de traslado y tratamiento, consideró que no está facultado para decidir algo al respecto, porque estos no han sido ordenados por las entidades competentes. Así mismo, le indicó a la accionante que debía realizar los trámites que permitan renovar su afiliación a Caprecom.

III. PRUEBAS SOLICITADAS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

Mediante Auto del siete (07) de mayo de 2010, la Sala consideró necesario recaudar algunas pruebas para verificar hechos relevantes del proceso y mejor proveer. En consecuencia, resolvió oficiar a la Gobernación del Tolima, al médico tratante, Leonardo Andrés Jácome Trigos, adscrito al Hospital Universitario San Ignacio, y a la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor, para que dieran respuesta al cuestionario formulado.

1. La Secretaría de esta Corporación, el día 13 de mayo del presente año, recibió respuesta del oficio remitido por el Hospital Universitario San Ignacio, en la cual indicó que el médico Leonardo Andrés Jácome Trigos no trabaja para esa institución. Sin embargo, al consultar sus archivos clínicos verificaron que la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor fue atendida en octubre de 2009 y marzo de 2010, en el servicio de consulta externa por la médica Carmen Yanette Suárez Quintero, especialista en gastroenterología. Así mismo informaron que, de las atenciones médicas a la señora Bonilla de Corredor, se puede concluir que padece de cirrosis biliar primaria, cirrosis child A, hipertensión protal secundaria, gastritis crónica y osteoporosis.

2. A su vez, la Secretaría de esta Corporación el 19 de mayo del presente año, recibió respuesta de la EPSS Caprecom, por medio de la cual informó que la accionante no se encuentra afiliada a esa entidad, debido a que se encuentra retirada desde el 01 de abril de 2009. De igual forma informó que, de acuerdo con la base de datos del FOSYGA, la señora Bonilla se encuentra afiliada a la EPSS Comfenalco, y por lo tanto, es la entidad encargada de

prestar los servicios de salud que requiere la accionante.

3. Por su parte, la Gobernación del Tolima, el 20 de mayo de 2010, allegó la correspondiente respuesta a la Secretaría de esta Corporación, en la cual informó que a la señora Bonilla de Corredor, el 03 de diciembre de 2009 y el 15 de enero de 2010, le autorizaron el medicamento denominado Ursacol de 600 miligramos, el cual debe reclamar en la entidad Coodestol, que se encuentra ubicada en la ciudad de Ibagué y, en lo relacionado con la cita médica con el especialista en gastroentología – hepatología, el 01 de marzo de 2010, fue autorizada y remitida al Hospital Universitario de San Ignacio de la ciudad de Bogotá. En lo que respecta al trámite que debe realizar la accionante para obtener la autorización de medicamentos, citas médicas y exámenes clínicos, indicó que la usuaria debe dirigirse a esa entidad, allegar una copia del fallo de la tutela para que puedan proceder a expedir la autorización de servicios provisionales, dirigida a las IPS con las cuales tienen suscritos convenios para la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta lo prescrito por los galenos y los niveles de complejidad que sean necesarios para su atención.

Frente a los gastos de transporte que requiere la accionante para dirigirse a las instituciones médicas distintas del lugar de su domicilio, refieren que no hay ninguna solicitud en este sentido y, así mismo, en la sentencia de tutela tampoco se ordenó ello, en consecuencia, no se ha suministrado el dinero para el trasporte a otras ciudades distintas del municipio.

4. La Secretaría de esta Corporación el 18 de mayo del presente año, recibió comunicación de la Secretaria de Salud y Proyectos Sociales del Municipio de Honda, Tolima en la cual certifican que la señora María Luz Dary Bonilla identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.396.276, se encuentra activa en la EPSS Comfenalco, con la ficha del SISBEN No. 31126, en el nivel 2.

5. El 20 de mayo de 2010, la Secretaría de esta Corporación recibió respuesta de la señora María Luz Dary Bonilla en la cual informa que se encuentra domiciliada en la ciudad de Honda, Tolima. Así mismo, indicó que para lograr la autorización de lo que requiere para el tratamiento de su enfermedad debe dirigirse a la Secretaría de la Gobernación del Tolima, ubicada en la ciudad de Ibagué y que una vez le entregan las distintas autorizaciones, debe cancelar el copago correspondiente, y dirigirse a las instituciones a donde es remitida, entre

ellas la ciudad de Bogotá, donde es atendida por los especialistas. Agrega que para asistir a las consultas médicas debe cancelar la suma de veinte mil pesos ($20.000) por persona, por concepto de transporte. Así mismo, debe reclamar los medicamentos que le prescriben en la ciudad de Ibagué y el costo del transporte a dicha ciudad es de quince mil pesos ($15.000) por persona, sumas que no incluyen los gastos de los buses urbanos que debe utilizar en cada una de esas ciudades, ni los costos en los cuales incurre por un acompañante que necesita para trasladarse. Debido a su grave estado de salud y con el ánimo de dar continuidad a su tratamiento, ha cubierto los gastos en los que incurre con préstamos que solicita, ayudas de sus amigos y rifas que realiza.

Informa que actualmente no tiene personas a su cargo y tampoco cuenta con ingresos propios, por ello sus necesidades básicas las satisface su esposo, que se desempeña como conductor de un automóvil de servicio público intermunicipal.

Posteriormente, telefónicamente la accionante manifestó que la Gobernación del Tolima le ha hacho entrega del medicamento y le han autorizado las citas médicas con el especialista en hepatología.

IV. CONSIDERACIONES

1. Competencia

Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar la sentencia proferida dentro del proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Procedibilidad de la Acción de Tutela

2.1 Legitimación activa

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En el presente caso, la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor actúa en defensa de sus derechos fundamentales, razón por la cual, se encuentra legitimada para presentar la acción.

2.2 Legitimación pasiva

La Gobernación del Tolima, en su condición de autoridad pública y las EPSS Caprecom y Comfenalco, como entidades encargadas de la prestación del servicio público de salud, están legitimadas como parte pasiva en el presente asunto, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5 y 42 del Decreto 2591 de 1991, debido a que se les atribuye la violación de los derechos fundamentales en discusión.

3. Problema Jurídico

De acuerdo con la situación fáctica descrita, le corresponde a la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, determinar si la Gobernación del Tolima y las EPSS Caprecom y Comfenalco vulneran los derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la seguridad social de la ciudadana María Luz Dary Bonilla, al no suministrarle el dinero que requiere para acudir a las citas médicas para el manejo de su enfermedad denominada "cirrosis biliar primaria", que le son ordenadas fuera de su domicilio y al cobrarle las cuotas moderadoras que le corresponde cancelar.

Para efectos de resolver la controversia planteada, la Sala desarrollará los temas relacionados con (i) el alcance del derecho fundamental a la salud y su protección a través del ejercicio de la acción de tutela; (ii) el Régimen Subsidiado dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud; y (iii) las competencias de las entidades públicas en el Régimen Subsidiado.

4. El alcance del derecho fundamental a la salud y su protección a través del ejercicio de la acción de tutela. Reiteración de Jurisprudencia

4.1. Naturaleza Jurídica

La seguridad social, de acuerdo con el artículo 48 de la Constitución Política, es un servicio público de carácter obligatorio, que debe ser prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en cumplimiento de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Y, además, se garantiza como un derecho irrenunciable, a todas las personas.

De igual forma, el artículo 49 Superior, establece que la Salud hace parte de la Seguridad Social, por lo tanto, es un servicio público a cargo del Estado y por ello debe ser garantizado

a todas las personas. Para el cumplimiento de este postulado constitucional, le corresponde al Estado, a las entidades territoriales y a los particulares el desarrollo de sus competencias en materia asistencial, presupuestal, financiera, dirección, organización, reglamentación, control y vigilancia, señaladas en la ley.

La jurisprudencia de esta Corporación ha tenido dos momentos en lo que atañe a la salud como derecho constitucional. Inicialmente se consideró que por medio de la acción de tutela era posible proteger derechos de contenido prestacional como la salud, siempre y cuando tuviera una relación íntima con derechos como la vida, integridad personal o mínimo vital o se concretara en un derecho de naturaleza subjetiva cuando eran desconocidos servicios incluidos en los diferentes planes de atención en salud.9

Más adelante se concluyó que la salud es un derecho fundamental autónomo, porque se concreta como una garantía subjetiva o individual derivada de la dignidad humana, teniendo en cuenta que hace parte de los elementos que le dan sentido al uso de la expresión 'derechos fundamentales', alcance que se realiza de acuerdo con los tratados internacionales sobre derechos humanos que hacen parte del ordenamiento jurídico colombiano (Art. 93 C.P.).10

La mera interpretación efectuada por el juez constitucional, dejó de lado el criterio de la conexidad, que se consideró artificioso e innecesario para garantizar la efectividad de los derechos constitucionales, pues todos los derechos, unos más que otros, tienen definitivamente un componente prestacional,11 por lo que "la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud 'en conexidad con el derecho a la vida y la integridad personal', para pasar a proteger el derecho fundamental autónomo a la salud."12

Cuando se requiere cualquier servicio de salud que no se encuentre previsto en los Planes Obligatorios de Salud, y éste es negado se considera como una vulneración de un derecho fundamental autónomo. Por ello, es posible acudir al juez de tutela a solicitar su protección. Así las cosas, la Corte consideró que la calidad de fundamental de los derechos no depende de la manera como estos se hacen efectivos concluyendo en consecuencia que "[l]os derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes

especialmente protegidos por la Constitución. Estos valores consignados en normas jurídicas con efectos vinculantes marcan las fronteras materiales más allá de las cuales no puede ir la acción estatal sin incurrir en una actuación arbitraria (obligaciones estatales de orden negativo o de abstención).”13

Lo anterior en razón a que la Constitución otorga un grado de protección reforzada, por la edad, como sucede en el caso de los niños y niñas,14 y los adultos mayores, por las especiales circunstancias de indefensión y vulnerabilidad, como las mujeres en estado de embarazo, los reclusos, los disminuidos físicos o psíquicos, las personas con enfermedades catastróficas y la población desplazada. En estos casos, el derecho a la salud también se instituye como fundamental y autónomo.

4.2. Procedencia

Con fundamento en lo expuesto, toda persona tiene derecho a que le brinden los servicios de salud que le ordene su médico tratante, esto es, aquellos servicios necesarios e indispensables para conservar o recuperar la salud. En este sentido, la Corte Constitucional, ha señalado que estos deben garantizarse de manera permanente, ininterrumpida y sin lugar a fraccionamientos, en aplicación de los principios de integralidad, continuidad y confianza legítima que rigen el derecho a la salud.

En efecto, en la Sentencia T-760 de 200815 se reiteró dicha postura y, adicionalmente, se dijo que “en la actualidad el acceso a los servicios depende, en primer lugar, de sí el servicio requerido está incluido en uno de los planes obligatorios de servicios de salud a los cuales la persona tiene derecho. Así pues, dada la regulación actual, los servicios que se requieran pueden ser de dos tipos: aquellos que están incluidos dentro del plan obligatorio de salud (POS) y aquellos que no”.16

De esta manera, las Entidades Promotoras de Salud, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, en principio, están obligadas a garantizar a sus pacientes o afiliados la prestación de los servicios médicos que se encuentran descritos en los correspondientes Planes Obligatorios de Salud – POS. Sin embargo, el POS también, contempla un catálogo de exclusiones y limitaciones. En efecto, el artículo 10 del Decreto 806 de 1998, define las exclusiones como: “todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos".17

Con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece el plan obligatorio de salud -POS-,18 que es un conjunto de servicios para la atención en salud, al cual tiene derecho todo afiliado, y la prestación debe ser garantizada por el prestador de los servicios. El contenido de los planes actualmente se encuentra establecido en el Acuerdo 08 de 2009, expedido por la CRES, en el cual se actualizaron las prestaciones y las exclusiones de los servicios que deben ser prestados en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado.

Sin embargo, las personas acuden a la acción de tutela como mecanismo de amparo constitucional cuando las E.P.S. se abstienen de proporcionarles los servicios de salud prescritos por sus médicos tratantes, porque los mismos se encuentran excluidos del respectivo Plan de Beneficios. Cuando tal circunstancia se presenta, esta Corporación ha señalado los criterios jurisprudenciales que permiten la procedibilidad del amparo constitucional a la salud, cuando se requiere del suministro de medicamentos o servicios que no se encuentren contemplados en los planes de servicios de salud, a saber: "(i) que la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) que el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) 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; (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo19". En consecuencia, cada situación fáctica debe examinarse con los criterios jurisprudenciales para decidir si deben ser aplicados a las personas que solicitan la protección de sus derechos fundamentales por parte de los Comités Técnico Científicos y por las autoridades que tengan a su cargo la competencia para la autorización de servicios que se encuentran por fuera de los Planes Obligatorios de Salud.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social

en Salud Integral y se dictan otras disposiciones", se estableció el Sistema de Seguridad Social en Salud y, en el artículo 152, se indicó que sus objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles. Así mismo, se indica que las personas participan en el sistema general de seguridad social en salud, como afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados. Para el caso que interesa, el régimen subsidiado tiene como propósito la financiación de las personas y sus familiares más pobres y vulnerables del país en las áreas rural y urbana que no tienen capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, para lo cual serán subsidiadas y beneficiarios de este régimen.20

En lo que respecta al caso concreto, encontramos que el Régimen Subsidiado en salud se encuentra definido en el artículo 211 de la Ley 100 de 1993, como "un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley". Por su parte, el artículo 212, ibídem, ordenó la creación del régimen, indicando "Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990". Ello, con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago.

En cumplimento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, que al respecto dispuso, en la orden 16 de la parte resolutiva, la aclaración y actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud, la Comisión de Regulación en Salud expidió el Acuerdo 008 de 2009, "Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado", definiendo que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, en adelante POS-S, es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso necesario, todo afiliado al régimen subsidiado, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas, a todos sus afiliados.

De igual manera, en el Acuerdo 08 en el artículo 12, se dispuso que para acceder a los servicios especializados de salud se requiere de la remisión por medicina general. Así mismo, en el artículo 14, se establece que la cobertura de insumos, suministros y materiales en el POS-S se limita a lo descrito en el mismo. Al revisar el Anexo técnico 1, que indica los medicamentos que se encuentran incluidos, se logra verificar que los medicamentos denominados Ursacol de 600 ml y el Alendronato de 70 ml, no se encuentran incluidos en el mismo. Por su parte, el artículo 23 indica que el acceso a lo que no se encuentre en el POS-S, descrito en los anexos 1 y 2 del Acuerdo 08, será cubierto con cargo a la UPC-S, si su precio es menor o igual a sus equivalentes cubiertos descritos en dichos anexos. Si el precio es mayor la diferencia deberá ser financiada en concordancia con la normatividad vigente.

Por otra parte, en lo que respecta al reconocimiento de los gastos en los que incurren los usuarios para desplazarse a ciudades y municipios distintos a su domicilio, el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución No.412 de 2000, en su parágrafo único del artículo 11 indicó que: “En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos”. De igual manera el Acuerdo 08 de 2009 en su artículo 34 señaló que 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.

Así mismo, el Estado, para hacer efectivo el goce de los derechos contemplados en el Régimen Subsidiado, en 1998, expidió el Decreto 806, “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”, norma según la cual cuando un afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios no POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de los servicios médicos que requiere, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado los cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una

cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

De acuerdo con lo arriba señalado, es claro que este régimen busca que las personas más pobres y vulnerables de la sociedad obtengan una protección contra las contingencias que las afectan, para permitirles disfrutar de una calidad de vida digna.

6. Las competencias de las entidades públicas en el Régimen Subsidiado

El Congreso de la República mediante la Ley 715 de 2001 “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”, en su artículo 3°, conformó el sistema general de participaciones y señaló las competencias de las entidades en los distintos sectores. En materia de salud indicó que es competencia de la Nación21 la dirección del sector salud, además el deber de vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

De igual forma, a los Departamentos22 les asignó funciones de dirección, de prestación y de aseguramiento y, en el artículo 43.2.1, indicó que éstos deben gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto por los subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, así mismo en el artículo 43.2.2., señaló que se deben financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, o 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.

Finalmente, la misma norma le asignó a los Municipios23 la financiación y cofinanciación de la afiliación al Régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados para tal fin. De esta manera queda claro que la competencia en lo relacionado con la financiación del Régimen Subsidiado24 le corresponde a los municipios y a los Departamentos les corresponde lo que no se encuentre cubierto con los subsidios a la demanda.

Por su parte la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, de igual forma señala la competencia de la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, a través del artículo 20, que reza: “Las entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas”.

A su vez el Acuerdo 415 de 2009, “Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, expedido por Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS -, estableció que el ente territorial deberá suscribir un único contrato con cada EPS-S que se encuentre inscrita en el territorio y seleccionada por los beneficiarios, éstas últimas, a su vez, deberán garantizar a los afiliados en lo que compete al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, la cobertura de su plan de beneficios, y de requerirse la utilización de los servicios no incluidos en éste, por parte de los usuarios, la EPS-S deberá remitirlos al listado de las IPS, que el ente territorial haya contratado en los distintos niveles de complejidad, para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamientos no incluidos en el POS-S para la atención de los afiliados, listado que forma parte de la minuta del contrato.25 De acuerdo con lo anterior la competencia financiera para cubrir lo que no se encuentra en el POS-S es de los departamentos, entes territoriales que deben garantizar la continuidad en la atención de los afiliados al Régimen Subsidiado de los municipios que los componen, para lo cual las entidades deberán coordinar el cumplimiento de las funciones que le fueron asignadas.

Así pues, las normas precitadas le asignaron la competencia de financiar lo no cubierto en los subsidios a la demanda a los entes territoriales, es decir a los departamentos. La Nación debe distribuir los recursos necesarios para el Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

De acuerdo a las circunstancias fácticas descritas el médico general de la señora Bonilla de Corredor le diagnosticó la enfermedad denominada cirrosis biliar primaria, para lo cual le prescribió los medicamentos Ursacol de 600 ml y Alendronato de 70 ml, los cuales no se encuentran en el POS-S, y la remitió a un especialista, razón por la cual la actora acudió a la EPS Caprecom, en la cual se encontraba afiliada, para que le tramitaran las autorizaciones para el tratamiento de su enfermedad. Teniendo en cuenta su delicado estado de salud y después de transcurridos casi dos meses sin recibir respuesta, resolvió realizar personalmente el trámite de la autorización ante la Gobernación del Tolima, entidad que procedió a remitirla a un especialista de la ciudad de Bogotá y a autorizarle los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.

La señora Bonilla de Corredor acudió a la acción de tutela a fin de que le amparan sus derechos a la vida digna y a la seguridad social y, en consecuencia, le ordenaran a las entidades accionadas proceder a autorizar los medicamentos, remitirla al especialista en hepatología, entregarle el dinero que requiere para trasladarse a la ciudad de Bogotá donde debía acudir a las citas médicas y la exoneración del pago de las cuotas moderadoras.

Conforme a las consideraciones de la presente sentencia los medicamentos denominados Ursacol de 600 ml y el Alendronato de 70 ml, y las citas al especialista en hepatología, no se encuentran incluidos en el POS-S reglamentado por la CRES mediante el Acuerdo 008 de 2009. En esa medida y de acuerdo a los artículos 43.2.1 y 43.2.2 de le Ley 715 de 2001, el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 52 y 64 del Acuerdo 415 de 2009 de la CNSSS, le corresponde al Departamento del Tolima el suministro de los medicamentos que se encuentren por fuera del POS-S y la remisión a las citas con el especialista en hepatología, deber que como quedó demostrado en el proceso,26 ha venido cumpliendo el ente territorial, por lo que frente a esta solicitud de la actora se produjo un hecho superado, lo cual no obsta para que se le reitere que dicha obligación le asiste y debe cumplir sin dilaciones injustificadas.

En efecto, teniendo en cuenta las pruebas que obran en el expediente, la actora se encuentra afiliada a la EPSS Comfenalco, razón por la cual se vinculó a esta causa, de manera que dicha la EPSS y la Gobernación del Tolima deberán realizar las acciones administrativas que permitan la eficiente prestación de los servicios que no se encuentren dentro del POS-S, tal es el caso de las autorizaciones y la entrega de los medicamentos que se deben tramitar en

la ciudad de Ibagué y procurar una descentralización que permita el desarrollo del principio de Unidad contemplando en el literal e) del artículo 2° de la Ley 100 de 1993, que indica que es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, lo cual permite a la actora y a quienes se hallen en su misma situación una calidad de vida acorde con la dignidad humana.

Respecto a la pretensión de la actora de que le reconozcan el dinero que requiere ella y un acompañante, para trasladarse desde el Municipio de Honda hasta la ciudad de Bogotá, a donde es remitida al especialista en hepatología,27 y desde el municipio de Honda a la ciudad de Ibagué para tramitar las autorizaciones y reclamar los medicamentos, es necesario precisar que según el parágrafo único del artículo 11 de la Resolución No. 412 de 2000 y el artículo 34 del Acuerdo 08 de 2009, las administradoras del régimen subsidiado ahora denominadas Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Subsidiadas -EPSS- y las EPS deben asumir los gastos del desplazamiento cuando los servicios no se puedan prestar en el municipio de residencia del afiliado. Sin embargo, cuando el servicio se encuentre por fuera del POS y POS-S, para que haya una prestación integral del servicio y ante la falta de capacidad de pago, que en el presente caso se encuentra acreditado por que la accionante depende económicamente de su esposo quien es conductor y el los gastos que le generan su enfermedad lo ha tenido que sufragar con prestamos “gota a gota”, además se encuentra en el nivel 2 del Sisben, por lo que el Estado, en este caso a través del Departamento del Tolima, deberá entregarle a la señora Bonilla de Corredor el dinero que requiere para que ella y su acompañante se trasladen desde el municipio de Honda, Tolima hasta la ciudad de Bogotá, incluyendo el transporte urbano, cada vez que la actora necesite acudir a cita de control con el especialista que trate su enfermedad de cirrosis biliar primaria.

Ahora bien, respecto de la solicitud de la actora en el sentido de ser exonerada de copagos, es necesario precisar que el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, en su artículo 2º, definió los copagos indicando que son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. De igual manera, en el numeral 3º del artículo 11 de la misma disposición, se definen las contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado, estableciéndose al efecto, que para el nivel 2 del Sisben, el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por concepto de un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. Sin embargo, en aplicación del principios de equidad,28 en ningún caso estos pagos pueden

convertirse en una barrera para el efectivo acceso a los servicios de salud, ni ser utilizados para discriminar a la población, merced a sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

Como quiera que la actora no tiene capacidad de pago suficiente para sufragar lo que le cobran por concepto de copagos de los servicios que le prestan, afirmación que se sustenta en el hecho de que ella se encuentra en el nivel 2 del Sisbén y que afirma que no tiene ingresos propios, esta Corporación procede a exonerarla del pago del mismo, previa demostración en cada caso, de que subsiste su situación de precariedad económica.

V. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: LEVANTAR la suspensión de términos de este proceso, ordenada en el auto del siete (7) de mayo de dos mil diez 2010.

SEGUNDO: REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Honda el 30 de noviembre de 2009. En su lugar, CONCEDER el amparo a los derechos invocados por la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor.

TERCERO: ORDENAR a la Gobernación del Tolima – Secretaría de Salud, que le suministre a la señora María Luz Dary Bonilla de Corredor, el dinero que requiere para el transporte de ella y un acompañante, desde el municipio de Honda, Tolima hasta la ciudad de Bogotá, incluyendo el transporte urbano, cada vez que la actora necesite acudir a cita de control con el especialista que trate la enfermedad cirrosis biliar primaria; y que se le exonere de copagos para el tratamiento de la misma enfermedad.

CUARTO: ORDENAR a Comfenalco EPS y a la Gobernación del Tolima, realizar las actuaciones administrativas que permitan la eficiente prestación de los servicios que no se encuentren dentro del POS-S, tal es el caso de las autorizaciones y la entrega de los medicamentos que se deben tramitar en la ciudad de Ibagué, y procurar una descentralización que permita el desarrollo del principio de unidad.

QUINTO: ORDENAR por Secretaría General de esta Corporación, compulsar copias de los folios que obran en el expediente T-2.521.854, a la Superintendencia de Salud, para que lleve a cabo las actuaciones que correspondan, a fin de establecer por qué desde el 1° de octubre de 2010, la actora se encuentra trasladada de EPS, sin que ella tuviera conocimiento y por qué no la habían carnetizado.

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

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

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

NILSON PINILLA PINILLA

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Ver folio 1 del cuaderno principal.

2 Ver folio 2 del cuaderno principal.

3 Ver folio 3 del cuaderno principal.

4 Ver folio 4 del cuaderno principal.

5 Ver folio 5 del cuaderno principal.

6 Ver folio 6 del cuaderno principal.

7 Ver folio 7 del cuaderno principal.

8 Las competencias de los servicios de salud en lo no cubierto con los subsidios a la demanda, se encuentra reglamentada en el numeral 1.10, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5 del artículo 43, parágrafo único del artículo 44, artículo 45, numeral 2° del artículo 47 de la Ley 715 de 2001.

9 Ver Sentencia T-053 de 2009, MP. Humberto Antonio Sierra Porto.

10 T-859 de 2003, MP. Eduardo Montealegre Lynett, La Corte en buena parte de su jurisprudencia ha invocado la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General N° 14 del Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el que fijó el sentido y alcance de los derechos y obligaciones derivados del pacto.

11 T-016 de 2007, MP. Humberto Antonio Sierra Porto.

12 T-760 de 2008 MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

13 Sentencia T-016 de 2007, MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Este mismo criterio fue reiterado en la Sentencia T-760 de 2008, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

14 Constitución Política, artículo 44.

15 MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

16 Ver Sentencia T-760 de 2008, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

17 Ver artículo 10 del Decreto 806 de 1998, “Por medio del cual se reglamenta la afiliación al Régimen Subsidiado de Seguridad Social y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”.

18 La Ley 1122 de 2007, creó la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, la cual tiene asignada la función de definir y modificar el contenido del POS, en el Régimen Contributivo y Subsidiado, para lo cual expidió el Acuerdo 08 de 2009 “Por el cual se aclaran y actualizan íntegramente los Planes Obligatorios de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado”.

19 Sentencias T-406 de 2001 y T-1213 de 2004, MP. Rodrigo Escobar Gil y T-046 de 2010,

MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, en la cual se reitera la jurisprudencia.

20 El cual estaba siendo reglamentado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a partir del de la expedición del Acuerdo 01 de 2009 (25 de junio de 2009), el Ministerio de la Protección Social, creó la Comisión de Regulación en Salud Comisión de Regulación en Salud -CRES-, la cual esta encargada de la reglamentación del POS y POS-S.

21 Artículo 42, de la Ley 715 de 2001.

22 Esta ley equiparó el término ente territorial como Departamentos.

23 Artículo 44.2.1, de la Ley 715 de 2001.

24 Entiéndase como subsidios a la demanda.

25 Ver artículos 52 y 64 del Acuerdo 415 de 2009.

26 Ver folios 35, 39 y 49 del cuaderno tres.

27 De acuerdo a las pruebas que obran en el expediente a folio 7, las citas de control serán cada cuatro meses.

28 Acuerdo 260 de 2004, Artículo 5 numeral 1°.