

Sentencia T-115/16

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Servicio público de carácter obligatorio y derecho irrenunciable

DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTONOMO-Reiteración de jurisprudencia

El carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, ha sido ratificado por la Ley Estatutaria de la Salud, la Ley 1751 de 2015, sometida a control previo y automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación, mediante la Sentencia C- 313 de 2014. Precisamente, dicho ordenamiento, a través de los artículos 1º y 2º, al definir el objeto, naturaleza y contenido de la ley, se refiere a la salud como un “derecho fundamental”, “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, el cual comprende, entre otros elementos, la prestación del servicio de manera “oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

ESTRUCTURA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Jurisprudencia constitucional

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Existencia de dos regímenes/REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Afiliados a régimen contributivo o subsidiado y participantes vinculados

En ejercicio de los deberes constitucionales que adquiere el Estado colombiano, de crear un sistema que permita la cobertura del derecho a la salud a toda la población, se han estructurado dos tipos de destinatarios: por un lado, los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que se diferencian entre ellos de acuerdo a la capacidad de pago para cotizar al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud; y por otro, la figura del participante vinculado, constituido con el objetivo de cubrir aquellas personas que, si bien no se encuentran afiliados al régimen subsidiado, se les debe garantizar la prestación del servicio a través de las Instituciones públicas o privadas que tengan contrato con el Estado por no contar con la capacidad económica necesaria para cotizar en el sistema, no obstante

teniendo a su cargo, la asunción de parte de los costos de servicio, de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación.

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Naturaleza jurídica

EXONERACION DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS-Reglas jurisprudenciales

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

ACCION DE TUTELA PARA EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS-Orden a Secretaría Distrital de Salud exonerar a la agenciada de la cancelación del copago causado con ocasión de los servicios médicos prestados en Hospital

Asunto: Acción de tutela instaurada por el señor Luis Antonio Ortiz García, en calidad de agente oficioso de Sandra Ortiz Paredes, contra la Secretaría Distrital de Planeación; la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital y el Hospital de Engativá E.S.E.

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, cuatro (4) de marzo de dos mil dieciséis (2016).

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados, Alejandro Linares Cantillo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo de tutela proferido por el Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, correspondiente al trámite de la acción de amparo constitucional, impetrada por Luis Antonio Ortiz García en calidad de agente oficioso de la señora Sandra Ortiz Paredes, contra la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital, la Secretaría Distrital de Planeación y el Hospital de Engativá E.S.E.

I. ANTECEDENTES

El señor Luis Antonio Ortiz García, en calidad de agente oficioso de Sandra Ortiz Paredes, interpuso acción de tutela contra la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá y el Hospital de Engativá E.S.E invocando la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida y al mínimo vital, los cuales considera vulnerados por las entidades accionadas, al no autorizar la exoneración del pago de las cuotas moderadoras o copagos.

1. Hechos

1.1. La señora Sandra Ortiz Paredes de 50 años de edad, fue calificada el 29 de marzo de 2012[1] en el nivel 3 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) por tener un puntaje de 70.64[2] en la encuesta de clasificación socioeconómica.

1.2. La agenciada sufre de obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo 2[3]. El 16 de julio de 2015, fue internada en el Hospital de Engativá de la ciudad de Bogotá, por presentar un cuadro de “Pancreatitis aguda severa de origen biliar con Marshal 2 Balthazar E, necrosis de más del 50% con sospecha de sobreinfección bacteriana, Colelitiasis aguda, falla ventilatoria hipoxémica, edema pulmonar agudo de origen cardiogénico, hipertensión intrabdominal primario, taquicardia supraventricular por rentada nodal, hipertensión arterial, hipotiroidismo primario, síndrome metabólico”[4].

1.3. Como consecuencia de lo anterior, fue hospitalizada en la mencionada institución por un periodo de 37 días. Una vez se logró la estabilización de la paciente, el 22 de agosto de 2015 se ordenó su remisión al Hospital del Tunal E.S.E. para continuar con el proceso de recuperación.

1.4. El Hospital de Engativá E.S.E., al momento de hacer el traslado de la paciente, procedió a realizar el cobro del copago correspondiente al 30% a través de letra de cambio firmado por el señor Luis Antonio Ortiz por valor de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (1.933.050 \$), diferido en 6 cuotas mensuales

1.5. El 21 de agosto de 2015, la agenciada presentó manifestación juramentada ante la

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en la que afirmó, no contar con los recursos necesarios para afiliarse al régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud y no tener el dinero suficiente para cubrir los servicios médicos prestados por el Hospital de Engativá E.S.E.[5].

2. Fundamentos de la solicitud

2.1. Con fundamento en los anteriores hechos, el señor Luis Antonio Ortiz García, actuando como agente oficioso de su hija Sandra Ortiz Paredes, presentó acción de tutela por considerar que el puntaje de 70.64 asignado a esta, no corresponde con la realidad socioeconómica que presenta y que, a pesar de haber realizado solicitud de nueva encuesta en varias oportunidades, estas no se han llevado a cabo. Razón por la cual, la errónea adjudicación de nivel de SISBEN le impiden tener acceso a los programas y beneficios que el Distrito ha implementado para la población de escasos recursos.

2.3. Para sustentar lo anterior, el accionante allega un estudio de trabajo social de la Secretaría de Salud de Bogotá, practicado a la señora Sandra Ortiz Paredes, en el que se indica que es una mujer con nivel educativo bachiller que tiene como fuente de ingreso un negocio propio, el cual le genera una remuneración equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.[6]

2.4. De acuerdo con los argumentos presentados, el accionante solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y al mínimo vital de su hija, Sandra Ortiz Paredes a través de i) la exoneración del copago exigido por el Hospital de Engativá E.S.E y, ii) la ejecución de una nueva visita en el domicilio de la agenciada por parte de la Secretaría Distrital de Planeación, con el fin de practicarle una nueva encuesta de clasificación socioeconómica.

3. Contestación de las entidades accionadas y vinculadas

3.1. Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá

3.1.1. La Directora de Defensa Judicial de la Secretaría Distrital de Planeación, presentó escrito oponiéndose a las pretensiones formuladas por el señor Luis Antonio Ortiz, con base en los siguientes argumentos:

3.1.2. Señala, que dentro de las funciones legalmente asignadas a esta Secretaría, se encuentra la de llevar a cabo las visitas domiciliarias de personas que soliciten una nueva clasificación socioeconómica, por considerar que la asignación de nivel otorgada por la entidad, no corresponda con la realidad del peticionario.

3.1.3. Sin embargo, manifiesta que realizada la consulta en el sistema de asignación, se pudo constatar que, a la fecha, no existe petición pendiente realizada por la Señora Ortiz Paredes, en consecuencia, concluye que de conformidad con el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991, la presente acción de tutela resulta improcedente por cuanto existen otros recursos administrativos idóneos que la agenciada no ha agotado en debida forma, antes de acudir al mecanismo de amparo constitucional.

3.1.4. Por último, manifiesta que la Secretaría Distrital de Planeación no está llamada a responder pretensiones que tengan relación con la prestación del servicio de salud o con la exoneración de copagos, por lo anterior, solicita su desvinculación.

3.2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

3.2.1. La Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Secretaría Distrital de Salud, se refiere a la naturaleza jurídica del Fondo Financiero Distrital de Salud en el sentido de manifestar que el cobro de copagos se realiza conforme a la clasificación de nivel de SISBEN otorgada a la paciente y, que de conformidad con el artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, tienen el deber de contribuir con el financiamiento que demanda el sistema.

3.2.2. En ese orden de ideas, en la medida en que la señora Ortiz paredes se encuentre en el nivel III del SISBEN, el cobro del copago corresponderá al 30% del valor total de la prestación del servicio de salud demandada por la paciente.

3.2.3. Respecto a la pretensión tendiente a una nueva práctica de encuesta de SISBEN, la entidad aclara que dicha calificación es llevada a cabo por la Secretaría Distrital de Planeación y no por la Secretaría Distrital de Salud. En consecuencia, no puede vincularse a la entidad sobre las pretensiones formuladas por el accionante tendientes a una nueva realización de encuesta.

3.2.4. Conforme a las anteriores consideraciones, la entidad accionada finaliza su intervención, solicitando su desvinculación en la presente actuación e instó al accionante a que, de encontrarse inconforme con el nivel de SISBEN asignado, se presente a un Centro de Atención Distrital Especializado (CADE) para que se lleve a cabo una nueva encuesta de clasificación socioeconómica.

3.3. Hospital de Engativá E.S.E

3.3.1. El Hospital de Engativá E.S.E., a través del Jefe de Oficina Jurídica, informa que a la señora Sandra Ortiz Paredes se le prestó de manera integral la atención en salud requerida desde el momento en que fue internada, hasta el día de su remisión al Hospital del Tunal el 22 de agosto de 2015. Por tanto, asegura que no existe vulneración de sus derechos a la vida y a la salud, toda vez que la entidad le suministró atención especializada y oportuna.

3.3.2. Asegura que dentro de las obligaciones de la Entidad, está la de garantizar la atención integral del servicio de salud, no obstante lo anterior, argumenta que el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, define las cuotas de recuperación como los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de acuerdo al nivel de SISBEN en el que se encuentre el paciente. Bajo ese entendido, la señora Ortiz Paredes, al encontrarse ubicada en el nivel III, se le asigna un subsidio del 70% que son cubiertos por el Fondo Distrital de Salud y le corresponde el pago del 30%. Aclara al respecto que, el referido Decreto no autoriza a las entidades prestadoras del servicio de salud a exonerar el cobro de las cuotas de recuperación o copagos. Por lo tanto, solicita al juez constitucional que declare la improcedencia de la acción de tutela en contra del Hospital de Engativá E.S.E.

4. Sentencia objeto de revisión

4.1. El Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Control de Garantía de Bogotá, en Sentencia del 16 de septiembre de 2015, declaró la improcedencia de la acción de tutela impetrada por el señor Luis Antonio Ortiz García, en calidad de agente oficioso de su hija Sandra Ortiz Paredes, por considerar que no existía amenaza de los derechos fundamentales invocados, toda vez que el Hospital de Engativá prestó de manera oportuna el tratamiento médico requerido.

4.2. Consideró, además, que teniendo en cuenta que la pretensión principal del accionante es la exoneración total del cobro de copago argumentando la falta de capacidad económica, tanto de él como la de su hija, la tutela no es el mecanismo idóneo para dirimir controversias dinerarias, asimismo, indicó que, dado que la prestación del servicio se dio de manera oportuna, no existe relación entre la solicitud de amparo constitucional y la responsabilidad de las entidades accionadas.

4.4. En cumplimiento del fallo proferido, la Secretaría Distrital de Planeación, a través de escrito presentado el 24 de septiembre de 2015, informó al Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Control de Garantía que el 19 de septiembre del mismo año, se realizó nueva encuesta SISBEN a la ciudadana Sandra Ortiz Paredes en la cual se determinó un nuevo puntaje de 57.61.[7]

5 Pruebas relevantes que obran en el expediente

5.1. Copia de la manifestación juramentada para subsidio a la oferta del servicio de salud, suscrita por la señora Sandra Ortiz Paredes el 21 de agosto de 2015, en la cual se declara la falta de capacidad económica.[8]

5.2. Copia de la factura de copago No. 27941 del Hospital de Engativá E.S.E por valor de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (\$ 1.933.050).[9]

5.3. Copia de comprobador de derechos de la señora Sandra Ortiz Paredes emitida por la Secretaría Distrital de Salud con fecha de corte de 3 de septiembre de 2015[10]

5.4. Copia de la Historia Clínica de evolución de la señora Sandra Ortiz Paredes, expedida por el Hospital de Engativá E.S.E. [11]

5.5. Copia del estudio de trabajo social de la Secretaría de Salud de Bogotá, practicado a la señora Sandra Ortiz Paredes, en el que se indica que es una mujer con nivel educativo bachiller que tiene como fuente de ingreso un negocio propio, el cual le genera un ingreso equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.[12]

5.6. Copia de consulta web de Información de Afiliado en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad Social de Luis Antonio Ortiz García.[13]

5.7. Copia de Formato Único de Letra de Cambio emitido por el Hospital de Engativá, en el cual se asigna el pago correspondiente de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (\$1.933.050), diferido a 6 cuotas de trecientos veintidós mil ciento setenta y cinco pesos (\$322.175), suscrito por el señor Luis Antonio Ortiz García.[14]

5.8. Copia de consulta web al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales de Sandra Ortiz Paredes quien registra un puntaje de 70.64[15].

5.9. Copia la encuesta practicada el 19 de septiembre de 2015 con ficha de clasificación socioeconómica de SISBEN, realizada por la Secretaría Distrital de Planeación en cumplimiento del fallo proferido en primera instancia por el Juez 21 Penal Municipal con Función de Control de Garantía, el cual indica un puntaje obtenido de 57.61.[16]

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar la decisión proferida en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política.

2. Cumplimiento de los requisitos de procedibilidad de la acción de tutela

2.1. Legitimación por activa

2.1.1. Como quiera que en la actuación objeto de revisión, el señor Luis Antonio Ortiz García dice actuar como agente oficioso de su hija Sandra Ortiz Paredes de 50 años de edad, esta Sala considera necesario verificar si en el presente caso se cumplen los requisitos que la ley y la jurisprudencia ha determinado para reconocer la legitimación por activa de quien manifiesta actuar en tal condición.

2.1.2. La agencia oficiosa encuentra fundamento en el artículo 86 de la Carta Política, el cual establece que “[t]oda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o

la omisión de cualquier autoridad pública...”(Subrayado fuera del texto)

2.1.3. En desarrollo de dicho mandato, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, al regular el tema de la legitimación e interés para promover la acción de tutela, establece la posibilidad de agenciar derechos ajenos “cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.”[17]

2.1.4. Conforme a lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que, para que proceda la agencia oficiosa en la acción de tutela, es necesario el cumplimiento de los siguientes requisitos generales: i) que el accionante manifieste expresamente que está actuando como tal y, ii) que el titular de los derechos invocados, se encuentre en imposibilidad física o mental para impetrar la protección directamente.[18]

2.1.5. Teniendo en cuenta las citadas reglas, se tiene que, en el presente caso, el señor Ortiz García manifiesta actuar como agente oficioso de su hija Sandra Ortiz Paredes[19]. Asimismo, asegura que la agenciada se encontraba en imposibilidad para ejercer directamente la presente acción, en razón de que para la fecha de presentación de la solicitud de amparo (3 de septiembre de 2015), se encontraba incapacitada por padecer de una pancreatitis aguda de origen biliar, a su vez asociada, a una “obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo2”[20].

2.1.6. La anterior afirmación, al margen de no haber sido controvertida por las entidades demandadas, puede ser corroborada dentro del proceso con la historia clínica de la paciente,[21]la cual evidencia la grave condición médica que atravesó desde el momento de su hospitalización, por presentar un diagnóstico complejo de pancreatitis aguda de origen biliar, necrosis de más del 50% con sospecha de sobreinfección bacteriana, entre otros padecimientos. De tal condición da cuenta también el escrito presentado por el Hospital de Engativá E.S.E. ante el juez de primera instancia[22], en el que pone de manifiesto que la agenciada permaneció en dicha entidad desde el 16 de julio de 2015 hasta el 22 de agosto de ese mismo año, para ser posteriormente remitida al Hospital del Tunal E.S.E[23], en donde de acuerdo con lo manifestado por el accionante[24], estuvo internada por un periodo adicional de 15 días[25].

2.1.7. En ese orden de ideas, esta Sala encuentra cumplidas las reglas de procedibilidad de

la agencia oficiosa y concluye que, para el momento de interponer la acción de tutela, la señora Sandra Ortiz Paredes se encontraba hospitalizada y por lo tanto, imposibilitada para promover la defensa por sí misma, en consecuencia, se reconoce la legitimación por activa del señor Luis Antonio Ortiz García como agente oficioso.

2.2. Legitimación por pasiva

2.2.1. Desde el punto de vista de la legitimación por pasiva, la presente acción resulta procedente toda vez que la Clínica de Engativá E.S.E y Las Secretarías Distritales de Salud y de Planeación de Bogotá, son entidades públicas sujetos de ser demandados a través de este mecanismo de amparo, de conformidad con lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 5 del Decreto 2591 de 1991.

2.3. Inmediatez

2.3.1. El artículo 86 de la Carta Política, dispone que la acción de tutela está prevista para la protección inmediata de los derechos fundamentales, “cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública”. De acuerdo con dicha regla, la jurisprudencia ha señalado que la procedencia de la acción de tutela está sujeta al cumplimiento del requisito de inmediatez, “[e]llo implica que es deber del accionante evitar que pase un tiempo excesivo, irrazonable o injustificado desde que se presentó la actuación u omisión que causa la amenaza o vulneración de las garantías constitucionales. El incumplimiento de la obligación ha llevado a que se concluya la improcedencia de la acción, impidiendo la protección de los derechos invocados”[26].

2.3.2. En el presente caso, el presupuesto de inmediatez se satisface, toda vez que la acción fue presentada el 3 de septiembre de 2015 y se dirige a obtener la exoneración del cobro del copago asignado en virtud de la atención médica recibida por la señora Sandra Ortiz Paredes el 16 de julio del mismo año. De lo anterior se colige que, desde el momento de la presunta vulneración del derecho a la presentación de la acción de tutela transcurrieron menos de 3 meses, lo que demuestra que el accionante procedió a solicitar el amparo en un término razonable, esto es, una vez consideró afectados los derechos fundamentales invocados.

2.4 Subsidiariedad

2.4.1. El artículo 86 de la Carta establece que la acción de tutela, como mecanismo de protección de derechos fundamentales, “sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

2.4.2 Respecto a lo anterior, la jurisprudencia constitucional, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 1º y 2º[27] de la Ley Estatutaria de salud, Ley 1751 de 2015, reconoce el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, sujeto de protección directa por vía de acción de tutela en el evento en que este se considere vulnerado o amenazado.

2.4.3. No obstante lo anterior, las Leyes 1122 de 2007[28] y 1438 de 2011[29] confirieron a la Superintendencia Nacional de Salud potestades jurisdiccionales para resolver, con las facultades propias de un juez, algunas controversias que se presenten con ocasión de la prestación de los servicios de salud, entre las empresas promotoras (o entidades que se les asimilen) y sus usuarios.

2.4.4. Al respecto, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 dispone lo siguiente: “Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

2.4.5. Revisado el marco normativo de atribuciones jurisdiccionales reconocidas a la Superintendencia Nacional de Salud, encuentra el despacho que, prima face, no es claro que las mismas incluyan la facultad para dirimir los conflictos que se susciten en relación con la exoneración del cobro de copagos y cuotas moderadores en los eventos en que el servicio de salud ya ha sido prestado y el usuario del mismo alega la falta de capacidad económica para asumir dichos cobros. Tal hecho resulta particularmente relevante frente a usuarios del servicio de salud que son atendidos bajo la modalidad de participantes vinculados, en razón a que éstos no tienen la condición de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y, hasta tanto no logren ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, por motivos de incapacidad de pago, la atención en salud que requieran la reciben directamente y en forma temporal, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas que tengan contrato de prestación de servicios con el Estado -Nación y entidades territoriales- (Ley 100 de 1993, art. 157).

2.4.6. Siendo ello así, considera la Sala que la acción de tutela es el mecanismo idóneo y eficaz para la solución de la controversia suscitada en la presente causa, cuya pretensión está dirigida, precisamente, a obtener en favor de la actora la exoneración del copago cobrado por el Hospital de Engativá E.S.E con ocasión de la prestación del servicio de salud recibido, en su condición de participante vinculado. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que, de acuerdo con los hechos de la acción de tutela, la señora Sandra Ortiz Paredes padece actualmente de “obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo2”, enfermedades que requieren de una atención permanente y continua, lo cual le exige al juez de tutela, definir con prontitud la controversia planteada a efectos de garantizar la continuidad en la prestación del servicio para tratar las patologías antes descritas.

2.4.7. En relación con esto último, la jurisprudencia constitucional ha considerado que “cuando se evidencien circunstancias en las cuales esté en riesgo la vida, la salud o la

integridad de las personas, y se trate de casos que ya está conociendo el juez constitucional en sede de revisión, esta Sala ha sostenido que resulta desproporcionado enviar las diligencias al ente administrativo de la Salud, pues la demora que implica esta actuación, por la urgencia y premura con la que se debe emitir una orden para conjurar un perjuicio, podría degenerar en el desamparo de los derechos o la irreparabilidad in natura de las consecuencias”.[30]

2.4.8. En consecuencia, la Sala encuentra cumplido el requisito de subsidiariedad en la presente actuación toda vez que, de conformidad con lo anteriormente planteado, no se advierte que la Superintendencia de Salud tenga competencia para dirimir controversias relacionadas con el cobro de copagos o cuotas moderadoras asignadas con ocasión de la prestación del servicio de salud, máxime cuando se trata de participantes vinculado y la falta de solución oportuna de la controversia planteada puede llegar a afectar la continuidad en la prestación del servicio de salud.

3. Presentación del caso y planteamiento del problema jurídico

3.1. De acuerdo con la situación fáctica antes descrita, advierte la Corte que en el presente caso, la solicitud principal formulada ante el juez de tutela se dirige a obtener la exoneración del pago de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (\$ 1.933.050), el cual es cobrado por el Hospital de Engativá E.S.E. a título de copago, equivalente al 30% del valor de los servicios médicos y hospitalarios que le fueron prestados a la agenciada entre los días 16 de julio a 22 de agosto de 2015. Adicionalmente, la agenciada le solita al juez de tutela que ordene una nueva encuesta de SISBEN, por considerar que la puntuación de 70.64 asignada inicialmente, no corresponde con la difícil situación económica que atraviesa.

3.2. Encuentra la Corte que, si bien el Juzgado de tutela de primera instancia declaró la improcedencia de la acción de tutela, dentro de la misma providencia ordenó que se llevara a cabo una nueva encuesta de clasificación socioeconómica de la agenciada; encuesta que efectivamente fue practicada por la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, en la cual se adjudicó una variación en la puntuación, pasando de 70.64 a 57.61[31].

3.3. En consecuencia, la Sala se abstendrá de pronunciarse sobre la pretensión adicional de la actora, relacionada con la realización de una nueva encuesta de SISBEN, por encontrar

que esta ya ha sido satisfecha. Por la misma razón, se abstendrá de pronunciarse en relación con la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, vinculada a este proceso como parte demandada.

3.4. Conforme con lo anterior, la Sala se limitará a pronunciarse en torno a la pretensión relacionada con la exoneración del copago equivalente al 30% de los servicios hospitalarios prestados. En ese orden de ideas, el problema jurídico que le corresponde resolver a la Sala es el siguiente:

Si el Hospital de Engativá E.S.E. desconoce los derechos fundamentales a la salud, a la vida y al mínimo vital de la señora Sandra Ortiz Paredes, al efectuar el cobro de copagos por los servicios médicos prestados con ocasión de su hospitalización, sin tener en cuenta la situación económica de la misma.

3.5. Para resolver el problema antes planteado, la Sala considera necesario referirse a los siguientes temas: i) la seguridad social y el derecho a la salud -fundamentabilidad y cobertura-; ii) estructura del Régimen de Seguridad Social en Salud, iii) el sistema legal de “pagos moderadores” y las reglas de exoneración; finalmente (iv) se resolverá el caso concreto.

4. la seguridad social y el derecho a la salud, fundamentabilidad y cobertura

4.1. La seguridad social se encuentra consagrada expresamente en el artículo 48 de la Constitución Política, el cual le reconoce la doble condición de: (i) “derecho irrenunciable”, que se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional; y (ii) “servicio público de carácter obligatorio”, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, por entidades públicas o privadas, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

4.2. Conforme con su configuración constitucional, la jurisprudencia de esta Corporación ha definido la seguridad social “como el conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar progresivamente a los individuos y sus familias, las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que puedan afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano”[32].

4.3. En ese contexto, la misma jurisprudencia ha puesto de presente que la seguridad social, para su materialización, requiere de un amplio contenido prestacional, razón por la cual exige del Estado el diseño de una estructura organizacional básica, esto es, el diseño de un sistema de seguridad social integral “orientado a procurar el bienestar del individuo y la comunidad mediante la protección de las contingencias que los afecten, en especial, las que menoscaban la salud, la integridad física y la capacidad económica”[33]. Conforme con ello, lo ha dicho la Corte, la implementación de un modelo de seguridad social por parte del Estado requiere que en él se defina: (i) el contenido de los servicios, (ii) las instituciones encargadas de su prestación, (iii) los procedimientos bajo los cuales éstos deben discurrir y (iv) el sistema a tener en cuenta para asegurar la provisión de fondos que garanticen su buen funcionamiento.

4.4. Ahora bien, este Tribunal ha sostenido que la seguridad social, entendida como el conjunto de medidas institucionales orientadas a procurar el bienestar individual y colectivo, “comporta diferentes dimensiones, dentro de las que se encuentra la atención en salud”[34]. En ese sentido, un componente esencial de la seguridad social es precisamente la salud, la cual aparece consagrada en el artículo 49 del mismo ordenamiento Superior, también, a partir de una doble configuración jurídica: (i) como servicio público cuya prestación, regulación y coordinación se encuentra a cargo del Estado conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; y (ii) como derecho que debe ser garantizado a todas las personas en los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma.

4.5. En relación con su faceta de derecho, no obstante su contenido prestacional, la jurisprudencia de esta Corporación, en recientes pronunciamientos, le ha reconocido a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo, susceptible de protección por vía de acción de tutela, “cuando se involucra la existencia de una garantía subjetiva derivada del contenido normativo que definen el derecho a la salud y su alcance se encuentra determinado en la constitución y, en el conjunto de leyes y reglamentos que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud”. [35]

4.6. El carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, ha sido ratificado por la Ley Estatutaria de la Salud, la Ley 1751 de 2015, sometida a control previo y automático de constitucionalidad por parte de esta Corporación, mediante la Sentencia C- 313 de 2014.

Precisamente, dicho ordenamiento, a través de los artículos 1º y 2º, al definir el objeto, naturaleza y contenido de la ley, se refiere a la salud como un “derecho fundamental”, “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, el cual comprende, entre otros elementos, la prestación del servicio de manera “oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”.

4.7. En punto a la fundamentabilidad del derecho a la salud, y su posibilidad de protección por vía de tutela, la jurisprudencia constitucional[36] ha precisado que el mismo comporta dos dimensiones: por un lado, (i) el derecho a obtener la prestación real, oportuna y efectiva del servicio incluido en el plan de atención y beneficios, a través de todos los medios técnicos y científicos autorizados; y, por el otro, (ii) el derecho a que la asunción total de los costos de dicho servicio sea asumido por la entidad o entidades a quien corresponda su prestación. En ese sentido, tanto la prestación del servicio propiamente dicha, como el contenido económico del mismo, hacen parte de la dimensión ius fundamental del derecho a la salud, razón por la cual, en el evento de que alguno de estos dos componentes no resulte satisfecho, resulta válido recurrir a la acción de tutela para reclamar su protección.

4.8. Sobre este particular, en la Sentencia T-594 de 2007, la Corte hizo la siguiente precisión:

“En efecto, es claro que las prestaciones establecidas en el P.O.S. no solamente implican la concreción material del servicio mismo, sino también el cubrimiento de los costos que éste genere, obligación que de ninguna manera puede ser trasladada al afectado. Por tal razón, respecto de la segunda de las dimensiones señaladas, esta Corporación ha sostenido que “aun cuando las controversias en torno a la responsabilidad patrimonial respecto de los servicios incluidos dentro del Manual de procedimientos del POS., parecieran de índole netamente económica y por tanto ajenas a la esfera de competencia de la acción de tutela, ello no es del todo cierto, por cuanto la cobertura económica del servicio, cuando éste se encuentra incluido en el plan de atención médica correspondiente (v.g. el POS), hace parte de la dimensión iusfundamental del derecho a la salud.”[37]

4.9. En consecuencia, el derecho a la salud, visto desde la perspectiva de la garantía subjetiva derivada de las normas que determinan su contenido, es un derecho fundamental

autónomo e irrenunciable cuya protección y garantía a través de la acción de tutela, tiene lugar cuando uno de sus componentes prestacional o económico se ve afectado o desconocido, generando como consecuencia la vulneración de la cobertura del derecho.

4.10. En cuanto hace a la dimensión económica del derecho fundamental a la salud, cabe aclarar que su protección constitucional tiene lugar, sin perjuicio de los pagos a que están sujetos los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (cotizaciones, pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles), los cuales están destinados, principalmente, al objetivo de racionalizar el uso de los servicios del sistema y a complementar la financiación de los planes de atención.

5. Estructura del Régimen de Seguridad Social en Salud

5.1. El legislador, en desarrollo del deber constitucional de diseñar una sistema de seguridad social integral, orientado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, expidió la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Dicho sistema se encuentra estructurado con el objetivo de procurar el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, mediante la protección de las principales contingencias que los afectan a partir de cuatro componentes básicos: i) el sistema general de pensiones, ii) el sistema general de salud, iii), el sistema general de riesgos laborales y iv) y los servicios sociales complementarios.[38]

5.2. En lo atinente al sistema general de seguridad social en salud y en virtud del principio de universalidad en la cobertura del servicio, el artículo 157 de la mencionada ley estructuró dos tipos de regímenes, el régimen contributivo y el subsidiado, cuya distinción se encuentra fundado en la capacidad económica del afiliado.

5.3. Así, hacen parte del régimen contributivo los afiliados que cuentan con capacidad económica para cotizar en el sistema, bien sea por encontrarse vinculados a un contrato de trabajo, ser acreedores a una pensión o por ser trabajadores independientes. En cuanto al régimen subsidiados, pertenecen aquellos afiliados que no cuentan con recursos suficientes para cubrir la totalidad de su cotización, estos son, quienes se encuentren en situación de pobreza y se da especial protección a persona como “las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de

Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.”

5.4. No obstante lo anterior, el mismo artículo 157 de la Ley 100 de 1993, señaló una tercera categoría de destinatarios del sistema denominada “participante vinculado”, el cual se encuentra estructurado para aquellas personas que, “ por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiados del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”[39].

5.6. Al respecto, la jurisprudencia de esta Corporación ha delimitado el alcance de los participantes vinculados y los elementos que lo diferencian del régimen subsidiado, en los siguientes términos:

“Los vinculados tienen en común con los afiliados al régimen subsidiado el hecho de carecer de capacidad de pago; sin embargo, los últimos han sido afiliados a una entidad administradora específica, que gestiona los servicios por ellos requeridos con cargo a los recursos del régimen subsidiado; mientras los simplemente vinculados, que aún deben surtir el trámite de afiliación a una ARS, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto.

Por ende, los participantes vinculados deben recibir temporalmente los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.[40]

Ello debido a que para ser afiliado al régimen subsidiado se requiere no sólo estar identificado como beneficiario del subsidio, sino además haber sido seleccionado e inscrito en una entidad administradora de dicho régimen (ARS). Así, se entenderá que el usuario tiene la calidad de afiliado en el momento en que la respectiva entidad territorial suscribe el contrato con la ARS para atender al beneficiario”[41].

5.7. De acuerdo con lo anterior, se concluye que en ejercicio de los deberes constitucionales que adquiere el Estado colombiano, de crear un sistema que permita la cobertura del derecho a la salud a toda la población, se han estructurado dos tipos de destinatarios: por un lado, los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que se diferencian entre ellos de acuerdo a la capacidad de pago para cotizar al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud; y por otro, la figura del participante vinculado, constituido con el objetivo de cubrir aquellas personas que, si bien no se encuentran afiliados al régimen subsidiado, se les debe garantizar la prestación del servicio a través de las Instituciones públicas o privadas que tengan contrato con el Estado por no contar con la capacidad económica necesaria para cotizar en el sistema, no obstante teniendo a su cargo, la asunción de parte de los costos de servicio, de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación.

6. El sistema legal de pagos moderadores y las reglas de exoneración de copagos y cuotas moderadoras

6.1. En virtud del principio de sostenibilidad, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 prevé que las personas afiliadas y beneficiarias del Sistema General en Seguridad Social en Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado y los participantes vinculados, se encuentran sujetas a “pagos moderadores”, los cuales comprenden, entre otros, los “pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles”. La misma norma precisa que “[p]ara los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema [mientras que] [e]n el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud”.

6.2. Conforme con el mandato anterior, se han venido profiriendo regulaciones de distinto orden encaminadas a definir y reglamentar el régimen de los “pagos moderadores” y la forma como deben ser aplicados.

6.3. En relación con este último aspecto, es el propio artículo 187 de la Ley 100 de 1993, el que define los criterios de aplicación de los “pagos moderadores”, precisando que, para los diferentes servicios que se presten dentro del sistema de salud, dichos pagos “serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica”, esto es, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los usuarios del sistema. Así, tratándose del Régimen Contributivo,

los “pagos moderadores” se aplicarán tomando como referente el ingreso base de cotización del afiliado cotizante[42], mientras que, para el régimen subsidiado y los participantes vinculados, tales pagos se aplicarán de conformidad con la calificación socioeconómica de la encuesta SISBEN[43], entendida esta como el sistema de información que permite identificar y clasificar a la población pobre del país que es potencial beneficiaria de los subsidios y de los programas sociales que ofrece el Estado.

6.4. Dentro del contexto descrito, se expidió el Decreto 2375 de 1995, “[p]or medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud”. Dicho ordenamiento, en el artículo 18, tal y como el mismo fue modificado por el artículo 11 del Acuerdo 260 de 2004, regula de manera específica, lo referente a los “pagos moderadores” de los usuarios del sistema que hacen parte de la población más pobre, beneficiarios del régimen subsidiado y participantes vinculados, los cuales, de acuerdo con su capacidad de pago, tienen derecho a recibir un subsidio parcial por los servicios de salud que requieran y le sean prestados. En esa orientación, la referida disposición prevé que los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN de la siguiente manera:

- Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.
- Para el nivel 1 del SISBÉN, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.
- Para el nivel 2 del SISBÉN, el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.
- “Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento...” (Subrayas fuera de texto

original).

6.5. Posteriormente, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expidió el Acuerdo 260 de 2004 “por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En dicho acuerdo se precisa el alcance y las diferencias entre los copagos y las cuotas moderadoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. De manera general, los define como los pagos que realizan los afiliados y beneficiarios del sistema al momento de hacer uso de los servicios brindados por las entidades prestadoras del servicio de salud. En cuanto a sus diferencias, establece que las “cuotas moderadoras” son aplicadas a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, con el propósito de promover en los afiliados la inscripción a los programas de atención integral desarrollados por las EPS[44]; en cuanto a los “copagos”, son “los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado”[45] los cuales son aplicados de manera exclusiva a los afiliados beneficiarios, con el objetivo de financiar el sistema.

6.6. En relación con lo anterior, el artículo 11 del acuerdo mencionado, regula la distribución de las contribuciones que deben asumir los usuarios beneficiarios del régimen subsidiado de acuerdo a la realidad social y económica que presentan, teniendo en cuenta el nivel de SISBEN asignado, modificando el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, solo en lo relacionado con los topes máximos que aplican sobre el porcentaje a pagar por los servicios de salud que reciban los usuarios de los niveles 1 y 2 del SISBÉN.

6.7. Finalmente, la Ley 1122 de 2007, estableció nuevos parámetros en relación con los cobros de los “pagos moderadores”, al disponer en el artículo 14 que “no habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace”[46]. La regla de “excluir de los pagos moderadores” a los usuarios del servicio de salud clasificados en el nivel uno del SISBÉN, fue extendida también por el artículo 1º del Acuerdo 0365 de 2007, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a algunos grupos especiales como son: la “población infantil abandonada”; la “población indigente”; la “población en condiciones de desplazamiento forzado”; la “población indígena”; la “población desmovilizada”; la “población de tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia

social”; y la “población rural migratoria y la población ROM que sea asimilable al Sisbén I”.

6.8. En relación con los niveles SISBEN, cabe destacar que el Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución 3778 de 2011, “por el cual se establecen los puntos de corte del SISBEN metodología III y se dictan otras disposiciones”. Dicha resolución, en el artículo 1 establece los puntos de corte para la afiliación al régimen subsidiado de salud, así: (i) el nivel 1 de SISBEN que comprende los puntajes de 0 a 47.99 en ciudades y otras cabeceras, y de 0 a 32.98 en zonas rurales; y (ii) el nivel 2 de SISBEN el cual comprende puntajes de 48.00 a 54.86 en ciudades, de 44.80 a 51.57 en otras cabeceras y 32.99 a 37.80 en las zonas rurales del país. Acorde con lo anterior, (iii) el literal c) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007[47], garantiza la cobertura al régimen subsidiado de la población ubicada en el nivel 3 del SISBEN a través de subsidios totales o parciales, a partir de puntajes superiores a los anteriormente descritos para los niveles 1 y 2 de SISBEN.

6.9. Conforme a la regulación anterior, se lleva a cabo el régimen de “pagos moderadores” dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6.10. Ahora bien, aun cuando en virtud del principio de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es posible imputar pagos a los afiliados y beneficiarios de dicho sistema, la ley y la jurisprudencia han dejado claro que dichos pagos no pueden constituir barreras de acceso al sistema de salud, específicamente, en relación con la población más pobre. Al respecto, el propio artículo 187 de la Ley 100 de 1993, al tiempo que prevé los pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles dentro del sistema de salud, precisa igualmente que, “[e]n 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”.

6.11. Del mismo modo, la jurisprudencia constitucional ha establecido que, “dado que el estado Colombiano es un Estado Social de Derecho que tiene como uno de sus principios fundantes el de solidaridad, cada individuo debe contribuir en la medida de sus

posibilidades a la financiación del Sistema sin que ello devenga necesariamente en una barrera al acceso a los servicios de salud, como quiera que no puede obligarse a lo imposible y, por consiguiente, resultaría desproporcionado exigirle a alguien que no cuente con recursos económicos suficientes, el cubrimiento del valor de un pago compartido y el aporte al Sistema como condicionamiento para la prestación de la atención médica que necesita”.[48]

6.13. Ahora bien, para establecer cuando hay lugar a la exoneración, la misma jurisprudencia ha fijado unos criterios de interpretación que deben ser evaluados por el operador jurídico. Así, los citados criterios son los siguientes: “(i) es aplicable la regla general en materia probatoria, según la cual, incumbe al actor probar el supuesto de hecho que permite obtener la consecuencia jurídica que persigue; (ii) ante la afirmación de ausencia de recursos económicos por parte del actor (negación indefinida), se invierte la carga de la prueba correspondiendo en ese caso a la entidad demandada demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar la ausencia de recursos económicos, la misma se puede intentar mediante negaciones indefinidas, certificados de ingresos, formularios de afiliación al sistema, extractos bancarios, declaración de renta, balances contables, testimonios, indicios o cualquier otro medio de prueba; (iv) en el caso de la afirmación indefinida del solicitante respecto de la ausencia de recursos económicos, o de afirmaciones semejantes, se presume su buena fe en los términos del artículo 83 de la Constitución, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le quepa, si se llega a establecer que tal afirmación es falsa o contraria a la realidad.”[51].

6.14. En relación con este último, cabe aclarar que, con el fin de garantizar la sostenibilidad del financiamiento del sistema, le corresponde al operador judicial, “ejercer activamente sus poderes inquisitivos en materia probatoria, con el fin de establecer la verdad real en cada caso, proteger los derechos fundamentales de las personas y garantizar la corrección del manejo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, haciendo prevalecer el principio de solidaridad cuando el peticionario cuenta con recursos económicos que le permitan sufragar el costo de las intervenciones, procedimientos o medicamentos excluidos del POS”[52].

6.15. De acuerdo con lo anterior, en el evento en que el usuario manifieste la falta de capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, se genera una inversión

en la carga de la prueba y le corresponde a la entidad que reclama el pago, aportar información suficiente acerca de la situación económica del paciente para efectos de establecer si estos se encuentran en posibilidad de sufragar el copago asignado con ocasión a la prestación del servicio demandado. De no ser aportada dicha información, se deben verificar las circunstancias particulares del usuario del servicio, tales como su condición de desempleado, nivel asignado en el SISBEN, ingresos mensuales equivalentes a un salario mínimo legal mensual vigente, afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en condición de beneficiario y no como cotizante.[53]

6.16. En consecuencia, la implementación del cobro de copagos y cuotas moderadoras en el Sistema de Seguridad Social en Salud, se lleva a cabo con el objetivo de incentivar el buen uso de los servicios y complementar la financiación del sistema. No obstante lo anterior, este alto Tribunal ha concluido que es posible exonerar del cobro de copagos a los usuarios, si se logra acreditar su falta de capacidad económica para cubrirlos y se evidencie la amenaza o vulneración de derechos fundamentales como el mínimo vital, la vida y la salud.

6.17. En relación con esto último, cabe resaltar que, de conformidad con los artículos 43 al 47[54] de la Ley 715 de 2001, en concordancia con el artículo 29 de la Ley 1438 de 2001[55], le corresponde a las entidades territoriales, la supervisión, el control del recaudo y la aplicación de los recursos que se apropien para garantizar la prestación del servicio de salud, en particular en relación con la atención de la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con los subsidios a la demanda.

6.18. En relación con el cobro de “pagos moderadores” a las personas que hacen parte de la encuesta SISBEN, tanto del régimen subsidiado de salud como participantes vinculados, esta Corporación ha reconocido la existencia de varios defectos técnicos en la realización de la clasificación socioeconómica, lo cual a veces hace que el nivel asignado no corresponda con la realidad social y económica que atraviesa el ciudadano, generando como consecuencia la limitación del acceso a los programas y beneficios creados por el Estado y la posible afectación de derechos fundamentales. Al respecto, “[e]sta Corporación se ha referido a las deficiencias que presenta la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales -SISBEN- y ha expresado que los defectos del Sistema se traducen en ocasiones en la vulneración de derechos constitucionales fundamentales

como la vida, la igualdad, la salud y el habeas data administrativo de los beneficiarios del mismo “, de tal manera que el beneficiado puede solicitar ante la entidad administrativa la corrección de la información que considere errada (...) “[56]

7. Caso concreto

7.1. De acuerdo con los antecedentes antes descritos, la señora Sandra Ortiz Paredes, a través de agente oficioso, solicita la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas y al mínimo vital, presuntamente vulnerados por las entidades accionadas, al exigirle el pago de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (\$1.933.050), correspondiente al 30% del valor de los servicios médicos y hospitalarios que fueron prestados entre los días 16 de julio y 22 de agosto de 2015 por el Hospital de Engativá E.S.E.

7.2. El Hospital de Engativá E.S.E., aduce que el cobro antes mencionado se hace a título de copago que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, le corresponde cubrir a los usuarios de los servicios médicos que hacen parte del nivel 3 de SISBEN, como es el caso de la agenciada, y que son atendidos por la red pública y privada que tengan contrato con el Estado, bajo la modalidad de participantes vinculados. En igual sentido se pronunciaron las Secretarías Distritales de Salud y Planeación, al manifestar que, de acuerdo con la asignación de nivel de SISBEN se le fija al usuario el valor del copago a sufragar y, en la medida en que la señora Ortiz Paredes obtenga un puntaje de 70.64 en la encuesta de clasificación socioeconómica le corresponderá sufragar el copago mencionado.

7.3. Con base en lo anterior, la actora pretende que se protejan los derechos fundamentales ya invocados, ordenándose a las entidades accionadas la exoneración del copago, para lo cual sostiene no contar con los recursos económicos para asumir dicha deuda, sin ver afectada su subsistencia digna.

7.4. De conformidad con elementos de juicio allegados al expediente, se puede advertir que la señora Sandra Ortiz Paredes se encuentra ubicada en el nivel 3 de SISBEN por tener un puntaje superior a 54.86[57]. Aun cuando para el año 2012 fue calificada en la encuesta de clasificación socioeconómica con un puntaje de 70.64, recientemente, en cumplimiento de la orden del juez de tutela de primera instancia, la misma fue nuevamente encuestada

arrojando un puntaje inferior al inicial, correspondiente a 57.61.

7.5. En razón a que la agenciada se encuentra en el nivel 3 de SISBEN, y no le ha sido asignada una EPS-S del Régimen Subsidiado, la misma tiene derecho a recibir la atención que requiera a través de la red pública o privada que tenga contrato con el Estado, bajo la condición de participante vinculado.

7.6. En cumplimiento de lo previsto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, los beneficiarios del nivel 3 de SISBEN deben pagar a título de copago, el 30% del valor total de los servicios médicos que reciba.

7.8. Como fue señalado por esta Sala, los pagos moderadores, entre los que se cuentan los copagos, encuentran su justificación en el propósito de racionalizar el uso del servicio público de salud y ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, la misma jurisprudencia ha señalado que, en el evento en que una persona no cuente con los recursos suficientes para asumir el pago de un procedimiento o tratamiento médico sujeto a copago o cuota moderadora, y que tal hecho pueda ser establecido, la entidad responsable deberá proceder a su prestación y cubrimiento total.

7.9. En el presente caso, de las pruebas que obran en el expediente se puede inferir que la agenciada sufre de “obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo 2”, enfermedades que no le permiten desarrollar una actividad laboral en condiciones óptimas. Asociado a ello, se trata de una persona de escasos recursos económicos, que no dispone de un trabajo estable y que, en cualquier caso, percibe ingresos que no superan un salario mínimo legal mensual vigente, derivado de la actividad económica que en forma independiente desarrolla. La falta de capacidad económica de la accionante se encuentra plenamente acreditada conforme a los siguientes elementos aportados en el proceso:

- Declaración realizada ante la Secretaría Distrital de Salud, en la cual, la señora Ortiz Paredes, bajo la gravedad de juramento, manifiesta no contar con los recursos necesarios para afiliarse al régimen contributivo de salud y no tener el dinero suficiente para cubrir los gastos médicos prestados por el Hospital de Engativá E.S.E..
- Estudio de trabajo social de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, realizado a la agenciada, en el que se indica que es una mujer de nivel educativo bachiller que desarrolla

una actividad económica propia “ajustable a un salario mínimo legal mensual vigente”[58].

- Certificados de Cámara de Comercio de Bogotá y de Catastro Distrital, aportados por la Secretaría Distrital de Salud, en donde consta que la señora Ortiz Paredes no cuenta con establecimientos de comercio o bienes inmuebles de su propiedad.
- Encuesta practicada por la Secretaría Distrital de Planeación en cumplimiento de la orden proferida por el juez de tutela de primera instancia, el cual arrojó como resultado una variación en el puntaje de clasificación socioeconómica de la agenciada, pasando de 70.64 a 57.61; puntaje este último que se encuentra cercano al nivel 2 de SISBEN, cuyo límite máximo en ciudades es de 54.86.

7.10. De acuerdo con los anteriores elementos probatorios, para la Sala se encuentra acreditado que, en el presente caso, la agenciada no está en capacidad de asumir el pago de un millón novecientos treinta y tres mil cincuenta pesos (\$1.933.050), exigido por el Hospital de Engativá E.S.E., a título de copago equivalente al 30% de los servicios médicos y hospitalarios recibidos por parte de dicha entidad. A juicio de la Sala, exigir dicho pago conlleva la vulneración de los derechos fundamentales a la salud, al mínimo vital y a la vida de la agenciada en condiciones dignas.

7.11. Como ha quedado establecido, la señora Ortiz Paredes se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, derivada de la grave afectación a su salud y la disminución de su capacidad de trabajo, lo cual tiene lugar a partir de: i) padecer de “obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo 2” asociado con otras patologías; ii) percibir ingresos aproximados a un salario mínimo legal mensual vigente, iii) no estar en capacidad de desarrollar de manera estable y permanente su actividad económica debido a su precario estado de salud y, en virtud de lo anterior, iv) haber visto disminuido su puntaje en la clasificación socioeconómica del SISBEN pasando de 70.64 a 57.61, puntuación cercana al requerido para ubicarse en el nivel 2 de SISBEN.

7.12. Cabe precisar que, aun cuando a la agenciada ya le fue prestado el servicio de salud que requería, y lo que reclama es la exoneración del copago, resulta procedente el amparo por vía de tutela, pues, conforme se advirtió en precedente, el carácter iusfundamental del derecho a la salud y su ámbito protección constitucional se extiende no solo a la prestación

del servicio propiamente dicho, sino también, a la asunción de los costos del mismo por cuenta de la entidad a quien corresponde su prestación. Tal financiación tiene lugar en relación con el contenido del plan de beneficios y, como ocurre en el presente caso, cuando el usuario acredita que no está en condiciones de asumir por su propia cuenta los costos de los pagos moderadores.

7.13. En consecuencia, esta Sala de Revisión procederá a revocar parcialmente el fallo proferido el dieciséis (16) de septiembre de dos mil quince (2015) por el Juzgado veintiuno Penal Municipal con función de Control de Garantía de Bogotá y, en su lugar, ordenará a la Secretaría Distrital de Salud que exonere a la señora Sandra Ortiz Paredes de la cancelación del copago causado con ocasión de los servicios médicos prestados en el Hospital de Engativá E.S.E del 16 de julio al 22 de agosto de 2015.

7.14. Conforme a lo anterior, se ordenará al Hospital de Engativá E.S.E que, en un término no mayor a cinco (5) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, haga devolución del título valor, el cual quedará sin efecto alguno. En todo caso, en el mismo término previamente concedido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá deberá asumir el pago de \$ 1.933.050 pesos cobrados al señor Luis Antonio Ortiz García, por concepto de hospitalización de la señora Sandra Ortiz Paredes.

7.15. En caso de que el título haya sido objeto de negociación y en aras de proteger la buena fe de terceros, en el mismo término previamente concedido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá deberá proceder a pagar su importe sin posibilidad de subrogación o, en su lugar, a hacer la devolución de lo pagado por el accionante.

III. DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones expuestas en precedencia, la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, administrando, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR PARCIALMENTE la sentencia proferida el dieciséis (16) de septiembre de dos mil quince (2015), por el Juzgado 21 Penal Municipal con Función de Control de

Garantía de la ciudad de Bogotá, en cuanto denegó el amparo respecto a la exoneración de copagos y en su lugar, TUTELAR los derechos a la salud y al mínimo vital de la señora Sandra Ortiz Paredes.

SEGUNDO: ORDENAR al Hospital de Engativá E.S.E que, en un término no mayor a cinco (5) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, haga devolución del título valor, el cual quedará sin efecto alguno. En todo caso, en el mismo término previamente concedido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá deberá asumir el pago de \$ 1.933.050 pesos cobrados al señor Luis Antonio Ortiz García, por concepto de hospitalización de la señora Sandra Ortiz Paredes.

En caso de que el título haya sido objeto de negociación y en aras de proteger la buena fe de terceros, en el mismo término previamente concedido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá deberá proceder a pagar su importe sin posibilidad de subrogación o, en su lugar, a hacer la devolución de lo pagado por el accionante.

TERCERO: Líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Cópiese, notifíquese, insértese en la gaceta de la Corte Constitucional y Cúmplase.

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

[1] Cuaderno 2, folio 11: Consulta web de comprobador de derechos de la Secretaría Distrital de Salud de Sandra Ortiz Paredes.

[2] Cuaderno 2, folio 13: Consulta web al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales de Sandra Ortiz Paredes.

[3] Cuaderno 2, Folios 14 y 15: Historia clínica de la paciente.

[4] Cuaderno 2, folios 14 a 19: Historia clínica de evolución de la paciente Sandra Ortiz Paredes expedida por el Hospital de Engativá E.S.E.

[5] Cuaderno 2, folio 9.

[6] Cuaderno 2, folio 20: Estudio Social de caso trabajo social, Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría de Salud.

[7] Cuaderno 2, Folios 65 a 69.

[8] Cuaderno 2, folio 9.

[9] Cuaderno 2, folio 10 y 23.

[10] Cuaderno 2, folio 11.

[11] Cuaderno 2, folio 14 a 18. Historia Clínica de Evolución: Paciente femenino de 50 años de edad, con diagnósticos: Pancreatitis aguda severa de origen biliar con marshal 2 BALTHAZAR E, necrosis de más del 50% con sospecha de sobreinfección bacteriana peripancreática, colelitiasis aguda, falla ventilatoria hipoxémica resuelta, edema pulmonar agudo de origen carcinogénico resuelto, hipertensión intra-abdominal primario -grado II-III, taquicardia supraventricular por entrada nodal revertida farmacológicamente, hipertensión arterial por HC, hipotiroidismo primario en suplencia, síndrome metabólico, obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2 diagnóstico de novo.

[12] Cuaderno 2, folio 20.

[13] Cuaderno 2, folio 12.

[14] Cuaderno 2, folio 22.

[15] Cuaderno 2, folio 13.

[16] Cuaderno 2, folios 65 al 69.

[17] Decreto 2591 de 1991, artículo 10: “Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”.

[18] Al respecto consultar las siguientes sentencias: Sentencia T-479 de 2012; Sentencia T-111 de 2013; Sentencia T-541 A de 2014.

[19] Cuaderno 2, Folio 1.

[20] Cuaderno 2, folios 14 a 19: Historia clínica de evolución de la paciente Sandra Ortiz Paredes expedida por el Hospital de Engativá E.S.E.

[21] Cuaderno 2, Folio 14.

[22] Folio 40: “La señora SANDRA ORTIZ PAREDES, de 50 años de edad, estuvo internada en el Hospital de Engativá desde el 16 de julio de 2015 hasta el 22 de agosto de 2015, es decir por 37 días, debido a que la paciente curso un cuadro de pancreatitis severa de origen biliar con necrosis de las del 50%, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome metabólico, obesidad mórbida, diabetes mellitus diagnosticada de novo e hipotiroidismo Primario en suplencia. Durante la estancia en el hospital se agregaron otros cuadros clínicos que requirieron estudio y manejo: celulitis con colecistitis aguda leve, falla ventilatoria hipoxémica, edema pulmonar agudo de origen cardiogénico, hipertensión intra-abdominal primario grado ii-iii y taquicardia supraventricular”.

Se realizó trámite de remisión y se trasladó al Hospital Tunal el 22 de agosto de 2015.”

[23] Folio 41.

[24] La anterior información fue obtenida por el despacho a través de llamada telefónica al celular del señor Luis Antonio Ortiz, el pasado 18 de enero de 2016.

[25] La señora Sandra Ortiz Paredes estuvo hospitalizada en el Hospital de Engativá E.S.E. desde el 16 de julio de 2015 hasta el 22 de agosto de ese mismo año y luego trasladada al Hospital del Tunal E.S.E, lo que le permite a esta Sala inferir que, para el 3 de septiembre de 2015, fecha en la que se presentó la acción de tutela, la agenciada efectivamente se encontraba en imposibilidad física para impetrar la protección directamente.

[26] Sentencia T-172 de 2013.

[27] Ley 1751 de 2015, artículo 1: “Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección....artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo....”.

[28] “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

[29] “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

[30] Sentencia T-121 de 2015; en igual sentido se refieren las siguientes sentencias: T-316 A de 2013, T-226 de 2015 y T-644 de 2015.

[31] Cuaderno 2, folios 65 a 69.

[32] Sentencia T-1040 de 2008.

[33] Sentencia T-176 de 2011.

[34] Sentencia T-662 de 2006.

[35] Sentencia T- 162 de 2015; En igual sentido se refiere la Sentencia T-760 de 2008.

[36] Sobre el tema se pueden consultar, entre otras, las Sentencias T-662 de 2006, T-869 de 2006 y T-594 de 2007.

[37] Al respecto pueden consultarse las sentencias T-662 y T-869 de 2006.

[39] Ley 100 de 1993, artículo 157.

[40] Artículos 32 y 33 del Decreto 806 de 1998.

[41] Sentencia T- 648 de 2008.

[42] Sobre el tema se puede consultar el artículo 4º del Acuerdo 260 de 2004, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

[43] Sobre el tema se puede consultar el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, “Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado”.

[44] Acuerdo 260 de 2004, artículo 1: . Cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

[45] Ibid. Artículo 2.

[46] Literal g) del artículo. 14 de la Ley 1122 de 2007.

[47] Ley 1122 de 2007, 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.”, Literal “c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la

carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;...”

[48] Sentencia T- 158 de 2008; Al respecto consultar entre otros las siguientes sentencias: T-760 de 2008, T-162 de 2015, T-220 de 2008, T-859 de 2013.

[49] En la sentencia T-743 de 2004 esta Corporación resolvió tutelar los derechos a la vida y a la salud del accionante y en consecuencia, ordenar a la Secretaría de Salud Departamental de Santander que adopte las medidas necesarias para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la sentencia, garantice al accionante el acceso a los servicios de salud que requiriera para el tratamiento del cáncer que le fue diagnosticado, indicando a la IPS correspondiente que se subsidiara el 100% del valor de tales servicios.

[50] Al respecto ver Sentencias: T-330 de 2006; Sentencia T-310 de 2006; Sentencia T-859 de 2008.

[51] Sentencia T- 683 de 2003,

[52] Sentencia T- 683 de 2003.

[53] Sobre el particular consultar las siguientes sentencias: T-859 de 2013, T-162 de 2015.

[54] Ley 715 de 2001, Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:... 43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.... 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.... Artículo 44.

Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:... 44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.... 44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin....

Artículo 45. Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación. La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital...

Artículo 46. Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones....

Artículo 47. Destino de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud. Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:... 47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total... 47.2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.... 47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

[55] Ley 1438 de 2001; Artículo 29:Administración del Régimen Subsidiado. Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y

de calidad al Plan de Beneficios.

[56] Sentencia T-101 de 2006.

[57] Resolución 3778 de 2011, artículo 1: Puntos de corte del Sisbén Metodología III: Establecer como puntos de corte para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, los siguientes:Nivel 2, puntaje de nivel de sisben 48.00-54.86.”

[58] Cuaderno 2, folio 20.