

Sentencia T-175/15

EXONERACION DE COPAGOS Y CUOTAS DE RECUPERACION EN EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD-Reglas jurisprudenciales

Para determinar los casos en los cuales debe eximirse al afiliado del pago de las cuotas con el fin de garantizar el derecho constitucional a la salud, esta Corte ha desarrollado dos reglas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

DERECHO DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD-Debe ser sin demoras y cargas administrativas que no les corresponde asumir a los usuarios

La jurisprudencia no avala trabas al acceso a la salud, derivada de la deficiencia de recobro del sistema de seguridad social. En esta línea, la Corte ha señalado que las fallas interadministrativas del sistema de salud no deben ser trasladadas al particular.

PROHIBICION A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, EXIGIR A LOS USUARIOS Y/O A SUS FAMILIARES PAGARES PARA CUBRIR LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS AL PACIENTE

No es constitucionalmente aceptable que los prestadores de salud pidan el pago efectivo o la suscripción de títulos para cancelar los servicios prestados a los pacientes o a sus familias, porque constituye una imposición de obstáculos injustificados y desproporcionados al acceso al servicio. En efecto, no tienen en consideración la situación de vulnerabilidad e imponen medidas trasladando fallas del sistema a los usuarios, pudiendo afectar su derecho

al mínimo vital

DERECHO AL HABEAS DATA EN BASES DE DATOS DE ENTIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Información debe ser almacenada y actualizada con exactitud y prontitud en bases de datos

La jurisprudencia constitucional ha sido clara en advertir la obligación que asiste a las administradoras de información de usuarios del servicio médico de actualización de datos, por lo que de ninguna manera podrá trasladarse la carga al usuario. Las administradoras de salud son responsables de los inconvenientes provocados a los usuarios causados por información errada o imprecisa dentro de sus bases de datos afecta sus derechos personalísimos.

DERECHO FUNDAMENTAL AL MINIMO VITAL-Vulneración por hospital, al exigir pagaré para garantizar el pago de servicios médicos prestados a paciente fallecida, a pesar de que se encontraba exonerada de su pago, como condición para entregarle su cuerpo

DERECHO FUNDAMENTAL AL MINIMO VITAL-Orden a Hospital devolver al accionante el pagaré que suscribió para cubrir la factura correspondiente al servicio médico prestado a familiar fallecido

Referencia: expediente T-4612661

Magistrado Ponente:

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO.

Bogotá, D.C., dieciséis (16) de abril de dos mil quince (2015).

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada Martha Victoria Sáchica Méndez y los Magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los Artículos 86 y 241, numeral 9º de la Constitución Política, y 33 y concordantes del Decreto ley 2591 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo dictado por el Juzgado Octavo (8) Penal del Circuito con funciones de control de garantías de Bogotá, en el asunto de tutela de referencia.

I. ANTECEDENTES

El señor Eduardo Cufiño interpuso acción de tutela contra las entidades accionadas por considerar vulnerados sus derechos a la vida, a la salud, a la igualdad y a la dignidad humana, presuntamente violados, ante la negativa de la EPS a cubrir gastos médicos provistos a su familiar fallecida y el requerimiento del Hospital de suscribir un pagaré para asegurar su pago, como condición a la entrega del cuerpo de su familiar.

1. Hechos.

1.1. El señor Eduardo Cufiño relata que su tía, la señora Etelvina Cufiño, de 87 años[1], estuvo afiliada durante más de diez años a Capital Salud EPS-S, en el régimen subsidiado, en el nivel 2 del Sisbén.[2]

1.2. Añade que su tía no contaba con ingresos mensuales, ni con hijos que velaran por su cuidado, que vivía con él y su núcleo familiar, conformado por su esposa, dos hijos menores, una nuera y un nieto.

1.3. Adicionalmente, explica que es una persona de escasos recursos económicos, ya que su sustento proviene de la remuneración que recibe de su trabajo como ayudante de construcción, siendo que es responsable de sostener a sus 2 hijos menores de edad, su esposa y su nieto.

1.4. Comenta que el 19 de mayo de 2014 su tía sufrió complicaciones de salud y recibió atención médica en el Hospital Simón Bolívar de Bogotá (III Nivel), donde estuvo internada 33 días[3].

1.5. El accionante relata que durante la hospitalización la señora Cufiño recibió tratamientos autorizados por Capital Salud: los servicios de urgencias (19 de mayo), hospitalización (20 de mayo) y el medicamento labetalol hidrocloreto (29 de mayo)[4].

1.6. Sin embargo, el 24 de junio de 2014, la señora Cufiño falleció en las instalaciones del Hospital Simón Bolívar[5].

1.7. Manifiesta el señor Cufiño que, posteriormente, el Hospital Simón Bolívar le pidió acudir a Capital Salud para que este autorizara el pago de los servicios médicos brindados, previo a la entrega del cuerpo de la familiar fallecida.

1.8. El señor Cufiño acudió a Capital Salud, que negó asumir el pago de la atención dada a la señora Cufiño, teniendo en cuenta que en su registro había sido trasladada a Cruz Blanca EPS.[6]

1.9. Con motivo de lo sucedido, el señor Cufiño se presentó en Cruz Blanca EPS donde le explicaron que por un error involuntario un usuario había sido registrado con la cédula de su tía, por lo que procedieron a entregarle un certificado en el que constaba que no estaba afiliada en esa promotora[7].

1.10. El señor Cufiño se dirigió nuevamente a Capital Salud EPS-S para que esta vez, aportando la certificación entregada por Cruz Blanca EPS, autorizara el pago al Hospital Simón Bolívar. Sin embargo, Capital Salud EPS-S no aceptó su petición porque en su sistema la paciente todavía aparecía como afiliada a Cruz Blanca EPS, por lo que no le correspondería dicha carga[8].

1.11. En vista de que Capital Salud EPS-S negó de manera reiterada el pago de los servicios brindados a la señora Cufiño, el Hospital Simón Bolívar condicionó la entrega del cuerpo a su familia al pago de aquellos o a su garantía mediante la suscripción de un título valor.

1.12. El 26 de junio de 2014, el señor Cufiño suscribió un pagaré por la suma de \$6'109.596, para cubrir los gastos de la atención recibida por la señora Cufiño, que corresponden a la factura número 16859 del Hospital Simón Bolívar[9].

1.13. Finalmente, el Hospital Simón Bolívar entregó el cuerpo de la señora Cufiño a su familia, pero según reseña el accionante no le ha sido devuelto el pagaré.

En consideración de los hechos descritos, el accionante solicitó el amparo de su derecho al mínimo vital, pidiendo que la EPS y/o el Hospital Simón Bolívar asuma el costo total de los servicios prestados a la paciente fallecida, y que se le devuelva el pagaré que debió otorgar al Hospital para que le entregaran el cuerpo de su familiar[10].

2. Contestación de las entidades accionadas.

2.1. Hospital Simón Bolívar E.S.E. (III Nivel).

El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica del Hospital Simón Bolívar pidió la desvinculación del trámite de tutela debido a que el servicio de salud fue prestado a la señora de conformidad con las mejores prácticas médicas.

En relación con el título valor, explicó que no le es posible su anulación por tratarse de recursos públicos y que la omisión en su recuperación generaría un detrimento patrimonial que implica responsabilidad fiscal. En esa línea, destacó que son las EPS y los entes territoriales quienes deben asumir el costo de la atención de sus afiliados, como lo establece la Ley 715 de 2001. Afirmó al respecto que “todas las IPS públicas del Distrito tienen múltiples inconvenientes de carácter económico, aunado a que sus instalaciones, herramientas y recurso humano no dan abasto a toda la demanda de servicios del régimen subsidiado, por lo que las IPS públicas procuran prestar dentro de sus posibilidades un servicio ideal, máxime cuando las EPS del régimen subsidiado continúan perjudicando el flujo de caja de los hospitales públicos del Distrito, reteniendo los pagos que por mandato legal deben hacer por los servicios prestados a sus asegurados”.

2.2. Capital Salud EPS-S

La apoderada especial de Capital Salud EPS-S señaló que autorizó oportunamente los servicios de urgencias (19 de mayo), hospitalización (20 de mayo) y el medicamento labetalol hidrocloreto (29 de mayo),[11] razón por la cual de causarse cualquier gasto debía serle facturado y no exigir el pagaré al paciente o a su familiar.

Expuso que la entidad tiene convenio con el Hospital Simón Bolívar (III Nivel) E.S.E., por lo que este ha debido iniciar el trámite de cobro por la atención brindada, tal y como hizo con los elementos que estaban fuera del POS, respecto de los cuales radicó solicitudes ante el Comité Técnico Científico. Por tanto, consideró que debe anularse el pagaré suscrito, sin que haya lugar al cobro de copagos ya que la señora Cufiño se encontraba eximida de tal deber.

Así las cosas, sugirió conminar al Hospital para que presente las cuentas de cobro a la EPS

con el fin de evitar traumatismos en la prestación de los servicios.

2.3. Secretaría Distrital de Salud.

La Subdirectora de Gestión Judicial de la Secretaría Distrital de Salud solicitó que se declare la improcedencia de la acción en lo que concierne a la entidad, por cuanto no había legitimación por pasiva. Sostuvo que le corresponde a las entidades promotoras, Capital Salud EPS-S y Cruz Blanca EPS, administrar sus bases de datos de afiliación, y por consiguiente velar por la información allí consignada para que no imponga barreras para el acceso al servicio.[12]

Afirmó que en el sistema “Comprobador de Derechos del Distrito Capital” la señora Cufiño estaba retirada de Capital Salud EPS-S por cruce de régimen contributivo con Cruz Blanca EPS, pero en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) figura como afiliada activa en la primera entidad. Considera que esa inconsistencia administrativa no puede ser trasladada al usuario, por lo que Capital Salud EPS-S está obligada a cubrir los gastos.

La entidad hizo énfasis en que la señora Etelvina Cufiño era mayor a 65 años y estaba afiliada al Sisbén (nivel 2) y, por contera, estaba cobijada por el Proyecto de Gratuidad en Salud[13]. Por ello, no debía hacer ningún pago de los servicios que se le prestaron[14].

2.4. Cruz Blanca EPS.

El apoderado de Cruz Blanca EPS solicitó la desvinculación del trámite de tutela, puesto que el objeto de la acción son los actos realizados por Saludcoop EPS y no por la entidad, lo que implica su falta de legitimación por pasiva. Así mismo, rebatió la acusación en su contra apelando a la inexistencia de violación de derechos fundamentales por parte de la entidad.

3. Decisiones judiciales objeto de revisión.

3.1. Sentencia de primera instancia.

En sentencia de 14 de julio de 2014, el Juzgado Quince (15) Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá negó el amparo invocado por estimar que se trata de un asunto meramente económico. En su concepto, el mínimo vital del peticionario no resulta

afectado por cuanto hasta el momento no ha realizado pago alguno y la misma EPS le pidió al Hospital la anulación del pagaré. Reconoció que a pesar de existir una controversia entre ambos entes, el reclamo no es de urgencia, por lo que no debe ser resuelto mediante acción de tutela.

El accionante no presentó argumentos.

3.3. Sentencia de segunda instancia.

El Juzgado Octavo (8) Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Bogotá, en fallo del 12 de agosto de 2014, confirmó la primera decisión porque no es competencia del juez de tutela atender asuntos relativos a las consecuencias económicas derivadas de conflictos en materia de salud.

4. Pruebas.

El acervo probatorio está conformado por:

- Cédula de ciudadanía de Eduardo Cufiño (folio 14 del cuaderno 1).
- Cédula de ciudadanía de Etelvina Cufiño (folio 13 del cuaderno 1).
- Copia de carnet de afiliación de Etelvina Cufiño en Capital Salud EPS-S (folio 15 del cuaderno 1).
- Copia de reporte/epícrisis de la subgerencia científica del Hospital Simón Bolívar III Nivel sobre el servicio prestado a Etelvina Cufiño (folios 16 a 17 del cuaderno 1).
- Copia de pagaré número 16859, suscrito el 26 de junio de 2014 por Eduardo Cufiño a favor del Hospital Simón Bolívar III Nivel – Grupo Funcional de Cartera -, por valor de \$6.509.596 (folio 18 del cuaderno 1).
- Certificado de defunción número 71041222-2, de Etelvina Cufiño (folio 19 del cuaderno 1).
- Certificación expedida por Cruz Blanca EPS, que prueba que Etelvina Cufiño no estaba afiliada a la entidad (folio 20 del cuaderno 1).

- Certificación expedida por Capital Salud EPS-S, que prueba que Etelvina Cufiño estuvo afiliada a la entidad en el periodo del 4/09/07 al 9/5/2012, y se retiró por cambio contributivo (folio 21 del cuaderno 1).

- Certificado expedido por la Registraría Nacional del Estado Civil (folio 22 del cuaderno 1).

5. Actuaciones en Sede de Revisión[15].

Teniendo en cuenta que el señor Cufiño solicita la protección del derecho fundamental al mínimo vital, ante la negativa de la EPS a cubrir los gastos médicos de su tía fallecida y el requerimiento del Hospital de suscribir un pagaré para asegurar su pago, el magistrado sustanciador consideró necesario proceder a decretar algunas pruebas, mediante auto de 3 de marzo de 2015, relacionadas con: (i) la situación económica actual del accionante; (ii) el trámite surtido ante Capital Salud EPS-S y/o Cruz Blanca EPS para lograr el pago de los servicios prestados a la señora Cufiño; (iii) el estado actual del proceso de cobro por dicha atención; (iv) la gestión realizada por Cruz Blanca EPS para la corrección de la información errónea en las bases de datos de afiliación; (v) la historia de afiliación de Etelvina Cufiño en Capital Salud EPS-S; (vi) los servicios cubiertos a la citada persona entre el 29 de mayo y el 24 de junio de 2014 por Capital Salud EPS-S; (vii) el proceso de pago adelantado por Capital Salud EPS-S de los servicios prestados a la señora Cufiño al Hospital Simón Bolívar.

En virtud del anterior requerimiento, Capital Salud EPS allegó copia de consulta de la Base de Datos Única de Afiliados de la señora Cufiño, copia de certificación de defunción, copia del pagaré, copia del reporte histórico de novedades del afiliado, copia de las autorizaciones médicas emitidas, copia de la factura número 6510675, certificado de existencia y representación legal de Capital Salud y poder especial[16].

De otro lado, el accionante aportó en una relación de ingresos y gastos detallada sobre la economía de su núcleo familiar. Afirma que sus ingresos junto con los de su esposa son apenas suficientes para pagar los gastos básicos de transporte, servicios, educación de los menores, alimentación y crédito de vivienda[17].

El Hospital Simón Bolívar de Bogotá (III Nivel), por su parte, precisó que la factura número 6510693 del 25 de junio de 2014, correspondiente a los servicios prestados a la señora

Etelvina Cufiño, fue cobrada a Capital Salud.[18]

Adicionalmente, la Sala practicó de oficio la consulta del Sistema Integral de Información de la Protección Social- Registro Único de Afiliados (SISPRO- RUAF) de Etelvina y Eduardo Cufiño y también la consulta del sistema de calificación de Sisbén de este último, que señala un puntaje de 21,92, según la ficha número 3791621[19].

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer del fallo materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los Artículos 86 y 241.9 de la Constitución, y 31 a 36 del Decreto ley 2591 de 1991.

2. Presentación del caso y del problema jurídico.

Sobre la base de lo expuesto, corresponde a esta Sala de Revisión responder el siguiente problema jurídico:

¿Se vulnera el derecho fundamental al mínimo vital de una familia de escasos recursos de un paciente fallecido y exonerado del pago del servicio médico, cuando una IPS exige su cancelación mediante la suscripción de un título valor, como condición para la entrega del cuerpo, argumentando que la EPS del paciente no autoriza el desembolso debido a un error en el registro de afiliados y falencias en el sistema de recobro?

Para resolver este problema jurídico la Sala estima necesario estudiar: (i) el cobro de copagos y cuotas de recuperación dentro del esquema del régimen subsidiado del sistema de seguridad social y (ii) las obligaciones de los prestadores de servicios de salud y administradores de información de los usuarios. Con base en ello, (iii) analizará el caso concreto.

3. Cobro de copagos y cuotas de recuperación del régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud y casos en que hay lugar a su exoneración.

3.1. La obligación de pago de servicios médicos está regulada en el Artículo 187 de la Ley

100 de 1993, que establece un esquema en el que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud están sujetos a la cancelación de los copagos y cuotas moderadoras[20]. Al respecto, en Sentencia C-542 de 1998 este Tribunal analizó la constitucionalidad de la norma citada y decidió:

“Declarar EXEQUIBLE el Artículo 187 de la Ley 100 de 1.993, bajo el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes”.”

En la Sentencia T-760 de 2008, que fijó directrices para el mejoramiento del Sistema de Salud, la Corte precisó que la falta de cancelación de pagos moderadores o copagos no puede ser un obstáculo para la prestación del servicio médico, por lo que debe ser razonable para que no restrinjan el acceso al derecho a la salud.

3.2. En virtud del preámbulo y del Artículo 13 de la Constitución Nacional, el Estado debe procurar garantizar la gratuidad del servicio de salud para procurar la protección especial y asistencia de las personas mayores, que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

En concordancia con ello, el Legislador prevé casos de exoneración del pago del servicio de la atención médica. Por ejemplo, el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007[21] amplió la cobertura universal de servicios del sistema de seguridad social para la población más vulnerable y sin capacidad de pago, beneficiando a adultos mayores identificados hasta el nivel 3 del SISBEN[22].

Del mismo modo, a nivel territorial se ha extendido la cobertura para personas de tercera edad de escasos recursos clasificadas hasta el nivel 2 del SISBEN. En el Distrito Capital, por ejemplo, el Decreto distrital 345 de 2008[23] dispone:

“ARTÍCULO 1°. Implementar el Proyecto “Gratuidad en Salud”, del cual serán beneficiarios los niños y las niñas entre uno (1) y de cinco (5) años, las personas mayores de sesenta y cinco (65) años y las personas en condición de discapacidad severa, respecto de: a. Las

cuotas de recuperación que se generen por la prestación de servicios de salud en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN; b. Los copagos que se generen por la prestación de servicios de salud, contemplados en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en el nivel 2 del SISBEN.”

Ahora bien, la implementación de este programa corresponde a la Secretaría Distrital de Salud como ente rector del Sector Salud en el Distrito Capital, con la colaboración del Fondo Financiero Distrital de Salud, las Empresas Sociales del Estado del orden distrital, las Instituciones Prestadoras de Salud y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que operan.

Su financiación proviene de la participación de salud provista por el Sistema General de Participaciones[24] y de las demás fuentes señaladas en el Artículo 214 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos son gestionados por entidades departamentales y municipales, respectivamente, para garantizar la atención en salud conforme a las competencias que le fueron asignadas en los Artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001.

3.3. En virtud de lo expuesto, por el principio de solidaridad, la Corte amplió las excepciones de la cancelación del copago y de cuotas moderadas, para asegurar la atención médica en casos críticos, ya que deben primar los derechos a la salud, a la vida y a la dignidad humana:

Se encuentran por fuera de esta hipótesis las personas que tienen la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y la capacidad para realizar efectivamente el pago antes de recibir el servicio requerido, puesto que en estos eventos dicha cuota no constituye un obstáculo para acceder al servicio médico, lo que hace improcedente el amparo por vía de tutela.”[25]

En cualquiera de estas hipótesis esta Corporación ha dispuesto que “será el juez constitucional el encargado de verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley, obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales”.[26]

En razón de lo anterior, es inexcusable que cualquier entidad promotora de salud o

prestadora del servicio solicite el pago a pacientes que se encuentren en cualquiera de las circunstancias anteriormente descritas.

4. La obligación de los prestadores de servicios de salud de abstenerse de imponer cargas injustificadas y desproporcionadas a los usuarios.

La prohibición general de las limitaciones al acceso al servicio de salud ha sido estatuida en el Artículo 53 de la Ley 1438 de 2009[27], declarada exequible en Sentencia C-791 de 2011 y desarrollada por el Artículo 3 del Decreto 1725 de 1999 que estipula:

“Artículo 3°. Información al usuario. No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al Sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo de entidades promotoras de salud; entidades de seguro; entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.”

Cuando la entidad prestadora determine, frente a procedimientos programados, que el usuario no tiene derecho a la cobertura del sistema a través de sus servicios, por no existir convenio con esa institución y la entidad promotora de salud a la cual el usuario se encuentra afiliado, o con la administradora de su plan adicional, se le debe informar al usuario en forma previa, para que éste pueda disponer lo pertinente a su traslado a la red con la que la respectiva Entidad Promotora o administradora del plan adicional que tenga convenio.” (Subrayado fuera del texto original)

Con base en lo anterior, la jurisprudencia no avala trabas al acceso a la salud, derivada de la deficiencia de recobro del sistema de seguridad social. En esta línea, la Corte ha señalado que las fallas interadministrativas del sistema de salud no deben ser trasladadas al particular. Así lo expuso desde la sentencia T-487 de 1992:

“Uno de sus verbos rectores es precisamente el de retener y en el caso del Sr. Bustos Carrión, es clara la “retención” por parte de las directivas del Hospital, ante la precaria situación económica del paciente, con la idea de intimidarlo para lograr de ésta forma el pago de la obligación.

Para esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional, los hospitales y clínicas particulares y

todas las entidades que presten servicio de asistencia a la salud, sean éstas públicas o privadas, deben tener en cuenta el derecho a la salud, especialmente los derechos de los pacientes y las obligaciones para con éste.

No sobra señalar que la lamentable situación económica por la que atraviesan los Hospitales del País -en especial los de provincia, no puede convertirse en un pretexto para vulnerar derechos constitucionales fundamentales -así se obre con el mejor propósito, y lo que se necesita es que el Estado cumpla con sus obligaciones también constitucionales, consagradas en los Artículos 48 y 49, como son la de seguridad social y atención a la salud, respectivamente.” (Subrayado fuera del texto original)

En este mismo sentido, en consideración de la persistencia del desorden administrativo y financiero del sistema de seguridad social en el país y en aras de prevenir posibles vulneraciones, en la Sentencia T-760 de 2008 la Corte ordenó al entonces Ministerio de Protección Social crear un sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro eficiente.

Posteriormente, en Sentencia T-550 de 2013 este Tribunal recordó que las fallas administrativas deben ser resueltas por la Administración, por lo que el particular no debe asumir las cargas por las ineficiencias del sistema. En esta ocasión Corte consideró:

“Las dilaciones injustificadas, es decir, aquellos trámites que se imponen al usuario que no hacen parte del proceso regular que se debe surtir para acceder al servicio, y que además, en muchos casos, se originan cuando la entidad responsable traslada el cumplimiento de un deber legal al paciente, lleva a que la salud del interesado se deteriore, lo que se traduce en una violación autónoma del derecho a la salud.

Aunado a lo anterior, también son trabas injustificadas aquellas que sin ser una exigencia directa al usuario sobre un procedimiento a surtir, terminan por afectar su derecho fundamental a la salud, en cualquiera de sus facetas. En cumplimiento de las funciones que les asigna el Sistema a las entidades que lo integran, se pueden presentar fallas u obstáculos en relación a circunstancias administrativas o financieras, de índole interinstitucional, que en ningún momento pueden amenazar el goce efectivo de los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema de Salud.”[28]

Como se ha expuesto, la jurisprudencia constitucional es pacífica en torno a la prohibición de crear obstáculos al acceso al derecho a la salud.

5. La prohibición a los prestadores de servicios de salud de pedir a los usuarios y/o a sus familiares pagarés para cubrir los servicios médicos prestados al paciente.

En los estudios de obstáculos al acceso al derecho a la salud que ha llevado a cabo la Corte, es recurrente que se manifieste bajo la forma de retención hospitalaria y de la exigencia del pago efectivo o la suscripción de títulos para cancelar los servicios prestados por hospitales, pese a que el desembolso corresponda a la EPS u otra entidad estatal [29].

Tal fue el caso estudiado en la Sentencia T-037 de 2007, donde la Corte anuló un pagaré que fue suscrito por un menor de edad para garantizar parte de los servicios médicos dados a su hermano en el Instituto Nacional de Cancerología, para que autorizaran su salida del Hospital, a pesar de estar exonerado de esa obligación[30]. Decidió entonces la Corte:

“En consecuencia, ORDÉNASE al Instituto Nacional de Cancerología la inmediata devolución de cualquier título valor que se haya exigido a Manuel Andrey Bohórquez Mora para garantizar el pago de la cuota de recuperación correspondiente a la atención y los servicios médicos recibidos por el niño Duverth Yesith Bohórquez Mora, suma que también debe ser asumida por la Gobernación de Boyacá.” (Subrayado por fuera del texto original)

Siguiendo esta línea, la Sentencia T-058 de 2011 dispuso dejar sin efectos el pagaré suscrito por una familia de escasos recursos para que el Hospital el Tunal de Bogotá diera salida a un paciente, exonerado de pago. En esa oportunidad, la Corte advirtió que el derecho al mínimo vital fue disminuido ya que el pagaré no tenía fundamento legal y era una amenaza inminente a la disponibilidad de medios económicos para la supervivencia del núcleo familiar[31]. Si bien no se encontró vulnerado el derecho a la seguridad social por hecho consumado, toda vez que la señora murió, en relación con el título ejecutivo dispuso lo siguiente:

“De lo dicho se concluye que el fallo objeto de revisión debe ser revocado, para, en su lugar, amparar el derecho al mínimo vital del núcleo familiar de la señora María Nelly García

Cuevas, dejando sin efectos jurídicos el mencionado pagaré y ordenando la expedición de copias de esta providencia con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de que, de considerarlo pertinente y necesario, adelante las investigaciones legales a que haya lugar contra las autoridades administrativas del Hospital el Tunal ESE.” (Subrayado por fuera del texto original)

En otro asunto similar, la Sentencia T-762 de 2013, la Corte anuló un pagaré por presumir que la accionante no tenía la capacidad económica para sufragarlo y de presentarse un proceso ejecutivo en su contra para exigir el pago se vulneraría su derecho al mínimo vital, toda vez que pertenecía a la población más vulnerable debido a que hacía parte del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.[32] Sobre el particular decidió:

“ORDENAR al Hospital Simón Bolívar exonerar del pago del saldo insoluto de la obligación contenida en el pagaré firmado por la Señora NUBIA CECILIA PERDOMO RANGEL como respaldo de los servicios médicos realizados a su hijo en dicho Hospital”. (Subrayado por fuera del texto original)

Los precedentes citados, solo a manera enunciativa, tienen en común la exigencia del pago o de una garantía de servicios a pacientes exonerados de pago, de acuerdo con las circunstancias legales y jurisprudenciales referidas en el acápite anterior. En estos casos la Corte ha entendido que se trata de un título exigido sin causa:

“Siendo entonces necesario inaplicar, en ocasiones, la regla sobre el pago de cuotas de recuperación por parte de los participantes vinculados, la Sala destaca que en estos casos sería así mismo inadecuado que la institución prestadora de servicios de salud exigiera la suscripción de documentos o la constitución de garantías que tuvieran por objeto asegurar el pago de tales conceptos. Ello es, simplemente, consecuencia de la máxima según la cual lo accesorio sigue la suerte de lo principal: si en una situación específica debe el prestador de los servicios abstenerse de exigir el pago de cuotas de recuperación, mal puede exigir garantía que asegure su cancelación”[33].

6. Obligación de consignar información fidedigna en las bases de datos y de mantenerlas actualizadas.

Atendiendo la necesidad de unificar la información de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud -subsidiado, contributivo y especiales- así como la obligación del Estado, a través la Dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de “[d]efinir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales” (Artículo 42.6 de la Ley 715 de 2001), se creó la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a cargo del FOSYGA.

La Sentencia T-1038 de 2010 aclaró que dicho sistema tecnológico “contiene la información de los afiliados plenamente identificados de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud -subsidiado, contributivo y especiales-, lo que permite verificar de manera fácil y adecuada los casos de posible multiafiliación, así como la historia de las personas frente a su afiliación al sistema, permitiendo alcanzar el adecuado ejercicio de las funciones de dirección y regulación del sistema, al igual que el manejo del flujo de recursos”.

De conformidad con el parágrafo del Artículo 2 de la Resolución 1344 de 2012, en concordancia con el Artículo 1º de la Resolución 216 de 2011 del Ministerio de Protección Social, la información consignada por el FOSYGA corresponde a la que remiten todas las entidades que realizan afiliaciones al sistema. De allí que, como lo afirmó esta Corporación, estas últimas son las responsables de mantener actualizadas sus propias bases de datos con la totalidad de la información generada desde el momento de la afiliación o celebración o prórroga de un plan adicional de salud o cualquier novedad, así como de su calidad, en virtud del Artículo 4 de la Ley 1266 de 2008.

La jurisprudencia constitucional ha sido clara en advertir la obligación que asiste a las administradoras de información de usuarios del servicio médico de actualización de datos, por lo que de ninguna manera podrá trasladarse la carga al usuario. Sobre el particular, este Tribunal ha explicado los parámetros que deben regir la Administración de bases de datos de las entidades prestadoras de salud. Al respecto, en Sentencia T-360 de 2005 sostuvo:

“En suma, esta Corporación ha determinado que las empresas que prestan servicios de salud tiene el deber de custodiar, conservar y actualizar las bases de datos de los ciudadanos que se encuentran afiliados al sistema. Lo anterior por cuanto la prestación

efectiva del servicio de salud depende en gran medida de los datos que estas entidades administran.” (Subrayado fuera del texto original)

Aunado a lo anterior, la Corte ha sostenido que los errores o deficiencias de la administración de dichas bases de datos repercuten en el goce de derechos fundamentales de los usuarios:

“A la luz de este caso, una vez más pone de presente la Corte que el desorden administrativo en la base de datos y de información del I.S.S., no puede ser padecido por los beneficiarios del Sistema, quienes no deben asumir con su vida y su salud la imprevisión y la desinformación en la prestación del servicio, pues ello insoslayablemente repercute en los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema”.[34]

Además, se responsabiliza a las administradoras de la información de los errores en su manejo:

“En este orden de ideas, encuentra la Corte pertinente recordar a La Nueva E.P.S. que para hacer cierto el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y garantizar a todos los habitantes su derecho irrenunciable a la seguridad social, es necesario, por parte de las entidades que administran bases de datos de sus usuarios, que los procesos de almacenamiento y circulación interna de información se realicen de forma completa, oportuna y actualizada, junto con la implementación de instrumentos eficaces dirigidos a que los afiliados ejerzan las facultades de conocimiento, actualización y rectificación de dicha información”[35].

En virtud de lo expuesto, las administradoras de salud son responsables de los inconvenientes provocados a los usuarios causados por información errada o imprecisa dentro de sus bases de datos afecta sus derechos personalísimos.

7.1. Como quedó expresado en el acápite de los hechos relevantes, en el presente caso el Hospital Simón Bolívar pidió al accionante un pagaré para garantizar el pago de los servicios médicos que le había prestado a su tía fallecida, a pesar de que se encontraba exonerada de su pago, como condición para entregarle su cuerpo. Adicionalmente, le ordenó que adelantara la autorización del pago de Capital Salud EPS-S, pero esta, a su vez, le pidió rectificar con Cruz Blanca la información de afiliación de su familiar fallecida.

7.2. El juez de primera instancia consideró que el mecanismo judicial idóneo para dirimir conflictos entre entidades promotoras de salud y los usuarios sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS, debe realizarse ante la Superintendencia Nacional de Salud. A su turno, el juez de segunda instancia estimó que la acción no era procedente puesto que no compete al juez de tutela dirimir conflictos económicos en materia de salud cuando no involucren derechos fundamentales.

7.3. La Sala reconoce que las decisiones de instancia tienen en cuenta que la jurisprudencia ha indicado la improcedencia general de la tutela para peticiones relacionadas con pagos de gastos médicos, porque “(i) la amenaza o vulneración del derecho fundamental a la salud, se encuentra superado en el entendido que las personas finalmente acceden materialmente al servicio requerido, y (ii) porque la legislación establece mecanismos judiciales para solicitar el reembolso de dineros por gastos médicos cuando legalmente no se tenga la obligación de asumirlos” [36].

Sin embargo, desconocen la procedencia excepcional para reclamaciones de erogaciones hechas en el sector salud por una persona en estado de vulnerabilidad cuando se amenaza de manera grave un derecho fundamental[37].

Contrariamente a lo expresado por el juez de primera instancia, la Sala no comparte la tesis según la cual, en este caso, no procede la tutela por existir otro mecanismo judicial. El procedimiento ante la Superintendencia de Salud no es un mecanismo judicial porque se trata de una queja. Además, no es cierto que se surta en tan sólo 10 días.

La queja ante la entidad debe cumplir una etapa administrativa de verificación para que un procedimiento sancionatorio pudiera iniciarse, conducido conforme al parágrafo 2° del Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 (modificado por el art 126 de la Ley 1436 de 2009).[38]

Es posible prever que el proceso se extienda más de 6 semanas, a las que hay que agregar el tiempo de trámite de la queja y los plazos de notificación, de conformidad con el Artículo 128 de la Ley 1438 de 2011 y su reglamentación mediante la Resolución 3140 de 2011, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

La extensión es un factor de riesgo porque durante su desarrollo es probable el inicio de un proceso ejecutivo en contra del accionante, que sería oído hasta después de practicadas las medidas cautelares. Esto podría ocurrir antes que la decisión de la Superintendencia sea

emitida. Por lo tanto, existe un riesgo real del derecho fundamental al mínimo vital del accionante, teniendo en cuenta que afirma ser una persona de escasos recursos.

De otra parte, la Sala discrepa de la decisión de segunda instancia, en relación con la procedencia de la acción de tutela, por tratarse de una situación en la que se relaciona la afectación del mínimo vital de una persona en situación de vulnerabilidad. Ésta se predica de supuestos fácticos a partir de los cuales se presume la necesidad de atención especial para garantizar el goce efectivo de derechos constitucionales, que de conformidad con el Artículo 13 de la C.P se predica de personas que, “debido a su condición física, psicológica o social particular merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva”.

Bajo las circunstancias descritas, el goce de derechos fundamentales depende en gran medida de condiciones externas. Por ello, cuando se trata de acciones pecuniarias, es muy probable que se cause un desequilibrio al goce del derecho del mínimo vital de una persona en situación de vulnerabilidad manifiesta. Este es el caso bajo estudio, donde se encuentra probado que el señor Cufiño no tiene capacidad de pago. En efecto, en la relación de ingresos y gastos que aportó al expediente consta que conjuntamente con los ingresos de su esposa apenas logra cubrir los gastos de subsistencia del núcleo familiar[39]. Esto es respaldado porque se verificó que está clasificado en el Sisbén (Nivel 2), según la ficha número 3791621[40].

En consecuencia, en el caso bajo examen procede la acción de manera excepcional para reclamos dinerarios en el sistema de salud, por cuanto se trata de una persona en estado de vulnerabilidad que pide la protección de su derecho fundamental.

7.4. En cuanto al análisis material, esta Sala advierte que el Hospital Simón Bolívar trasladó de manera injustificada al accionante la carga del pago de los servicios prestados a su familiar fallecida -mediante el requerimiento de un título valor - y la responsabilidad de garantizar el problema de recobro entre entidades administrativas.

En el caso concreto, el Hospital Simón Bolívar desconoció una causal de pago porque ignoró que la señora Cufiño estaba exonerada del mismo al cumplir con las condiciones de acceso al programa de gratuidad, esto es, estar afiliada en el nivel 2 del Sisbén y ser mayor de 65 años de edad[41]. Por lo tanto, el pagaré que pretendía cubrir los gastos médicos para

lograr el retiro del cuerpo de la familiar fallecida carecía de causa, siendo además una imposición de una barrera administrativa injustificada e ilegal para el acceso a la salud.

Adicionalmente, la Sala encuentra probado que el Hospital trasladó el problema de recobro entre entidades administrativas al accionante, pese a que le corresponde únicamente al Estado, teniendo en cuenta que le pidió al accionante agenciar la autorización de pago de Capital Salud EPS-S y en un segundo momento le requirió el título valor en caso como garantía en caso de seguir encontrando problemas en el sistema de recobro. Por lo tanto, la Sala decide tomar medidas para que cese la amenaza del derecho al mínimo vital del accionante y su núcleo familiar.

En consideración de casos similares, donde esta Corporación ha dejado sin efectos los títulos valores requeridos a los usuarios o ha ordenado su devolución o la exoneración de su pago, por tratarse de una deuda inexistente para el paciente, ya que su atención médica debe ser cubierta por entidades de salud[42], en el caso concreto la Sala ordenará al Hospital Simón Bolívar devolver el título al accionante como lo solicitó.

7.5. Ahora bien, es cierto que de conformidad con los hechos del caso no se ha efectuado un pago efectivo, es decir, un desembolso del patrimonio del accionante, por ello no se sopesa una vulneración directa y consumada sino la amenaza al derecho al mínimo vital.

No puede perderse de vista que el pagaré suscrito para que el Hospital entregara el cuerpo de la señora Cufiño es un título ejecutivo, mediante el cual el suscriptor hace la promesa incondicional de pagar la suma consignada. Por consiguiente, la existencia de una posibilidad de cobro del pagaré representa una amenaza real del derecho al mínimo vital. Adicionalmente, es preciso resaltar que el Hospital Simón Bolívar llevó a cabo el cobro de la factura mentada a Capital Salud[43], por lo tanto el posible cobro del título valor correspondería a un pago de lo no debido.

De otro lado, el grado de incidencia en el goce del derecho al mínimo vital se constata en la desproporción del valor del pagaré con su capacidad económica, es decir, con sus ingresos descontados los gastos para sus necesidades básicas.[44] Para la Sala se encuentra probada la incapacidad económica del señor Cufiño para realizar el pago por el importe de \$ 6'109.596, porque está calificado en el Sisbén nivel 2[45] y del análisis de la situación y

economía familiar del accionante y su núcleo familiar, se concluye que apenas disponen de un ingreso para cubrir los gastos mínimos de supervivencia[46].

Así las cosas, se destaca que la suma del pagaré es muy alta para las condiciones económicas en las que se encuentra el accionante y su familia. Luego, la posibilidad de ser obligado a pagarla es una amenaza inminente y cierta sobre la ya precaria disposición de recursos de supervivencia que atenta contra su derecho al mínimo vital[47].

7.6. Es pertinente aclarar, además, que Capital Salud EPS incumplió su obligación de buen manejo de su base de datos e información de sus afiliados. La prueba de ello es que solicitó al accionante iniciar el trámite de verificación del estado de afiliación de la paciente porque en su base de datos no aparecía, por lo que el accionante debió acercarse a Cruz Blanca EPS[48]. Además, no corrigió la información de su base de datos cuando el señor Cufiño le presentó la certificación en la que constaba que la paciente no estaba adscrita a Cruz Blanca EPS[49]. En consecuencia, la Sala concluye que Capital Salud EPS-S le atribuyó al actor una carga injustificada ocasionada por su negligencia en la actualización de su base de datos de afiliados.

7.7. En suma, las entidades accionadas trasladaron cargas propias al accionante de manera injustificada. El Hospital Simón Bolívar (i) asignó al actor la carga de pagar los servicios prestados cuando no debían ser cancelados porque la paciente fallecida estaba exenta del mismo, trasladándole los problemas del sistema de recobro, y (ii) amenaza el derecho al mínimo vital del señor Cufiño y su núcleo familiar, toda vez que no le ha devuelto el pagaré. De otra parte, fue comprobado que Capital Salud EPS-S atribuyó al accionante la responsabilidad de rectificar la información de sus afiliados de su base de datos cuando le correspondía directamente a la entidad hacerlo.

En consideración de lo expuesto, el fallo objeto de revisión debe ser revocado para, en su lugar, amparar el derecho al mínimo vital del señor Eduardo Cufiño y de su núcleo familiar, ordenándole al Hospital Simón Bolívar de Bogotá (III Nivel) la devolución del pagaré.

III. DECISION.

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

Primero. REVOCAR la providencia del 12 de agosto de 2014, del Juzgado Octavo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Bogotá, y en su lugar TUTELAR el derecho al mínimo vital del señor Eduardo Cufiño y su núcleo familiar.

Segundo. ORDENAR al Hospital Simón Bolívar (III Nivel) de Bogotá, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo devuelva al señor Eduardo Cufiño el pagaré que suscribió por la suma de \$6'109.596, para cubrir la factura número 16859, correspondiente al servicio médico prestado a la paciente Etelvina Cufiño.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

JORGE IVAN PALACIO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Magistrada

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ANDRES MUTIS VANEGAS

Secretario General

[1] Cédula de ciudadanía de Etelvina Cufiño, en la que consta que nació el 31 de julio de 1927 (folio 13 del cuaderno 1).

[2] Carné de afiliación a Capital Salud EPS-S de Etelvina Cufiño, en el que consta que fue afiliada desde el 4 de septiembre de 2007 como cabeza de familia (folio 15 del cuaderno 1)

[3] Historia clínica de la atención brindada por el Hospital Simón Bolívar entre el 19 de mayo y el 24 de junio de 2014 (folios 16 a 17 del cuaderno 1).

[4] Así lo reconoció la apoderada de la EPS y también citó la autorización de alimento

especial líquido oral para adulto, pero ellos fueron prestados antes de que la señora Cufiño fuera admitida en el Hospital Simón Bolívar. (folio 21 del cuaderno 1)

[5] Certificado de defunción (folio 19 del cuaderno 1).

[6] Certificado de Capital Salud EPS, que indica que Etelvina Cufiño estuvo activa en la base de datos del régimen subsidiado entre el 4 de septiembre de 2007 y el 9 de mayo de 2012 y “se retiró por causal de ‘cambio contributivo’” (folio 21 del cuaderno 1).

[7] Certificado de Cruz Blanca EPS (Folio 20 del cuaderno 1).

[8] En el certificado la EPS indica que Etelvina Cufiño estuvo activa en la base de datos del régimen subsidiado entre el 4 de septiembre de 2007 y el 9 de mayo de 2012 y “se retiró por causal de ‘cambio contributivo’” (folio 21 del cuaderno 1).

[9] Pagaré suscrito y carta de instrucciones suscritos el 26 de junio de 2014 por Eduardo Cufiño a favor del Hospital Simón Bolívar (III Nivel), por \$6.109.526 pesos colombianos, para cubrir la factura núm. 16859 (folio 18 del cuaderno 1).

[10] Folio 12 del Cuaderno 1.

[11] El accionante refirió también la autorización de alimento especial líquido oral para adulto, pero fue prestado antes que la señora Cufiño fuera admitida en el Hospital Simón Bolívar.

[12] El Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 dispone: “ARTÍCULO 5°. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones en los distintos regímenes serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por lo tanto, dichas entidades deberán velar por su oportuna actualización y/o corrección de información de conformidad con los principios de la administración de datos, previstos en el artículo 4° de la Ley 1266 de 2008 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.]] Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones en los distintos regímenes, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros y también de mantener actualizado

el tipo de documento, número de identificación y la respectiva modificación para su correcto registro en la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA.”

[13] Implementado por el Decreto 345 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

[14] El Artículo 1º de la citada norma dispone: “ARTÍCULO 1º. Implementar el Proyecto “Gratuidad en Salud”, del cual serán beneficiarios los niños y las niñas entre uno (1) y de cinco (5) años, las personas mayores de sesenta y cinco (65) años y las personas en condición de discapacidad severa, respecto de: || a. Las cuotas de recuperación que se generen por la prestación de servicios de salud en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN. || b. Los copagos que se generen por la prestación de servicios de salud, contemplados en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en el nivel 2 del SISBEN.”

[15] El expediente fue remitido a la Corte Constitucional el 25 de septiembre de 2014 y recibido el 30 de octubre de 2014 (folios 1 y 2 del cuaderno 2). Luego, fue seleccionado en Auto del 21 de noviembre de 2014 de la Sala de Selección Once y, posteriormente entregado para fallo al Despacho del Magistrado Sustanciador, el 9 de abril de 2015 (folios 12 y 13 del cuaderno 2)

[16] La Secretaría General de la Corte Constitucional recibió el día 19 de marzo de 2015, las pruebas solicitadas a Capital Salud EPS-S, que reposan en el Cuaderno 2, folio 29 a 88. (59 folios)

[17] Folios 89-100 del Cuaderno 2.

[18] Folios 101-105 del Cuaderno 2.

[19] Folios 22-28 del Cuaderno 2.

[20] “ARTÍCULO 187. DE LOS PAGOS MODERADORES. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la

financiación del Plan Obligatorio de Salud./ En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.//Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía. // PARAGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”.

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

[22] “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. //Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento. //A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación: (...)a) Modificado por el Artículo 39, Decreto Nacional 131 de 2010. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. // g)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.”

[24] “ARTÍCULO 3 de la Ley 715 de 2001 (Modificado por el Artículo 1 de la Ley 1176 de 2007): conformación del sistema general de participaciones. El Sistema General de Participación estará conformado así: 1. (...) 2. Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud. / ARTÍCULO 4° de la Ley 715 de 2001. (Modificado transitoriamente por el Decreto 17 de 2011, Artículo 4º). Distribución Sectorial de los Recursos. El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el parágrafo 2° del Artículo 2° de la Ley 715 y los parágrafos transitorios 2° y 3° del Artículo 4° del Acto Legislativo 04 de 2007, se distribuirá entre las participaciones mencionadas en el Artículo 3° de la Ley 715, así:1. (...); 2. Un 25% corresponderá a la participación para salud.”

[25] Sentencia T-296 de 2006. Sobre este mismo asunto también se puede consultar las sentencias T-648 de 2011, T-105-2014 y T-388 de 2012, entre otras.

[26] Sentencia T-563 de 2010. También consultar la Sentencia T-105 de 2014.

[27] “ARTÍCULO 53. Prohibición de limitaciones al acceso. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios”.

[28] Sentencia T-550 de 2013.

[29] Ver Sentencias T-208 de 2001; T-037 de 2007; T-058 de 2011; T-584 de 2013; T-762 de 2013.

[30] Sentencia T-037 de 2007.

[31] Sentencia T-058 de 2011.

[32] Sentencia T-762 de 2011.

[33] Sentencia T-037 de 2007.

[34] Sentencia T-969 de 2004.

[35] Sentencia T-847 de 2009.

[36] Sentencia T-105 de 2014.

[37] Sobre los casos de procedencia excepcional se puede consultar los criterios reseñados en Sentencia T-259 de 2013 y T-105 de 2014. En particular, la C.C ha sido enfática en la necesidad de demostrar la afectación del derecho fundamental o la condición de vulnerabilidad para que de manera excepcional proceda la tutela para solicitar la cancelación de títulos valores.

[38] “Parágrafo 2° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, (modificado pro el art 126 de la Ley 1436 de 2009. La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción. // La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad”.

[39] Folios 89-100 del cuaderno 2.

[40] Sentencia T-680 de 2007: “Puesto que los niveles I y II del Sisbén son los más bajos de la clasificación, en caso de que una persona clasificada en estos afirme no tener capacidad económica, su dicho en principio es aceptable a menos que obren otras pruebas en contrario”. Como consta en el expediente en el Cuaderno 2, folio 23.

[41] De acuerdo con el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y el Artículo 1 del Decreto distrital 345 de 2008.

[42] Sentencias T-037 de 2007; T-058 de 2011; T-762 de 2013, entre otras.

[43] Folios 101-105 del cuaderno 2.

[44] Sentencia SU-995 de 1999.

[45] Presunción de incapacidad de pago por pertenecer al Sisbén 1 y 2, conforme a lo ha dispuesto en sentencias T-119 de 2002 y la T-680 de 2007.

[46] Relación de ingresos y gastos del núcleo familiar de Eduardo Cufiño (Cuaderno2, folio 89 -100)

[47] En un caso similar, la Corte encontró transgredido el derecho al mínimo vital del núcleo familiar de escasos recursos, que suscribió un pagaré para que el Hospital El Tunal diera salida al paciente, por considerar que dicho título valor no tenía fundamento legal ya que el paciente estaba exonerado del pago y era una amenaza inminente a su supervivencia (Sentencia T-058 de 2011).

[48] Certificado de estado de afiliación de Etelvina Cufiño, expedido por Cruz Blanca EPS, el 25 de junio de 2014. (Cuaderno 1, folio 80).

[49] Folio 81 del Cuaderno 1. No obstante, la afiliación continua de la señora Etelvina a Capital Salud EPS-S fue corroborada por el Despacho mediante la consulta del Sistema Integral de Información de la Protección Social- Registro Único De Afiliados (SISPRO- RUAF).