

Sentencia T-329/18

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Procedencia dada la menor eficacia del mecanismo judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud previsto en la ley 1122 de 2007

LEY ESTATUTARIA QUE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Ley Estatutaria 1751 de 2015

En relación con la Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud se compone de los elementos esenciales de: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional; así como de los principios de: universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección pueblos y comunidades indígenas, ROM (comunidad gitana) y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras

DERECHO A LA SALUD-Desarrollo normativo mediante Ley Estatutaria 1751 de 2015

LEY ESTATUTARIA QUE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Componentes de integralidad y accesibilidad bajo ley Estatutaria 1751 de 2015

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD FRENTE A SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION-Garantía de acceso efectivo al servicio de salud, imponiendo a las instituciones del sistema de salud deber de asumir cargas de orden administrativo o económico, según ley 1751 de 2015

PRESUNCION DE INCAPACIDAD ECONOMICA FRENTE A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INSCRITAS EN EL SISBEN

Cuando el usuario en salud afirma no tener la capacidad económica para asumir los costos que implica una atención médica debido a su condición de discapacidad, el juez constitucional, en aplicación del artículo 20 del decreto 2591 de 1991, habrá de tener por cierta dicha afirmación si la otra parte no lo controvierte, en consonancia con la presunción

de incapacidad en materia de acceso a los servicios de salud para las personas afiliadas al Sisbén; en este sentido, se colige que las afirmaciones que realizan los usuarios del SGSSS sobre su capacidad económica se amparan por el principio de buena fe, por lo cual, la negativa indefinida sobre la posesión de recursos económicos se presume veraz hasta que la EPS desvirtúe dicha presunción.

TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES-Regulación

PACIENTE AMBULATORIO-Concepto

CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE POR EPS-Reglas jurisprudenciales

Toda persona tiene derecho al reconocimiento del servicio de transporte para que se le brinde la asistencia médica que requiera para preservar y restablecer su estado de salud, cumpliendo los siguientes parámetros, (i) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para cubrir dichos gastos, y (ii) cuando el tratamiento o medicamento al que se busca acceder sea necesario para no poner en riesgo la salud o la vida del usuario

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION-Concepto

La unidad de pago por capitación es un monto en dinero fijo y anual que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- a las EPS por cada uno de sus afiliados para garantizar las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (antes de la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, llamado Plan Obligatorio de Salud).

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO-Concepto

La unidad de pago por capitación del régimen subsidiado -UPC-S-, es el valor reconocido por el SGSSS para cubrir el Plan de Beneficios en Salud del régimen subsidiado.

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO-Procedimiento para el cobro de tecnologías y servicios no cubiertos

CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE-Orden a EPS-

S garantice servicio de transporte para acudir a tratamiento de hemodiálisis

Referencia: Expediente T-6.708.119

Acción de tutela interpuesta por Guillermo de Jesús Soto Grajales contra Savia Salud E.P.S.-S

Magistrada Ponente:

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Bogotá D.C., trece (13) de agosto de dos mil dieciocho (2018)

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional conformada por los Magistrados Cristina Pardo Schlesinger, quien la preside, José Fernando Reyes Cuartas y Alberto Rojas Ríos, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo de tutela de primera y única instancia, proferido por el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín -Antioquia- el día veinticinco (25) de enero de dos mil dieciocho (2018), mediante el cual se declaró improcedente el amparo solicitado por el ciudadano Guillermo de Jesús Soto Grajales contra Savia Salud EPS-S.

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991 y el artículo 55 del Acuerdo 02 de 2015, la Sala de Selección Número Cuatro de 2018 de la Corte Constitucional escogió para efectos de su revisión, la acción de tutela de la referencia[1].

De conformidad con el artículo 34 del Decreto 2591 de 1991, esta Sala de Revisión procede a dictar la sentencia correspondiente.

I. ANTECEDENTES

1. Solicitud y hechos

El señor Guillermo de Jesús Soto Grajales, en nombre propio, mediante escrito de tutela del 15 de enero de 2018 solicitó la protección de sus derechos fundamentales a la salud y vida digna presuntamente vulnerados por Savia Salud EPS-S, ante el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín, dada la negativa del suministro del servicio de transporte para asistir a las sesiones de hemodiálisis en la Unidad Renal Fresenius Medical Care del Hospital Universitario San Vicente de Paul, ya que padece de una insuficiencia renal crónica estadio 5. El actor basó su solicitud en los siguientes hechos:

1.1. Aseguró tener 68 años, ser un adulto mayor en condición de discapacidad y con un diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica[2], no especificada, por lo que ha venido sometiéndose al tratamiento de hemodiálisis[3] desde el 30 de abril de 2015 -fecha en que se realizó la primera sesión- en la entidad Fresenius Medical Care, ubicada dentro del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín[4].

1.2. Agregó que se encuentra afiliado al régimen subsidiado a través de la EPS-S Savia Salud EPS-S desde el 1º de abril de 2012, y que adicional a su enfermedad, padece de hipertensión arterial[5], accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico[6] fronto-temporal izquierdo sufrido en abril de 2015 que dejó secuelas motoras (requiere de un caminador para desplazarse), hemiparesia derecha[7], pie caído, deformidad en equino bilateral[8] con área de presión en hallux izquierdo y dedos de garra en ambos pies, por lo que es difícil su traslado sin la ayuda de un tercero, así que le es imposible acudir al transporte urbano[9].

1.3. Aseveró que debido a las enfermedades que padece tuvo que mudarse del corregimiento de Santa Elena[10] (zona rural de la ciudad de Medellín), lugar donde residía, al barrio Alfonso López ubicado en la Comuna Castilla de la capital antioqueña[11], donde actualmente vive con su hermana Beatriz Soto, quien se hizo cargo de su cuidado[12].

1.4. Además, aseguró que ni él ni su hermana reciben una pensión o ingresos estables para su congrua subsistencia, por lo que su situación económica es precaria, pues sobreviven de los pocos ingresos que su hermana percibe de la caridad de la gente y de barrer las calles del barrio vecino, Francisco Antonio Zea[13].

1.5. Informó que el 27 de noviembre de 2017 radicó escrito de petición a Savia Salud EPS-S, entidad de la que es usuario, para que se le brindara una ayuda económica o subsidio de

transporte para movilizarse junto con su hermana o un acompañante, dentro de la ciudad de Medellín, desde su actual lugar de residencia, barrio Alfonso López, a la unidad de hemodiálisis Fresenius Medical Care que se encuentra dentro del Hospital Universitario San Vicente de Paul[14], y viceversa, los martes, jueves y sábados, días en que debe realizarse la hemodiálisis[15].

1.6. En respuesta al derecho de petición, el 7 de diciembre de 2017, la Oficina de Atención al Usuario de la entidad accionada, remitiéndose al artículo 127 de la Resolución 5592 y al artículo 12 de la Resolución 5593, ambas del año 2015 y expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, aseguró que la ciudad de Medellín no cuenta con “la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica”, por tanto no le es posible acceder a la solicitud de transporte elevada por el tutelante[16].

En la misiva, se orienta al usuario para que acuda al ente territorial o a la SNS en caso de inconformidad[17].

1.7. Sostuvo que ha solicitado en varias oportunidades al médico tratante y a la coordinadora de la entidad Fresenius Medical Care le autoricen por escrito una ayuda económica para sufragar los gastos de transporte para asistir a las hemodiálisis los días martes, jueves y sábados, tratamiento del que depende su vida[18], pero los galenos le manifestaron que se encuentran impedidos para dar ese tipo de autorizaciones.

1.8. Afirmó que se siente discriminado, porque en la respuesta aludida, no se consideró su situación de discapacidad, mucho menos sobre el padecimiento de la insuficiencia renal crónica, una enfermedad ruinosa y catastrófica que junto con las otras enfermedades descritas en el numeral 1.2. del presente acápite, le impiden utilizar el sistema público de transporte urbano por el alto riesgo de caída[19].

2. Contestación de la Demanda

2.1. SAVIA SALUD EPS-S[20]

2.1.1. El Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín manifestó que la entidad accionada guardó absoluto silencio durante el término de dos días que le fue otorgado para que ejerciera el derecho de defensa[21].

2.2. SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

2.2.1. Mediante auto del 16 de enero de 2018, el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín determinó la necesidad de vincular por pasiva a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia[22].

2.2.2. Por intermedio de su representante legal, la entidad señaló que el accionante es beneficiario del régimen subsidiado en salud, afiliado a Savia Salud EPS-S.

2.2.3. Adicionalmente, sostuvo que el Ministerio de Salud mediante la Resolución 6408 de 2016[23] actualizó integralmente el Plan de Beneficios en Salud indicando que las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar a sus afiliados los servicios, medicamentos y demás tecnologías que allí se encuentren establecidos[24].

2.2.4. En igual sentido, hizo énfasis en el artículo 3° de la Resolución en comento, ya que los principios de territorialidad, transparencia, competencia y calidad propios del sistema de salud deben observarse en consonancia con la Constitución y la Ley que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por otro lado, recordó que el juez cuenta con poderes para determinar y establecer en casos concretos, las obligaciones de las EPS respecto a las solicitudes de usuarios en diversos eventos[25].

2.2.5. En cuanto a los beneficios del Plan Obligatorio (sic)[26], añadió que deben ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, en atención a lo señalado en la Resolución 6408 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social[27].

2.2.6. Finalmente, solicitó que se ordene tanto a la EPS como a la IPS que sea autorizado el servicio de transporte, para garantizar la atención integral requerida por el usuario, observando lo dispuesto en la normatividad vigente, en especial, la Resolución 1479 de 2015[28], la Resolución Departamental 192975 de 2015[29] y la Circular Externa 017 de la SNS[30].

3. Pruebas que obran en el expediente

- Copia de la cédula de ciudadanía del señor Guillermo de Jesús Soto Grajales, quien

nació el 4 de diciembre de 1949 en Santa Elena – Medellín, Antioquia, y tiene 68 años de edad. (folio 6).

- Respuesta al derecho de petición de 07 de diciembre de 2017, con radicado No. 201720033887, en el que se evidencia la negativa de la EPS-S en acceder a la petición de transporte efectuada por el actor (folio 14).
- Copia de la historia clínica del accionante, en la que consta una atención de consulta externa del 14 de noviembre de 2017, que refleja los siguientes diagnósticos: falla renal terminal, emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular hemorrágico fronto-temporal izquierdo que deja secuelas motoras (folios 15 y 16).
- Copia de laboratorios clínicos realizados el miércoles 5 de abril de 2017 en la ESE Metrosalud, que muestran cifras anormales en el parcial de orina y en el cuadro hemático (folio 17).
- Certificación médica del Dr. Alejandro Sierra, médico nefrólogo de la unidad renal Fresenius Medical Care del Hospital Universitario San Vicente de Paul, de fecha 14 de noviembre de 2017, donde consta que el demandante es atendido como paciente con insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento renal tipo hemodiálisis los días martes, jueves y sábado con una duración de 4 horas desde las 06:30 a.m. hasta las 10:45 a.m.; y que este tratamiento es indispensable para su vida (n.f.d.t.) (folio 18).
- Fotografías, en plano general, del señor Guillermo de Jesús Soto Grajales, donde se le observa con un caminador para apoyarse y con sus extremidades inferiores expuestas que muestran la dificultad para los desplazamientos (folios 19 y 20).

4. Decisión Judicial

4.1. Mediante sentencia de primera instancia del 25 de enero de 2018, el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín declaró improcedente la tutela presentada por el accionante Guillermo de Jesús Soto Grajales[31].

4.2. El juez de conocimiento, con base en el material probatorio allegado al expediente, indicó que no se cumplió con el requisito de subsidiariedad, toda vez que existe otra vía

judicial para reclamar la protección del derecho sin que se hubiese demostrado la existencia de un perjuicio irremediable que habilite la jurisdicción constitucional[32].

En este sentido, frente a la solicitud de transporte, se aclara que la improcedencia es por cuanto no se logró demostrar que se cumple con alguna de las condiciones que la jurisprudencia ha señalado para estos casos, toda vez que no se encuentra remisión médica donde el médico tratante lo ordene, o que el paciente resida en otro municipio distinto al de la institución o instituciones que prestan el servicio de salud[33].

4.3. Contra la decisión adoptada, no se interpuso el recurso de impugnación.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia y procedibilidad

1.1. La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional tiene la competencia para revisar el fallo de tutela adoptado en el proceso de la referencia, en desarrollo de las facultades conferidas en los artículos 86 y 241 numeral 9°, de la Constitución y en virtud de la selección y del reparto[34] verificado en la forma establecida por el reglamento de la Corporación.

Legitimación de la acción

1.2. Tal como se establece en el inciso primero del artículo 86 de la Constitución Política, toda persona puede acudir al mecanismo de la acción de tutela, a través del cual, mediante un trámite preferente y sumario se reclama ante los jueces la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando estos resulten lesionados o amenazados por la acción o la omisión de autoridades públicas.

La legitimidad en la causa por activa en el presente asunto se cumple, ya que el directamente afectado acudió al mecanismo que le brinda la Constitución para la defensa de su derecho fundamental a la salud, presuntamente vulnerado. Es decir, que la Sala encuentra que el accionante, se encuentra plenamente facultado para interponer la acción de tutela.

1.3. La legitimidad en la causa por pasiva es la condición del sujeto contra quien se dirige

la acción, al ser el llamado a responder por la presunta vulneración del derecho amenazado o vulnerado. Sobre la legitimidad en la causa por pasiva, la Corte Constitucional, en sentencia T-1015 de 2006[35] estableció:

“La legitimación pasiva en la acción de tutela hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, de ser efectivamente la llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental. En la medida que refleja la calidad subjetiva de la parte demandada en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso”.

Sobre la legitimación por pasiva de la acción, la Sala verifica que se cumple con el requisito en la medida que la entidad accionada, Savia Salud EPS-S, es sobre quien recae la obligación de garantizar la prestación del servicio pretendido por el aquí demandante.

Inmediatez

1.4. Respecto del requisito de inmediatez, el artículo 86 Superior no establece un término de caducidad o prescripción para la acción de tutela, es la jurisprudencia constitucional la que ha determinado en cada caso en concreto, el período de tiempo prudencial desde que se presenta la conducta que presuntamente vulnera los derechos del accionante hasta la fecha de interposición de la acción[36].

En el presente caso, la negativa de prestar el servicio de transporte por parte de la EPS-S se exteriorizó mediante la respuesta al derecho de petición del 7 de diciembre de 2017 y la interposición de la acción de tutela se efectuó 40 días después, el 16 de enero de 2018; en vista de lo anotado, la Sala considera que se cumple con el requisito de inmediatez, máxime si se estima que la vulneración aún persiste.

Subsidiariedad

1.5. En referencia al requisito de subsidiariedad de la acción de tutela, el artículo 86 de la Constitución Política reglamentado por el artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 reconoce que dicha acción constituye un mecanismo de protección de derechos fundamentales de carácter residual y subsidiario, es decir que únicamente será procedente cuando no exista otro medio de defensa o que existiendo tal, éste no sea idóneo para el amparo de los

derechos vulnerados o amenazados.

Entonces, se hace necesario analizar la procedencia de la acción de tutela desde dos perspectivas, la primera, relacionada con la existencia o no de un medio de defensa judicial y si este mecanismo es idóneo y eficaz; y una segunda, referente al carácter residual y subsidiario de la acción de amparo establecida por la Constitución Política.

1.5.1. En cuanto al primer aspecto, la Corte ha limitado la procedencia de la tutela a tres escenarios: (i) que no exista otro medio judicial para proteger el derecho fundamental alegado como vulnerado o amenazado; (ii) a pesar de existir otros medios o acciones judiciales de protección, estos no resultan eficaces o no idóneos para la protección del derecho reclamado; y (iii) cuando teniendo las acciones judiciales ordinarias, resulta necesaria la intervención transitoria del juez constitucional para dar una solución integral, con el fin de evitar la concreción de un perjuicio irremediable[37].

De esta manera, en materia de protección al derecho fundamental de la salud, mediante la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, se creó una competencia especial en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud para que dirima los conflictos suscitados entre los usuarios del SGSSS y las entidades que lo conforman, de ahí que el artículo 41 otorga a esta autoridad la facultad de conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez los asuntos allí enunciados[38].

Posteriormente, con la expedición de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” se añadieron otros asuntos de competencia de la SNS a los ya establecidos en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007[39].

Esta normativa establece en el artículo 126, lo siguiente:

“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”.

De acuerdo a lo anotado, en referencia a la idoneidad y eficacia de la acción de tutela, la sentencia T-036 de 2017[40] indicó que:

“Los usuarios del sistema general de salud cuentan con un mecanismo expedito, célere e informal que, a priori, puede calificarse como idóneo y eficaz para la protección y restablecimiento de los derechos que resulten afectados en el marco de la relación que mantienen con las entidades promotoras de salud”

1.5.2. Frente al carácter residual y subsidiario de la acción de tutela, la jurisprudencia reiterada de la Corte ha reconocido que el mecanismo creado por la Ley 1122 de 2007 y que adicionó la Ley 1438 de 2011 es el medio principal para exigir las prestaciones a cargo de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud[41].

1.5.3. Sin embargo hay una nutrida jurisprudencia que considera que la estructura del procedimiento ante la Superintendencia Nacional de Salud tiene falencias que desvirtúan su idoneidad y eficacia en razón a (i) la falta de reglamentación del término en que se debe resolver la segunda instancia cuando se presenta el recurso de apelación, (ii) la imposibilidad de exigir el cumplimiento de lo ordenado, (iii) la carencia de sedes de la SNS en todo el país, y (iv) el incumplimiento del término legal para proferir los fallos[42]. Además de lo anterior, debido a que los asuntos establecidos en los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 son taxativos, hay escenarios en donde la entidad no tiene competencia para conocer de las controversias entre usuarios y EPS[43].

1.6. A modo de síntesis, este Tribunal Constitucional ha establecido algunos eventos en que la acción de tutela resulta procedente aun cuando exista otra vía jurisdiccional, a saber:

“(i) los medios ordinarios de defensa judicial no son suficientemente idóneos y eficaces para proteger los derechos presuntamente conculcados, (ii) aun cuando tales medios de defensa judicial sean idóneos, de no concederse la tutela como mecanismo transitorio de protección, se producirá un perjuicio irremediable a los derechos fundamentales, y (iii) el accionante es un sujeto de especial protección constitucional (personas de la tercera edad, personas discapacitadas, mujeres cabeza de familia, población desplazada, niños y niñas), y por lo tanto la situación requiere de particular consideración por parte del juez de tutela”[44].

En relación con este último aspecto, la misma Corte “ha advertido que el juicio de procedibilidad del amparo debe ser menos estricto cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional”. Precisamente, ha señalado que “existen situaciones especiales en las que el análisis de procedencia de la acción debe desatarse de manera más amplia y permisiva, en atención a la especial naturaleza de las personas que solicitan la protección de sus derechos constitucionales fundamentales”[45].

Respecto de lo anterior, la Corte ha indicado, que luego de efectuarse el estudio del caso en particular, la acción de tutela debe proceder, cuando el medio judicial ordinario no resulta idóneo o eficaz para proteger el derecho fundamental amenazado[46].

1.7. En la presente oportunidad, el accionante, sujeto de especial protección constitucional, acudió directamente a la tutela posiblemente por desconocimiento del otro medio de defensa o simplemente por la dificultad que tiene para sus desplazamientos. Ahora, tras haber surtido todo el trámite de la acción de amparo, resulta excesivo que se le exija devolverse al punto de partida para que reclame la protección de sus derechos ante la Superintendencia Nacional de Salud en adelante SNS, protección que esta Sala considera urgente.

1.8. En conclusión, la opción de acudir a la SNS no es viable para reclamar la protección de los derechos a la salud y a la vida, dado que el actor es un sujeto de especial protección constitucional, ya que padece de una enfermedad grave y otras más que afectan seriamente su movilidad[47], y que de no recibir el tratamiento oportuno por la falta de transporte, se compromete seriamente su vida, haciendo que el trámite jurisdiccional no sea un medio idóneo ni eficaz[48].

Por las razones expuestas la Sala procederá a hacer un análisis de fondo de la solicitud de

amparo.

2. Problema jurídico.

2.1. Una vez expuestos los fundamentos facticos, le corresponde a la Sala determinar si: ¿Savia Salud EPS-S vulnera los derechos fundamentales a la salud y a la vida del accionante al negarle el servicio de transporte dentro de la ciudad de Medellín, lo cual le garantizaría el acceso efectivo al tratamiento de hemodiálisis, bajo el argumento de que dicho servicio no se encuentra incluido dentro de la prima adicional para zonas especiales con dispersión geográfica reconocida en la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S)?

Para dar solución al interrogante planteado se hará mención a (i) los antecedentes que dieron origen a la Ley Estatutaria 1751 de 2015; (ii) el derecho fundamental a la salud y los componentes de integralidad y accesibilidad bajo la Ley 1751 de 2015; (iii) la regulación actual y reglas jurisprudenciales del servicio de transporte para acceder al tratamiento médico ordenado; (iv) el concepto de unidad de pago por capitación del régimen subsidiado y de la prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica, (v) el procedimiento para el cobro de tecnologías y servicios no cubiertos en la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado; para finalmente, analizar el caso concreto.

3. Antecedentes que dieron origen a la Ley Estatutaria 1751 de 2015

3.1. Uno de los pilares fundamentales que soporta el derecho a la salud es el consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política, al establecer que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado. Es el artículo 49 ibídem el que refuerza el carácter imperativo del derecho a la salud, señalando que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios que el Estado debe garantizar a todas las personas, a través del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud[49].

3.2. El Legislador desarrolló el artículo 48 Superior con la expedición de la Ley 100 de 1993, que buscó dar una mayor cobertura en salud a la población colombiana, cerrando las brechas de acceso al sistema de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos de la población al establecer un régimen subsidiado para las personas que no contaban con la

posibilidad de acceder este tipo de servicios. Esta Ley se caracterizó por la solidaridad, que se materializa en la ayuda de unos grupos a otros, con fundamento, entre otras razones, en la capacidad económica[50].

3.3. Luego de expedirse la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido objeto de varias modificaciones, contenidas principalmente en la Ley 1122 de 2007[51] y la Ley 1438 de 2011[52], cambios que han estado encaminados a fortalecer el sistema a través de un modelo de atención primaria en salud[53] y del mejoramiento en la prestación de los servicios en salud a los usuarios[54]. Actualmente la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, que elevó a rango fundamental el derecho a la salud, continua con la materialización de dichos ajustes estructurales.

3.4. Por otra parte, la Corte Constitucional, desde sus inicios protegió el derecho a la salud. Entre los años 1992[55] y 2003[56] se acudió a la figura de la conexidad a un derecho fundamental para que fuera posible la protección a través de la acción de tutela, ya que por la ubicación dentro de la Carta Política se catalogó a la salud como un derecho prestacional al encontrarse en el capítulo de los derechos económicos sociales y culturales (DESC)[57].

3.5. Posteriormente, el derecho a la salud adquirió un carácter autónomo en cabeza de sujetos de especial protección constitucional como en el caso de niños, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, enfermos del VIH, entre otros. En este sentido, la sentencia T-111 de 2003[58] estableció que:

“La protección de las personas de la tercera edad tiene un carácter reforzado dentro del Estado social de derecho. Uno de los ámbitos en el cual se manifiesta este tratamiento preferencial es en la salud.

Es tal la vulnerabilidad y desprotección de este grupo poblacional que, en algunas ocasiones, la jurisprudencia de esta Corporación ha llegado a considerar la salud de las personas de la tercera edad como derecho fundamental autónomo” (n.f.d.t.).

3.6. El derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo se reafirmó a través de la sentencia T-760 de 2008[59], de especial relevancia, ya que logró detectar problemas estructurales en el sistema de salud, por lo cual estableció una serie de ordenes coercitivas

a diferentes entidades para garantizar una real y efectiva protección de todos los usuarios.

3.7. En el análisis sobre la protección al derecho a la salud efectuado por la Corte en la sentencia en cita, se definió la salud como:

“Un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo. La ‘salud’, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la ‘ausencia de afecciones y enfermedades’ en una persona. (...) Es ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’ dentro del nivel posible de salud para una persona”.

3.8. Conforme a lo expuesto, en referencia al derecho fundamental a la salud, la Corte encuentra un vínculo inseparable con el concepto de dignidad humana; en la sentencia mencionada se puntualizó lo siguiente:

“Es la realidad de cada caso concreto, las circunstancias únicas y particulares que lo caracterizan, las que permiten definir si se encuentra verdaderamente vulnerado un derecho fundamental, si ello afecta la dignidad de la parte actora y si esta última está en situación de indefensión frente al presunto agresor. De esta sentencia surge un elemento que resulta decisivo para sistematizar el concepto de derecho fundamental: dignidad humana.

(...)

Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros – una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud

(i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho”.

3.9. La continua labor de la Corte en más de 20 años de jurisprudencia, en torno a la protección del derecho a la salud, dio como resultado la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que nació de un esfuerzo mancomunado entre el gobierno nacional y el sector que agremia a los médicos, en el que se recogió en un solo cuerpo normativo gran parte de los postulados constitucionales[60].

4. El derecho fundamental a la salud y los componentes de integralidad y accesibilidad bajo la Ley Estatutaria 1751 de 2015

4.1. Uno de los mayores logros de la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, fue el recoger en un texto supra legal gran parte de los postulados garantistas de la jurisprudencia constitucional. En esta Ley se reitera que la salud es un derecho fundamental, tal como se desprende del artículo 2°:

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

4.2. Ahora bien, en relación con la Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud se compone de los elementos esenciales de: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional; así como de los principios de: universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección pueblos y comunidades indígenas, ROM (comunidad gitana) y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras[61].

4.3. En lo que tiene que ver con la integralidad, el artículo 8° de la ley en comento, menciona lo siguiente:

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”.

4.4. De lo anterior, respecto de la constitucionalidad del artículo 8° transcrito, en la sentencia C-313 de 2014[62] –que realizó el estudio previo de constitucionalidad del proyecto de ley estatutaria en los términos del artículo 241-8 Superior-, se dijo:

“(…) El servicio de salud se rige por una serie de axiomas, entre los que se encuentra el principio de integralidad, que se refiere a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares (...)”.

4.5. Por lo tanto, la integralidad hace referencia a que el sistema de salud debe garantizar el tratamiento médico al paciente, acorde a su patología en todas las fases de la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación y paliación), procurando una mejor calidad de vida y respetando su dignidad humana[63]. No en vano, el primer inciso del artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, que a continuación se transcribe, reitera lo anotado:

“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas”.

4.6. Tal como se enunció, uno de los elementos que orienta el derecho a la salud es el de

la accesibilidad, establecido primigeniamente en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU[64], que a su vez desarrolló el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966.

4.7. En desarrollo de la Observación, se dispone que la accesibilidad, la aceptabilidad, disponibilidad y calidad -elementos esenciales del derecho a la salud-, son necesarios para alcanzar el más alto nivel de garantía y disfrute del derecho a la salud. En cuanto al primero de ellos se establecen los siguientes rasgos diferenciadores:

“Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada,

en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.

4.8. Se evidencia una similitud del elemento accesibilidad descrito en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU con lo preceptuado en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, en este último se establece que:

“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”.

4.9. Aun así, puede ocurrir que el usuario que desea acceder al servicio en salud ordenado por su médico tratante como parte del tratamiento instaurado, no pueda disfrutar del mismo, porque no se encuentra disponible en la zona geográfica del lugar de su residencia; o bien, porque a pesar de que dicho servicio en salud autorizado por la EPS o EPS-S con cobertura en la misma zona donde reside el paciente esté disponible, al paciente le resulta imposible asumir por su propia cuenta el traslado desde su hogar al centro asistencial, por la falta de recursos económicos y en determinadas ocasiones por limitaciones físicas[65].

4.10. En este contexto, cualquier barrera o limitación que conlleve la restricción en la efectiva prestación de los servicios en salud que requiera un paciente, supone la afectación del derecho a la salud y un obstáculo inconcebible en el pleno goce del mismo, especialmente si ese usuario es una persona en condición de vulnerabilidad, en cuyo caso debe ser objeto de una protección especial constitucional[66].

4.11. De este modo, el Legislador anticipándose a estas vicisitudes y tomando como referencia la jurisprudencia constitucional, estableció una garantía de acceso efectivo al servicio de salud imponiendo a las instituciones que hacen parte del sistema de salud, el deber de asumir esas cargas de orden administrativo o económico, frente a quienes no

están obligados a soportarlas; por tal motivo, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 dispuso lo siguiente:

“ARTÍCULO 11. SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”. (n.f.d.t.)

4.12. Ahora bien, cuando el usuario en salud afirma no tener la capacidad económica para asumir los costos que implica una atención médica debido a su condición de discapacidad, el juez constitucional, en aplicación del artículo 20 del decreto 2591 de 1991, habrá de tener por cierta dicha afirmación si la otra parte no lo controvierte[67], en consonancia con la presunción de incapacidad en materia de acceso a los servicios de salud para las personas afiliadas al Sisbén; en este sentido, se colige que las afirmaciones que realizan los usuarios del SGSSS sobre su capacidad económica se amparan por el principio de buena fe, por lo cual, la negativa indefinida sobre la posesión de recursos económicos se presume veraz hasta que la EPS desvirtúe dicha presunción[68].

5. La regulación actual y reglas jurisprudenciales del servicio de transporte para acceder al tratamiento médico ordenado

5.1. Antes de que se regulara el servicio de transporte en la legislación actual, la Corte consideró que cuando un usuario del SGSSS era remitido a un lugar diferente al de su residencia para recibir la atención médica prescrita por su galeno tratante por la falta de disponibilidad de servicios en el lugar de afiliación, los gastos que se originaban por el transporte y la estadía debían ser asumidos por el paciente y/o su familia[69].

5.2. A partir de lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015, el servicio de transporte tiene su propia regulación contenida en la Resolución 5269 de 2017 “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, allí se establecen 2

escenarios para que la entidad de salud, con cargo a los recursos del sistema de salud, brinde la cobertura por el transporte o traslado de pacientes para que reciban una atención médica, a saber:

“Artículo 120. Transporte o traslados de pacientes. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancias.

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Artículo 121. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención descrita en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad

que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial”.

5.3. De lo anterior, se desprende que el servicio de transporte no es propiamente un servicio en salud sino un medio del cual depende el efectivo acceso a este[70]. Así pues, conviene destacar la importancia del traslado del paciente ambulatorio[71] regulado por el artículo 121 de la Resolución 5269 de 2017, ya que supone, en primer lugar, que el traslado se hace en un medio diferente al de la ambulancia, por otro lado, que el servicio o tratamiento no se encuentra disponible en el lugar de residencia del paciente, y finalmente que, los gastos que demande el transporte del paciente ambulatorio serán financiados con una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica dependiendo del municipio.

5.5. Entonces, es claro que existen supuestos, como los mencionados, donde la normatividad vigente no contempló dichas situaciones, lo cual no significa que el sistema de salud, en atención a los elementos de la integralidad y la accesibilidad definidos en la Ley 1751 de 2015, no brinde la cobertura para el traslado del paciente, por cuanto se torna imperativo para la preservación de su vida y no pueden existir obstáculos en garantizar el derecho fundamental a la salud[72].

5.6. Posteriormente, al interior de esta Corporación se consolidó la tesis consistente en que toda persona tiene derecho al reconocimiento del servicio de transporte para que se le brinde la asistencia médica que requiera para preservar y restablecer su estado de salud, cumpliendo los siguientes parámetros, (i) que ni el paciente ni sus familiares cuenten con los recursos económicos para cubrir dichos gastos, y (ii) cuando el tratamiento o medicamento al que se busca acceder sea necesario para no poner en riesgo la salud o la vida del usuario[73].

5.7. De igual manera, para que proceda el amparo constitucional cuando se requiere el servicio de transporte para un acompañante, se debe analizar: (i) si el paciente es totalmente dependiente de un tercero para sus desplazamientos, (ii) si requiere de atención permanente que garantice su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, y (iii) que ni el paciente ni su núcleo familiar cuenten con recursos suficientes

para financiar el traslado[74].

5.8. En referencia a la capacidad económica del usuario, la Corte ha establecido que las entidades prestadoras de salud tienen el deber de indagar en su base de datos la información socioeconómica del paciente, para concluir si éste puede o no cubrir los costos de los servicios que reclama[75]. En suma, esta Corporación ha señalado que en el caso de quienes han sido clasificados en el nivel más bajo del Sisbén[76] y quienes se encuentran afiliados al régimen subsidiado en salud, dicha incapacidad económica se presume[77].

5.9. A modo de conclusión, si bien el ordenamiento jurídico establece los eventos en que el servicio de transporte es garantizado por el Plan de Beneficios en Salud[78], al haber situaciones no contempladas en la normativa vigente, se impone la necesidad de proteger la integridad del usuario eliminando todo tipo de barrera u obstáculo que impida el goce y disfrute de los derechos fundamentales a la salud y a la vida; por lo tanto, es la entidad a la que se encuentra afiliado el paciente quien debe asumir los gastos que genere su traslado, aún sin la intervención del juez de tutela[79], para lo cual deberá tener en cuenta, a efectos de hacer el recobro al ente territorial, si dentro de la Unidad de Pago por Capitación no se incluye la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica en el municipio de prestación del servicio, o si recibe una UPC diferencial.

6. Concepto de unidad de pago por capitación del régimen subsidiado (U.P.C.-S) y la prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica

6.1. La unidad de pago por capitación es un monto en dinero fijo y anual que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- a las EPS por cada uno de sus afiliados para garantizar las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (antes de la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, llamado Plan Obligatorio de Salud)[80].

6.2. Ahora bien, la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado -UPC-S-, es el valor reconocido por el SGSSS para cubrir el Plan de Beneficios en Salud del régimen subsidiado.

6.3. El cumplimiento de la función de definir el valor de la unidad de pago por capitación, en atención a componentes técnicos, epidemiológicos y demográficos le correspondió inicialmente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-, valor que se debía

ajustar año tras año[81]. Posteriormente, dicha función fue trasladada a la Comisión de Regulación en Salud -CRES-[82] que en virtud de la Ley 1122 de 2007 reemplazó al CNSSS. En la actualidad, el valor de la UPC tanto del régimen contributivo como del subsidiado la define directamente el Ministerio de Salud y Protección Social[83].

6.4. La denominada prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica (también llamada UPC-adicional) es un valor adicional reconocido a las EPS por concepto de dispersión geográfica de su población afiliada[84]. Es decir, se trata de un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, y que pueden representar un mayor gasto por los sobrecostos de la atención en salud derivados, entre otros, por el transporte de pacientes[85].

6.5. Según lo preceptuado por el artículo 12 de la Resolución 5268 de 2017[86] que reemplazó a la Resolución 6411 de 2016[87], ambas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la prima adicional es del 11,47% de la UPC-S y se aplica a ciertos municipios y corregimientos[88]. El artículo 13 de la Resolución vigente, de igual manera, establece una prima adicional del 15% de la UPC-S a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio; y por último, el artículo 14 ibídem, establece una prima adicional del 37.9% de la UPC-S al departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

6.6. La Corte Constitucional, en sentencia T-206 de 2013[89], se refirió a la prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica, de la siguiente manera:

“Las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario, por consiguiente no se debería necesitar trasladarlo a otro lugar donde le sean suministradas las prestaciones pertinentes.(...) En conclusión, por una parte, en las áreas a donde se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro. Por otra, en los lugares en los que no se

reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica”.

6.7. Más adelante, en la sentencia T-260 de 2017[90] se dijo que:

“En primera medida debe establecerse si al municipio en el cual reside el paciente le es reconocida una prima adicional o una U.P.C. diferencial mayor, caso en el cual el servicio de transporte deberá entenderse incluido en el PBS y tendrá que ser cubierto por la EPS.”

6.8. En tratándose de la financiación de los costos del transporte que requiere un paciente y el de su acompañante, para acceder a un tratamiento del que dependa su vida, dentro del mismo municipio donde la EPS-S presta el servicio, deberá atenderse lo dispuesto en el artículo 29 de la Resolución 2438 de 2018[91] que dice:

“Artículo 29. Prescripciones en caso de usuarios con fallos de tutela. Cuando mediante un fallo de tutela se haya ordenado el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicio complementario, procederá el suministro efectivo de las mismas. La EPS deberá ingresar la solicitud en el módulo de tutelas de la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio a fin de garantizar el cumplimiento de la orden judicial en su totalidad y deberá informar a la IPS respectiva que no se requiere realizar dicha junta.

Parágrafo. Cuando se trate de usuarios con fallos de tutela, el profesional de la salud a cargo de la atención deberá realizar las prescripciones en la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio de acuerdo con su criterio y autonomía, con lo que considere necesario para garantizar el tratamiento de sus pacientes”.

6.9. De acuerdo con lo expuesto, si mediante un fallo de tutela emitido por un juez constitucional se ordena un servicio complementario no financiado por la UPC, la EPS-S deberá suministrarlo. De igual manera, el médico tratante conserva su autonomía para lo que en su criterio considere necesario para garantizar el tratamiento indicado en el paciente.

7. Procedimiento para el cobro de tecnologías y servicios no cubiertos por la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado

7.1. Hasta el 31 de diciembre de 2018 la normativa aplicable al procedimiento para el

recobro que deben hacer las EPS-S al ente territorial, por la prestación de servicios y tecnologías no financiados por la UPC-S a sus afiliados del régimen subsidiado, conforme al artículo 47 de la Resolución 2438 de 2018[92], es la contenida en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la del título II de la Resolución 5395 de 2013 que regula específicamente la conformación y funcionamiento de los comités técnicos científicos (CTC).

7.2. A su vez, en cumplimiento del artículo 4º de la Resolución 1479 de 2015 los departamento con fundamento en las necesidades y exigencias propias, adoptaron un modelo, ya fuera centralizado[93] o descentralizado[94], para garantizar el acceso de los usuarios del régimen subsidiado en salud a los servicios no incluidos en el PBS, asegurando el adecuado flujo de recursos para los prestadores de servicios de salud.

7.3. Entonces, en relación al caso sub examine, la Secretaría de Salud Departamental de Antioquia adoptó por medio de la Resolución Departamental 192975 de 2015, un modelo descentralizado para garantizar la atención de los afiliados del régimen subsidiado en salud respecto de los servicios no incluidos en el PBS. En este sentido, es importante seguir las instrucciones que impartió la SNS mediante la Circular Externa 017 de 2015 “por la cual se imparten instrucciones respecto de la facturación de eventos y tecnologías NO POS”.

7.4. A partir del 1º de enero de 2019, de conformidad con el artículo 46 de la Resolución 2438 de 2018, las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de las tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC-S acorde con su capacidad tecnológica y administrativa, deberán estar activas en el aplicativo de prescripción definido por la Resolución en mención. Si esto no sucede, la entidad tendrá un plazo de seis meses a partir de la inscripción exitosa en la herramienta para adecuarse al procedimiento mediante la nueva plataforma, mientras tanto el trámite se continuará surtiendo por lo establecido en el título II de la Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

8. Análisis del caso en concreto

8.1. Corresponde a esta Sala de Revisión determinar si los derechos fundamentales a la salud y a la vida alegados por el accionante, quien tiene 68 años de edad, sufre de una insuficiencia renal crónica fase 5, se encuentra en condiciones de pobreza[95] y que se

encuentra en condición de discapacidad, fueron conculcados por Savia Salud EPS-S, ante la negativa de autorizar el servicio de transporte, dentro de la ciudad de Medellín, para que asista con un acompañante a sus terapias de hemodiálisis los días martes jueves y sábados, en la Unidad Renal Fresenius Medical Care, bajo el argumento de que dicho servicio no hace parte de la prima adicional para zonas especiales con dispersión geográfica reconocida en la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado[96].

8.2. De acuerdo a lo reflejado en el expediente, se tiene acreditado que el actor padece de una insuficiencia renal crónica terminal que hace necesario que asista tres veces por semana al instituto que le realiza las terapias de diálisis[97], a su vez, se encuentra probado que el accionante es usuario activo en el régimen subsidiado mediante la EPS-S Savia Salud. De igual forma, por su condición de pobreza al pertenecer al nivel I del Sisbén[98] y su condición de discapacidad por las múltiples comorbilidades que padece, hacen evidente su mal estado físico y su incapacidad económica para solventar el traslado desde su hogar a la IPS los tres días de la semana.

8.3. La condición socioeconómica precaria no solo se predica del actor, sino de su hermana, quien constituye su núcleo familiar, que obtiene los pocos ingresos para subsistir de la caridad de la gente y de barrer las calles, por lo que se presume la carencia de recursos por no haber sido desvirtuada por la entidad accionada, de esta manera, se habilita el reconocimiento del servicio de transporte.

8.4. Así mismo, el actor, con el propósito de estar más cerca de la IPS que le realiza las hemodiálisis, se mudó de un corregimiento en la zona rural de la ciudad de Medellín a donde su hermana en un barrio cercano al centro médico dentro de la misma ciudad (aproximadamente a 4 kilómetros de distancia); sin embargo, debido a sus múltiples enfermedades, en especial las secuelas motoras del accidente cerebrovascular hemorrágico fronto-temporal izquierdo (requiere de un caminador para desplazarse), la hemiparesia derecha, el pie caído deformidad en equino bilateral con área de presión en hallux izquierdo y dedos de garra en ambos pies[99], que le impiden su movilidad, hacen que sea dependiente absoluto de un tercero para sus desplazamientos por el alto riesgo de caída que tiene[100] para asistir al tratamiento del cual depende su vida.

8.5. Durante el trámite de instancia, únicamente se pronunció el ente territorial vinculado

por el Juzgado –por ser el accionante del régimen subsidiado-, que indicó que las EPS deben garantizar a todos sus afiliados de manera integral los servicios, medicamentos y demás tecnologías que allí se encuentren establecidos. De igual manera recordó que al Sistema de Salud lo rigen unos principios que en todo momento deben observarse en consonancia con la Constitución y la Ley[101].

8.6. No ofrece ninguna duda que el tratamiento médico indicado para el paciente es el de la hemodiálisis. Acorde con lo mencionado en la sentencia T-706 de 2017[102], “es bien sabido que la hemodiálisis busca beneficiar la salud y calidad de vida de quienes se someten a este procedimiento médico. No obstante, en su práctica se presentan algunos efectos secundarios de menor o mayor incidencia (cansancio, mareos, baja de tensión, calambres, etc.), cuya atención debe ser atendida por el sistema de salud; además de requerir en algunos casos el acompañamiento de un tercero o familiar, si el médico tratante lo prescribe como necesario”.

8.7. De conformidad con lo anotado en el acápite sexto, al revisar los artículos 12, 13 y 14 de la Resolución 6411 de 2016 se pudo evidenciar que la accionada no recibe la denominada prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica de sus afiliados que residen en la ciudad de Medellín, por tanto el servicio de transporte demandado por el accionante se considerará como un servicio complementario no financiado por la UPC-S del que trata la Resolución 2438 de 2018[103] expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que cobrará plena vigencia a partir del 1º de enero de 2019.

8.8. En conclusión, una vez superado el análisis para conceder el servicio de transporte más el de un acompañante, debe colegirse que los derechos fundamentales a la salud y a la vida del señor Guillermo de Jesús Soto Grajales están siendo vulnerados por la accionada, debido a la posición adoptada en la respuesta al derecho de petición de 07 de diciembre de 2017.

8.9. Por consiguiente, la Sala Séptima de Revisión ordenará a la EPS-S Savia Salud, que en las 48 horas siguientes a la notificación de esta providencia, garantice el servicio de transporte del señor Guillermo de Jesús Soto Grajales y su acompañante, dentro de la ciudad de Medellín, ida y regreso desde su residencia hasta el lugar donde le son

practicadas las hemodiálisis. Este cubrimiento en transporte se hará con la frecuencia que su tratamiento lo exija. La accionada podrá igualmente recobrar, ante el ente territorial, por los costos en que incurra en cumplimiento de la orden judicial aquí impartida.

Conforme a lo expuesto en el acápite séptimo, como quiera que estamos frente a un caso de persona afiliada al régimen subsidiado en salud, la posibilidad de recobro que tendrá la EPS-S Savia Salud, hasta el 31 de diciembre de 2018, es la de someterse a los lineamientos dispuestos por el artículo 5º de la Resolución 1479 de 2015[104] y al título II de la Resolución 5395 de 2015, que regula el procedimiento para el cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS suministrados en el régimen subsidiado; pero a partir del 1º de enero de 2019, la respectiva EPS-S deberá someterse en su integridad a lo dispuesto por la Resolución 2438 de 2018.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR la sentencia de primera y única instancia proferida el 25 de enero de 2018 por el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de la ciudad de Medellín, que declaró improcedente la acción de tutela formulada por el señor Guillermo de Jesús Soto Grajales contra Savia Salud EPS-S, para en su lugar, CONCEDER el amparo solicitado por el accionante, en defensa de los derechos fundamentales a la salud y a la vida.

Segundo.- ORDENAR a la EPS-S Savia Salud, que dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, garantice el servicio de transporte del señor Guillermo de Jesús Soto Grajales y su acompañante, ida y regreso desde su residencia hasta el lugar donde le son practicadas las terapias de hemodiálisis, dentro de la ciudad de Medellín. Este cubrimiento en transporte se hará con la frecuencia que su tratamiento lo exija.

Tercero.- PREVENIR a la EPS-S Savia Salud para que se abstenga de interponer barreras de cualquier tipo que interfieran con garantizar los traslados del accionante y su acompañante

a la IPS donde se practican las hemodiálisis.

Cuarto.- LÍBRESE por Secretaría General las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Magistrada

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Magistrado

ALBERTO ROJAS RÍOS

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaría General

[1] El expediente de la referencia fue seleccionado para su revisión por la Sala de Selección de Tutelas Número Cuatro, conformada por los Magistrados Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, mediante auto del veintisiete (27) de abril de dos mil dieciocho (2018), debidamente notificado mediante estado No. 08 del quince (15) de mayo del mismo año.

[2] La enciclopedia médica Medlineplus define la insuficiencia renal crónica como la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El principal trabajo de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.

[3] Medlineplus lo define como el tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal, mediante un riñón artificial (aparato).

[5] La Asociación Americana del Corazón (más conocida como la American Heart

Association) establece que la presión arterial es la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. En la hipertensión arterial o presión arterial alta, esta presión es mayor por el esfuerzo que debe hacer el corazón al bombear la sangre a través de unas arterias estrechas o contraídas.

[6] La Clínica Mayo indica que, esta se produce cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido o reducido, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes. En un accidente cerebrovascular hemorrágico, se revienta un vaso sanguíneo y sangra dentro del cerebro; esto daña las células del cerebro y comienzan a morir.

[7] La enciclopedia en salud -online-, define la hemiparesia como la debilidad muscular en una mitad del cuerpo, sobre todo en el brazo y la pierna, aunque también puede afectar a la cara. Se pierde la fuerza motora sin llegar a la parálisis a consecuencia de una lesión cerebral.

[8] En medicina, se llama pie equino a una deformidad del pie humano en la que este se encuentra permanentemente en una posición de flexión plantar, en aducción e inversión, el retropié en varo, con el hueso del tarso calcáneo invertido por lo que el paciente afectado cuando camina apoya la región anterior del pie (marcha de puntillas normalmente se caen) y el talón no entra en contacto con el suelo. La persona con pie equino tiene limitada la flexibilidad para levantar la parte superior del pie hacia la zona anterior de la pierna.

[9] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folios 2, 10, 15 y 16.

[10] Vía Santa Elena Km. 15 (Al lado de la Estación de Policía).

[11] En la Calle 92 No. 71ª, Barrio Alfonso López, Comuna Castilla de Medellín.

[12] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 2.

[13] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 2.

[14] Localizada en la calle 64 No. 51-70, Comuna La Candelaria de Medellín.

[15] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folios 9 y 10.

[16] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 14.

[17] Ibídem.

[18] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 10.

[19] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 16.

[20] Mediante auto admisorio del 16 de enero de 2018, el Juzgado Veinticinco Civil Municipal de Oralidad de Medellín admitió la tutela y ordenó correr traslado a Savia Salud EPS-S, actuación que se surtió el día siguiente al correo electrónico de la accionada.

[21] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 26.

[22] El juzgado de conocimiento otorgó el termino de 2 días para que la entidad vinculada rindiera el informe que trata el artículo 19 del decreto 2591 de 1991.

[23] Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

[24] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 24.

[25] Ibídem.

[26] Debe entenderse como el Plan de Beneficios en Salud del que trata la Ley 1751 de 2015.

[27] Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

[28] “Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado”

[29] “Por medio de la cual se establece el procedimiento de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud”

[30] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 25.

[31] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 28.

[32] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 27.

[33] Ibídem.

[34] Auto del 27 de abril de 2018, expedido por la Sala de Selección de Tutelas Número Cuatro.

[35] M.P. Álvaro Tafur Galvis.

[36] Ver sentencia T-036 de 2017 M.P. Alejandro Linares Cantillo.

[37] Ver sentencia T-728 de 2014, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

[38] 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 éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[39] El artículo 126 agrega los siguientes literales: e. Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo. f. Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. g. Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.

[40] M.P. Alejandro Linares Cantillo.

[41] Ver sentencia T-425 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[42] Ver sentencias T-042 de 2013, M.P. Mauricio González Cuervo; T-206 de 2013, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; T-603 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; T-403 de 2017, M.P. Carlos Libardo Bernal Pulido, T-253 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas, entre otras.

[43] Ver sentencia T-001 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[44] Ver sentencias T-177 de 2011, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-472 de 2015 M.P. Mauricio González Cuervo, entre otras

[45] Ver sentencia T-206 de 2013, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[46] Ver sentencias T-646 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; T-036 de 2017, M.P. Alejandro Linares Cantillo; T-425 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[47] Se hace referencia a la insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico fronto-temporal izquierdo, hemiparesia derecha, pie caído deformidad en equino bilateral, área de presión en hallux izquierdo y dedos de garra en ambos pies

[48] Ver sentencia T-425 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[49] Ver sentencia T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

[50] Ver artículos 211, 212, 213 y 214 de la Ley 100 de 1993.

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

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

[53] La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Atención Primaria en Salud como

la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Tomado el 3-07-2018 de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

[54] Ver artículos 1° de la Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

[56] Ver sentencia T-021 de 2003, M.P. Eduardo Montealegre Linett.

[57] Ver sentencia T-1030 de 2010, M.P. Mauricio González Cuervo.

[58] M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[59] M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

[6 0]

<http://www.vanguardia.com/opinion/columnistas/jaime-calderon-herrera/300531-historia-de-una-ley>. (tomado el 22-06-2018).

[61] Ver artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.

[62] M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[63] Ver sentencia T-062 de 2017, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[64] Las Naciones Unidas son una organización de Estados soberanos. Los Estados se afilian voluntariamente a las Naciones Unidas para colaborar en pro de la paz mundial, promover la amistad entre todas las naciones y apoyar el progreso económico y social. La Organización nació oficialmente el 24 de octubre de 1945". Colombia fue admitida en la Organización el 5 de noviembre de 1945, con lo que acepta lo dispuesto en la Carta de las Naciones Unidas y acata sus obligaciones. Tomado de <http://www.cinu.mx/>. Página web oficial de la ONU.

[65] Ibídem.

[66] Ver sentencias T-233 de 2011, M.P. Eduardo Montealegre Lynett; T-769 de 2012, M.P.

Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-057 de 2013, M.P. Alexei Julio Estrada; T-706 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger y T-196 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[67] Ver sentencia T-730 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa.

[68] Ver sentencia T-970 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; y T-260 de 2017, M.P. Alberto Rojas Ríos.

[69] Ver sentencia T-741 de 2007, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[70] Ver sentencia T-062 de 2017, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo;

[71] Un paciente ambulatorio es aquel que debe acudir regularmente a un centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita pasar la noche allí (es decir, no queda internado). Por esta razón, también se conoce al paciente ambulatorio como diurno o de día. Entonces, se puede afirmar que el paciente puede acudir al centro de salud, llevar a cabo la sesión correspondiente del tratamiento, y regresar a su hogar.

[72] Ver sentencia T-384 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa.

[73] Ver sentencias T-161 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-154 de 2014, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; T-706 de 2017, M.P. Cristina Pardo Schlesinger; T-032 de 2018, M.P. José Fernando Reyes Cuartas; entre otras.

[74] Ver sentencias T-206 de 2013, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; T-495 de 2017, M.P. Alejandro Linares Cantillo; T-261 de 2017, M.P. Alberto Rojas Ríos; T-405 de 2017, M.P. Iván Humberto Escrucería Mayolo; entre otras.

[75] Ver sentencia T-597 de 2016, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

[76] Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, el cual corresponde a una herramienta, que estructurada a partir de un conjunto de reglas, normas y procedimientos permite obtener información socioeconómica actual y exacta de los diferentes grupos sociales en todo el país.

[77] Ver sentencia T-849 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra

[78] Ver artículos 120 y 121 de la Resolución 5269 de 2017.

[79] Ver sentencia T- 062 de 2017, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

[80] Ver literal f) artículo 156 y artículo 182 de la Ley 100 de 1993.

[82] Ver Decreto 2560 de 2012.

[83] Ver numeral 3. del artículo 26 del Decreto 2560 de 2012.

[84] Artículo 10 del Acuerdo 019 de 2010 expedido por la CRES.

[85] Ver sentencia T-395 de 2014, M.P. Alberto Rojas Ríos.

[86] “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones”

[87] “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones”

[88] Anexo Listado de municipios y corregimientos departamentales, a los que se les reconocerá prima adicional por zona especial de dispersión geográfica.

[89] M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[90] M.P. Alberto Rojas Ríos.

[91] “Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC el Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”

[92] Ibídem.

[93] Ver artículo 7º de la Resolución 1479 de 2015.

[94] Ver artículo 9º de la Resolución 1479 de 2015.

[95] Expediente T-6.265.689, cuaderno 1 folio 4, y cuaderno 2 folio 78.

[96] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folios 1 a 4.

[97] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 18

[98] Expediente T-6.807.119, cuaderno 2, folio 14.

[99] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folios 16, 18, 19 y 20.

[100] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folio 16.

[101] Expediente T-6.708.119, cuaderno 1, folios 24 y 25.

[102] M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

[103] “Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”

[104] Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de la EPS, conformado de acuerdo a lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013, en el cual podrá participar un representante de la entidad territorial, con voz y sin voto en las decisiones. Esta participación se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.