



Valores Corporativos

Respeto: Reconocer las aptitudes de otras personas y asumir una posición objetiva y conciente frente a las funciones, los compañeros y el compromiso

institucional

FI-PT-GICO-5402/10I/V2

Para responder a este documento, favor citar este número: **0101-1-0481258**

Bogotá D.C.,

Señor

Jorge Rangel

E.S.D

BOGOTA D.C. ,

Referencia: SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Respetado Señor:

Por medio del presente escrito se procede a dar respuesta a la solicitud radicada bajo Nurc. 0101-1-0481258, mediante la cual se solicita concepto acerca de la posibilidad de que las ARS y EPS, deban cubrir los gastos relativos a transporte , alojamiento y alimentación de una persona (y un acompañante) a la cual se le diagnóstico cáncer de fosas nasales en una IPS de Montería (Córdoba) y por cuenta de dicha enfermedad y sus respectivo tratamiento fue remitida al Instituto de Cancerología de Bogotá.

Para desarrollar su consulta es necesario remitirnos a la Ley 100 de 1993, la cual plasma el Sistema de Seguridad Social en Salud como un servicio público esencial a cargo del Estado , gratuito y obligatorio en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional.

Al Sistema General de Seguridad Social en Salud pertenecen aquellas personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado. El Régimen Subsidiado de Salud tiene como objeto financiar la atención en salud de las personas más pobres y vulnerables que no se encuentran en capacidad de cotizar. Los destinatarios de este régimen son los beneficiarios y las personas vinculadas o participantes.

El decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, el cual establece en su artículo 17 el trámite de remisión de pacientes entre

entidades, (Proceso de referencia y contrareferencia), que establece que:

*"la operación del sistema de referencia y contrareferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de **transporte y comunicaciones**"*

Mediante el Acuerdo 306 de 2005, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definió los contenidos del Plan Obligatorio de Salud para el **Régimen Subsidiado**, el cual comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener, rehabilitar y recuperar su salud.

Las coberturas en dicha norma están dadas a partir de algunas actividades, intervenciones y procedimientos quirúrgicos específicos por niveles de complejidad; algunas patologías específicas, especialidades médicas y por grupos de edades, de igual manera la cobertura de medicamentos y exámenes diagnósticos están supeditados para los casos y eventos descritos en el precitado Acuerdo.

En el presente caso a la señora ANA SUSANA CÁRDENAS, se le diagnosticó mediante una biopsia "cáncer de las fosas nasales", enfermedad catastrófica de alto costo, respecto a esto, en el numeral 3.6 del artículo 2 del Acuerdo ya mencionado se el cubrimiento de las enfermedades de Alto Costo:

Si el paciente es diagnosticado con Cáncer, la cobertura comprende su atención integral necesaria así:

3.6. Casos de pacientes con Cáncer. La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye:

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control.
- El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización.
- La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226, el control y tratamiento médico posterior.
- El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio

médicamente reconocido, que se encuentre incluido en la Resolución 5261 de 1994, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer.

En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la ARS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella. En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la ARS si no están dentro del POS-S y se financiarán con recursos de oferta.

Al respecto la **ley 972 de 2005** mediante la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades **ruinosas** o **catastróficas**, especialmente el VIH/Sida establece :

Artículo 3°. Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, **bajo ningún pretexto** podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

En el mismo orden de ideas la Corte Constitucional en Sentencia T-511 del 22 de Mayo de 2008 realiza un análisis de la línea jurisprudencial de dicha corporación al respecto:

"Sobre el tema, esta Corporación ha indicado las reglas jurisprudenciales aplicables para la asunción de los costos del transporte de pacientes, criterios que tienen la misma justificación de los utilizados para la inaplicación de las disposiciones del Plan Obligatorio de Salud POS. Para tal fin, se parte, inicialmente, de

considerar que, de manera general, la normatividad se aplica íntegramente y que el transporte debe ser asumido por el afectado o, en razón del principio de solidaridad consagrado en el artículo 95-2 de la Carta, por su familia.

Sin embargo, la aplicación del **deber de solidaridad no es absoluta**. Existen situaciones en que la entidad prestadora se niega a suministrar los medios para que el paciente acceda al tratamiento, del cual depende la recuperación de su estado de salud y, a la vez, se comprueba de forma objetiva que tanto el usuario como su familia carecen de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del transporte. En estas circunstancias se abre la posibilidad que sea el Estado quien financie el traslado, bien por sí mismo o a través de las entidades que prestan el servicio público de atención en salud, ya que, de no garantizarse el traslado del paciente se vulnerarían sus derechos fundamentales al privarlo, en la práctica, de los procedimientos requeridos, cuando de estos depende la conservación de su integridad física y el mantenimiento de la vida en condiciones dignas.

La jurisprudencia constitucional se ha detenido en señalar los elementos que deberán observarse para establecer, bajo qué circunstancias, el servicio de transporte y los gastos de manutención, en principio a cargo del paciente o de sus familiares más cercanos, pueden ser asumidos por las entidades administradoras del régimen de salud.

En virtud de lo anterior esa responsabilidad es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite: **(i)** que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad, en conexidad con la vida de la persona; **(ii)** que de no efectuarse la remisión, se ponga en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del afectado; y **(iii)** que el paciente y sus familiares cercanos no cuenten con los recursos económicos para atenderlos.

(...) A manera de conclusión, es importante tener en cuenta que mediante **Sentencia T-364** de 2005, se señaló que:

“Existen situaciones en que la entidad prestadora se niega a suministrar los medios para que el paciente acceda al tratamiento, del cual depende la recuperación de su estado de salud y, a la vez,

se comprueba de forma objetiva que tanto el usuario como su familia carecen de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del transporte.

En estas circunstancias se abre la posibilidad que sea el Estado quien financie el traslado, bien por sí mismo o a través de las entidades que prestan el servicio público de atención en salud, ya que, de no garantizarse el traslado del paciente se vulnerarían sus derechos fundamentales al privarlo, en la práctica, de los procedimientos requeridos, cuando de estos depende la conservación de su integridad física y el mantenimiento de la vida en condiciones dignas.

En virtud de lo anterior esa responsabilidad es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.

Con respecto al **alojamiento y manutención** la misma entidad se pronuncio al respecto en la Sentencia T-493/2006 en la cual establece la posibilidad de que el juez de tutela obligue a las ARS o EPS, a sufragar los gastos de alojamiento manutención y transporte en ciertas circunstancias así:

Sentencia T-511 cita lo dicho por esa misma corporación en Sentencia T-493/2006 de esta manera:

“... puede afirmarse que las entidades prestadoras del servicio de salud están en el deber de sufragar los **gastos de transporte y manutención de los pacientes y de sus acompañantes**, siempre que el traslado, estadía y acompañamiento del paciente se considere indispensable para el acceso al servicio, atendiendo la prescripción del médico tratante, quien para el efecto deberá considerar la edad y las particularidades que así lo indiquen, con los derechos previstos en el artículo 11 de la Resolución 3797 de 2004 del Ministerio de la Protección Social”.

Como se pudo comprobar, la identificación de los eventos en los cuales es viable autorizar el servicio de transporte o suministrar ayuda económica depende del análisis fáctico en cada caso concreto, donde el juez debe evaluar la pertinencia, necesidad y urgencia de la medida, así como las condiciones económicas de

los sujetos involucrados y la necesidad de un acompañante. En consecuencia, cuando deban prestarse servicios médicos en lugares diferentes al de la sede del paciente; si el paciente ni su familia disponen de los recursos suficientes para tal fin y se comprometen sus derechos fundamentales, procede la acción de tutela para ordenar a la EPS que pague los costos pertinentes y, posteriormente, recobre al FOSYGA por los valores que no este obligada a sufragar "

Según el análisis legal anteriormente realizado , podemos concluir que si bien los gastos de alojamiento y manutención no están incluidos como servicios habituales dentro del plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado, mediante acción de Tutela ha habido pronunciamientos que atendiendo a circunstancias específicas han hecho posible que dichos gastos puedan ser cancelados por las ARS y EPS.

Cordialmente,

Simon Bolivar Valbuena

Encargado De Las Funciones De La
Oficina Asesora Juridica

Elaboró:	GILBERT NIÑO RUBIO 06/07/2009
Proyectó:	
Revisó:	
Observaciones:	SIN OBSERVACIONES
Copia externa:	
No. Anexos:	
No. Folios:	1
Fecha Radicacion:	30/07/2009