

Bucaramanga, diciembre 28 de 2022

1228224394

Señor:

JUZGADO SEXTO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO DE BUCARAMANGA

j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

RADICACIÓN: Acción de Tutela No. 2022-0146
ACCIONANTE: JACKELINE MUÑOZ HINESTROZA AGENTE OFICIOSO DE DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ
ACCIONADO: SALUD TOTAL EPS-S S.A.
REFERENCIA: IMPUGNACIÓN

EFRAIN GUERRERO NUÑEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 91.275.044 de Bucaramanga, domiciliado en esta ciudad, obrando en mi calidad de Gerente y Administrador Principal de Salud Total S.A. Sucursal Bucaramanga, de conformidad con lo establecido en el Artículo 59 del Código General del Proceso, estando dentro del término legal conferido, me permito, con el mayor de los respetos, interponer recurso de **IMPUGNACIÓN** contra la sentencia, con base en lo siguiente:

MOTIVOS DE INCONFORMIDAD

EL PROTEGIDO NO CUENTA CON ORDENES MÉDICAS PARA GASTOS DE TRASLADO

Así las cosas, Salud Total EPS no ha vulnerado derecho fundamental alguno al protegido, ha garantizado y garantizará la prestación de los servicios de salud requeridos por nuestro protegido y ordenados por los médicos tratantes, de acuerdo, al cuadro clínico y a las patologías del paciente, siempre que se encuentren incluidos dentro de la cobertura del SISSS.

En cuanto a la solicitud de transporte este debe ser asumido por el usuario y/o familia toda vez que no está contemplado dentro del PBS. Por lo que cabe aclarar que la normatividad legal vigente en la resolución 2292 de 2021 del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, “*Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”

TÍTULO V TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

Artículo 107. Traslado de pacientes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen 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 ambulancia.
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 108. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de 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 al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o 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.

Artículo 109. Transporte de cadáveres. La financiación con cargo a la UPC no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

En reciente sentencia (T-259 de 2019) La H. Corte Constitucional, indicó:

(...)

4. El cubrimiento de los gastos de transporte, alojamiento y alimentación para el paciente y un acompañante. Reiteración jurisprudencial

4.1. Transporte. Según la Ley 1751 de 2015, artículo 6°, literal c, “(l)os 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” (Resaltado propio). En concordancia, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes, si bien no constituyen servicios médicos¹, lo cierto es que sí constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas.

Resulta importante diferenciar entre el transporte intermunicipal (traslado entre municipios) e interurbano (dentro del mismo municipio)². En relación con lo primero, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018-“*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”, el cual busca que “*las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el **acceso** a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución*” (Resalta la Sala).

Bajo ese entendido, dicha Resolución consagró el Título V sobre “*transporte o traslado de pacientes*”, que en el artículo 120 y 121 establece las circunstancias en las que se debe prestar el servicio de transporte de pacientes por estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), con cargo a la UPC. En términos generales “*el servicio de transporte para el caso de pacientes ambulatorios se encuentra incluido en el PBS y debe ser autorizado por la EPS cuando sea necesario que el paciente se traslade a un municipio distinto al de su residencia (transporte intermunicipal), para acceder a una atención que también se encuentre incluida en el PBS*”³ (Resaltado propio).

Siguiendo lo anterior, en principio el paciente únicamente está llamado a costear el servicio de transporte cuando no se encuentre en los eventos señalados en la Resolución 5857 de 2018⁴. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha precisado que cuando el servicio de transporte se requiera con necesidad y no se cumplan dichas hipótesis, los costos de desplazamiento no se pueden erigir como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud prescritos por el médico tratante. Por consiguiente, “*es obligación de todas las E.P.S. suministrar el costo del servicio de transporte, cuando **ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto** al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS*” (Negrilla fuera de texto original).

En consideración a lo anterior se han establecido las siguientes subreglas que implican la obligación

¹ Sentencia T-074 de 2017 y T-405 de 2017.

² Sentencia T-491 de 2018.

³ Sentencia T-491 de 2018.

⁴ Sentencia T-491 de 2018.

de acceder a las solicitudes de transporte intermunicipal, aun cuando no se cumplan los requisitos previstos en la Resolución 5857 de 2018:

“i. El servicio fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo a un prestador de un municipio distinto de la residencia del paciente⁵.

ii. Ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado.

iii. De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

En relación con el transporte intramunicipal, esta Corporación ha evidenciado que *“no se encuentran incluidos expresamente en el PBS con cargo a la UPC”*, por consiguiente, cuando el profesional de la salud advierta su necesidad y verifique el cumplimiento de los requisitos señalados en los anteriores párrafos, deberá tramitarlo a través del procedimiento de recobro correspondiente⁶.

4.2. Alimentación y alojamiento. La Corte Constitucional reconoce que estos elementos, en principio, no constituyen servicios médicos, en concordancia, cuando un usuario es remitido a un lugar distinto al de su residencia para recibir atención médica, los gastos de estadía tienen que ser asumidos por él o por su familia. No obstante, teniendo en consideración que no resulta posible imponer barreras insuperables para asistir a los servicios de salud, excepcionalmente, esta Corporación ha ordenado su financiamiento.

Para ello, se han retomado por analogía las subreglas construidas en relación con el servicio de transporte. Esto es, (i) se debe constatar que ni los pacientes ni su familia cercana cuentan con la capacidad económica suficiente para asumir los costos; (ii) se tiene que evidenciar que negar la solicitud de financiamiento implica un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente; y, (iii) puntualmente en las solicitudes de *alojamiento*, se debe comprobar que la atención médica en el lugar de remisión exige *“más de un día de duración se cubrirán los gastos de alojamiento”*⁷.

4.3. Transporte, alimentación y alojamiento para un acompañante. En algunas ocasiones el paciente necesita un acompañante para recibir el tratamiento médico. Al respecto, la Corte Constitucional ha determinado que las EPS deben costear los gastos de traslado de un acompañante cuando (i) se constate que el usuario es *“totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento”*; (ii) requiere de atención *“permanente”* para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) ni él ni su núcleo familiar tengan la capacidad económica para asumir los costos y financiar su traslado⁸.

(...)

PRONUNCIAMIENTO DEL MINISTERIO AL RESPECTO DE LOS GASTOS DE TRASLADO

También el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, en diciembre 11 de 2011, emitió el siguiente Concepto Jurídico radicado con el Numero 17639, que hace referencia a los GASTOS DE TRANSPORTE O DESPLAZAMIENTO DE LOS ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE: *“Por cuanto estos NO HACEN PARTE DE LAS PRESTACIONES DEL POS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, es viable que se reconozca el transporte del paciente, entendido este como cotizante o beneficiario, entre ciudades cuando el propósito es ser atendido por una actividad o procedimiento incluido en el POS, siempre y cuando se encuentre en un departamento en el que se reconozca la prima adicional a la UPC”*.

Los “viáticos” que solicita el accionante, no corresponde a servicios o insumos médicos para

⁵ Sentencia T-769 de 2012.

⁶ Sentencia T-491 de 2018.

⁷ Sentencias T-487 de 2014, T-405 de 2017 y T-309 de 2018.

⁸ Sentencias T-154 de 2014; T-674 de 2016; T-062 de 2017; T-032, T-163, T-196 de 2018 y T-446 de 2018, entre otras.

realizar trámite por Plan de Beneficios de Salud o por Comité Técnico Científico según la normatividad vigente.

Concretamente, en materia de salud, la Corte ha entendido que se quebranta este derecho fundamental cuando la entidad encargada de garantizar su prestación se niega a brindarle al paciente todo medicamento, procedimiento, tratamiento, insumo y, en general, cualquier servicio de salud que requiera con necesidad para el manejo de una determinada patología, según lo ordenado por el médico tratante.

Siguiendo esta línea interpretativa, la jurisprudencia constitucional ha señalado, de manera enfática, que el concepto del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere o no un determinado servicio de salud, aunque no es exclusivo. Ello, en consideración a que por sus conocimientos científicos es el único llamado a disponer sobre las necesidades médico-asistenciales del paciente.

Bajo esta premisa, es claro que el juez de tutela no está facultado para ordenar prestaciones o servicios de salud sin que medie orden del médico tratante en dicho sentido, toda vez que no es constitucionalmente admisible que en su labor de salvaguardar los derechos fundamentales de las personas, sustituya los conocimientos y criterios de los profesionales de la medicina y por contera, ponga en riesgo la salud de quien invoca el amparo constitucional.

APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD- CAPACIDAD ECONOMICA

Llamamos la atención a su señoría en el sentido que los beneficios del Estado, **ESTAN DESTINADOS A PERSONAS CUYO INGRESO ECONOMICO ES PRECARIO, Y A VECES ES MENOS DE UN SALARIO MINIMO,** definitivamente va contra el principio de SOLIDARIDAD del Sistema General de Seguridad Social en Salud a un usuario que tiene la capacidad económica para sufragarlos por sí mismo.

Debemos velar por la correcta destinación de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, es de todos CONOCIDO que se encuentra en déficit, que se están haciendo esfuerzos enormes por parte del Gobierno y de los actores del Sistema para sacarlo adelante y evitar los abusos que se comenten.

Reiteramos Señor Juez, que no debe desconocerse que la esencia del PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, es que los afiliados con capacidad de pago, asuman con su peculio los servicios excluidos del POS o gastos de desplazamiento, a otra ciudad en caso de requerirse, **COLABORANDO DE ESTA MANERA CON LOS USUARIOS DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS Y A QUE EL SISTEMA TENGA UN MAYOR CUBRIMIENTO Y CUMPLA CON LA FINALIDAD SOCIAL PARA LA CUAL FUE CREADO POR EL LEGISLADOR.**

En lo que respecta a las normas para evaluar las pruebas sobre la capacidad económica de las personas la Honorable Corte Constitucional ha sido enfática y reiterada en que proceden las siguientes:

Sentencia T 922 de 2009 MP JORGE IVAN PALACIO

4.4. De los criterios probatorios para acreditar la falta de capacidad económica en materia de salud

La falta de capacidad económica, es decir, la insuficiencia temporal o permanente de recursos para costear un servicio en salud o el pago de las cuotas moderadoras, ha sido reconocida por la jurisprudencia constitucional como el tercer criterio para tener acceso por vía de tutela a los servicios que se requieren. El concepto falta de capacidad económica se refiere principalmente a la vulneración del derecho constitucional al mínimo vital que una persona sufriría si se ve en la ineludible situación de pagar por el servicio requerido o el copago exigido para la prestación de algún servicio. También hace referencia a aquellas hipótesis cuando, careciendo el accionante de un mínimo vital, requiere de la prestación de un servicio en salud. (...)

La acción de tutela, no puede ser el mecanismo ni el camino para que los afiliados del Sistema, se subroguen en las E.P.S., en la carga de **SOLIDARIDAD** que les asiste como integrantes que son del Sistema General de Seguridad Social en Salud, solidaridad que en el presente caso se concreta en el tratamiento integral del paciente, socavar los recursos del Sistema mismo como con esta sentencia se está haciendo, que no sobra recordar, **SON LIMITADOS Y DEBEN CUBRIR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TOTALIDAD DE LOS AFILIADOS.**

Así mismo, la ley 1438 de 2011, reitera el principio de SOLIDARIDAD de la siguiente manera, en concordancia con el nuevo principio de la CORRESPONSABILIDAD, que dispone el deber

de todos los afiliados de utilizar los recursos públicos del Sistema.

ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Modifícase el artículo 1536 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.2 **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.17 **Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

Así mismo la misma Constitución dejó en claro las obligaciones recíprocas dentro de la familia, que deben cumplir sus miembros:

Art. 42.- (...)

*Las relaciones familiares **se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes**. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley (Negritas y subrayado fuera del texto).*

En sentencia T 730 de 2011 de la Honorable Corte Constitucional desarrolla el principio de la **SOLIDARIDAD FAMILIAR**, y más específicamente para el cubrimiento de los gastos de traslado de la siguiente manera:

4. INCOFORMIDAD POR HABER ORDENADO LA EXONERACION DE CUOTAS MODERADORAS O COPAGOS.

Ahora bien, en virtud del principio constitucional de la eficiencia, a través del cual se busca la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros con los que cuenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁹, el legislador estableció las llamadas “cuotas moderadoras y copagos”.

De acuerdo con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los pagos moderadores se sujetan a las siguientes directrices:

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

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

De esta manera, de acuerdo con la norma en cita, en el caso de aquellas personas que se encuentran afiliadas al régimen contributivo de seguridad social en calidad de beneficiarios, **estos cobros tienen por objeto racionalizar el uso de los servicios del sistema y, adicionalmente, complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.** El pago de estas sumas de dinero,

⁹ Artículo 2 de la Ley 100 de 1993.

de acuerdo con el artículo 139 de la Ley 1438 de 2011, constituye un deber de todos los afiliados y beneficiarios del sistema¹⁰.

Adicionalmente, a través del Acuerdo 260 de 2004, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los copagos, de acuerdo con dicha normatividad, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y son aplicables única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios; para la determinación de su monto, debe tenerse en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado y éstos deberán aplicarse a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, salvo las específicas exclusiones que se establecen en el artículo 7 del referido Acuerdo, las cuales se relacionan con (i) los servicios de promoción y prevención; (ii) los programas de control en atención materno infantil; (iii) los programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; (iv) las enfermedades catastróficas o de alto costo; (v) la atención inicial de urgencias y (vi) los servicios enunciados en el artículo 6 de dicha normatividad.

Los servicios del Plan Obligatorio de Salud POS requeridos por la paciente han sido prestados sin dificultades, pero el **COPAGO Y LAS CUOTAS MODERADORAS QUE SE LE COBRAN** es una obligación legal a la cual no puede sustraerse el cotizante y que es de estricto cumplimiento, de acuerdo con lo establecido por la normatividad legal colombiana vigente. Además, se ha cumplido en todo momento con la prestación de servicios del Plan Obligatorio de Salud POS que ha requerido.

Se entiende claramente entonces, **la obligación legal que redunda en el pago, subsidio y contribución de acuerdo al nivel socio económico**, obligación esta que **TODO**s los afiliados deben cumplir a cabalidad, **pues ni siquiera en los casos de tutela, los jueces y sus Despachos han desconocido el deber del afiliado tanto principal como beneficiario, de por lo menos cubrir el costo de estos emolumentos**, pues aunque a la EPS se le ordene el cubrimiento de todos los tratamientos y procedimientos incluidos o no dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, el usuario está obligado al pago de la cuota moderadora y en el caso de los beneficiarios el copago respectivo.

Respecto a las pretensiones de la parte actor, vale la pena resaltar a su Despacho que de conformidad con los servicios que se le han venido brindando a DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ nuestra Entidad ha cubierto así todos y cada uno de los servicios, exámenes, medicamentos y demás tratamientos que ha requerido, para su pronta mejoría, por tanto, fácil resulta concluir que SALUD TOTAL EPS. S.A., no ha negado servicio.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que **SIEMPRE SE HA PRESTADO LA ATENCIÓN QUE HA REQUERIDO DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ** y la solicitud es que le sean exoneradas las cuotas moderadoras y/o COPAGOS que debe ésta asumir por la proporcionalidad del valor de los medicamentos, procedimientos, insumos, tratamientos y demás prestados a ella, nos permitimos citar algunos extractos del **acuerdo 260 de 2004 del CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**, como sustento legal de la obligación del pago de los mismos, cuando proceden, como proceden y hasta que monto son susceptibles de exigirse así:

ARTÍCULO 1o. CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

ARTÍCULO 2o. COPAGOS. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

ARTÍCULO 3o. APLICACIÓN DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

PARÁGRAFO. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas

¹⁰ "ARTÍCULO 139. **DEBERES Y OBLIGACIONES.** Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

(...)

139.6 Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema. laborales.

moderadoras y los copagos correspondientes.

ARTÍCULO 4o. INGRESO BASE PARA LA APLICACIÓN DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, la señora ingreso declarado.
(...)

ARTÍCULO 6o. SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.
5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.
6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

PARÁGRAFO 1o. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

PARÁGRAFO 2o. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

PARÁGRAFO 3o. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

ARTÍCULO 7o. SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE COPAGOS. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

ARTÍCULO 8o. MONTO DE CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras

se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6o del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, **expresado en salarios mínimos, así:**

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización **esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos**, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

PARÁGRAFO. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

ARTÍCULO 9o. MONTO DE COPAGOS POR AFILIADO BENEFICIARIO. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, **sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.**

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté **entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes**, **el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente**, por un mismo evento.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

PARÁGRAFO. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

ARTÍCULO 10. TOPE MÁXIMO DE COPAGOS POR AFILIADO BENEFICIARIO.

El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, **el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.**

Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. (negrillas y cursivas por fuera del texto)

Queda de esta manera demostrado al Despacho que el monto de los COPAGOS y las cuotas moderadoras no se establece arbitrariamente, y siempre para el pago de los mismos, el sistema de seguridad social en busca de la EQUIDAD E IGUALDAD entre sus afiliados, realiza el cálculo de lo que se debe cancelar de conformidad con el Ingreso base de cotización de cada usuario cotizante y hasta unos topes máximos anuales, que se deben cumplir y no se pueden exceder.

A **DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ**, no se le ha negado o entorpecido el acceso a los servicios de salud por el pago de copagos o cuotas moderadoras, por el contrario, se le ha autorizado y hasta la fecha la cotizante han venido cumpliendo con esa obligación, **en los servicios sujetos a su cobro.**

Por otro lado, la Corte Constitucional ha sido reiterativa en establecer que para que proceda la exoneración de cuotas moderadoras y copagos a través de la Acción de tutela, debe el accionante manifestar que no tiene materialmente la capacidad de pago para asumir estos costos, y que lo pruebe. Transcribimos apartes de la Sentencia T 256 de 2010 en donde se evidencia la posición de la Honorable Corte Constitucional al respecto:

“(…) Exigencia de cuotas moderadoras y copagos. Reiteración de jurisprudencia.

El artículo 49 de la Constitución Política¹¹, determina la obligación estatal de prestar el servicio público de atención en salud y de saneamiento ambiental, de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Con la finalidad de asegurar la observancia de esos principios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha establecido una serie de mecanismos tendientes a encontrar un balance entre los recursos que ingresan al sistema y las prestaciones médico – asistenciales que suministran las instituciones que hacen parte del mismo, garantizando, de ésta manera, el equilibrio y la viabilidad financiera y económica de aquel.

Es dentro de estos parámetros donde se enmarcan instrumentos tales como las cuotas moderadoras, los copagos, las cuotas de recuperación, los periodos mínimos de cotización y la fijación de planes obligatorios de salud y manuales de procedimientos e intervenciones, tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo.

La sentencia C–542 de 1998¹², declaró exequible el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, mencionado en párrafos anteriores, en el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera.(…)

Y sigue mas adelante la Corte en la sentencia en mención

“2.3. Razón de la decisión.

Para determinar los casos en los cuales debe eximirse al afiliado del pago de las cuotas moderadoras o copagos se debe tener en cuenta, en primer lugar, la normatividad aplicable al caso concreto y en segundo lugar, las reglas que la Corte ha desarrollado para determinar si se puede inaplicar la reglamentación actual, a saber:

1. Cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor.

2. Cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado, la entidad encargada de la prestación, exigiendo garantías adecuadas, deberá brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora o copago sin que su falta de pago pueda convertirse de forma alguna en obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

3. Se encuentran por fuera de la anterior hipótesis las personas que tienen la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora y la capacidad para realizar efectivamente el pago antes de recibir el servicio requerido, puesto que en estos eventos

¹¹ **Constitución Política. Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

¹² Es preciso señalar que la expresión “y la antigüedad de afiliación en el Sistema”, que figuraba en el inciso 2 del artículo 187 de la ley 100 de 1993, fue declarada inexecutable en esta sentencia.

dicha cuota no constituye un obstáculo para acceder al servicio médico, lo que hace improcedente el amparo por vía de tutela.”

En este caso particular, el grupo familiar no demuestra su falta de capacidad de pago para aquellos casos en que se le aplican el copago o cuota moderadora, por lo que esta pretensión debe ser declarada improcedente.

Frente al alegato de encontrarnos ante una enfermedad de alto costo, es preciso indicar:

Están estipuladas como Enfermedades catastróficas o de alto costo en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES para usuarios del Régimen contributivo:

ARTÍCULO 45. ALTO COSTO. *Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a:*

1. *Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea.*
2. *Diálisis peritoneal y hemodiálisis.*
2. *Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.*
3. *Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.*
4. *Reemplazos articulares.*
5. *Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado.*
6. *Manejo del trauma mayor.*
7. *Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.*
8. *Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.*
9. *Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.*
10. *Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.*

Es decir, la enfermedad que padece DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ **no ha sido considerada por el gobierno nacional como Catastrófica o de Alto costo**

Así las cosas, es evidente que las EPS cuentan con estos recursos para mantener un equilibrio financiero que permite la mejor prestación de los servicios de salud.

3. SOLICITUD DE ORDEN DE PAGO EN FAVOR DE SALUD TOTAL EPS / EQUILIBRIO FINANCIERO - TÉRMINO PERENTORIO / ORDEN DE PAGO A ADRES A FAVOR DE SALUD TOTAL EPS.

El despacho de conocimiento faculta el recobro a nuestra entidad, para la Secretaría de Salud de Santander o ADRES, sin embargo, es importante aclarar dicho recobro, para que este sea asumido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, pues la protegida es beneficiaria del régimen contributivo, y al no existir una orden clara en el fallo de tutela, ADRES no asume el recobro que se pueda causar.

En el evento en que el Despacho considere que esta Entidad debe autorizar y suministrar la cobertura integral, a pesar de lo reseñado, a DYLAN JOSE MENESES MUÑOZ solicito ORDENAR al Estado Colombiano - Ministerio de Salud y Protección Social - ADRES, cancele el valor que SALUD TOTAL EPS -S S.A., haya tenido que cubrir, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se efectúe la reclamación correspondiente, teniendo en cuenta, que la misma Honorable Corte Constitucional, ha entendido que si bien deben garantizarse los derechos constitucionales, en esa protección no deben ser perjudicados los intereses de ninguna de las partes.

Resulta fácil concluir que solamente es posible para las E.P.S. presentar para recobro del Estado una cuenta por concepto de gastos que en exceso tenga que asumir, por el suministro y financiación de servicios sometidos a períodos mínimos de cotización y que no se encuentran en las coberturas del Plan de Beneficios de Salud, en virtud de un fallo de tutela, cuando expresamente el Juez de instancia así lo deja expuesto tanto en la parte motiva, como en la resolutive de su pronunciamiento, pues en caso contrario no se reúnen los requisitos indispensables para obtener la legitimidad en la reclamación ante el organismo estatal.

Se reitera señor Juez que se trata de orden de pago y no de facultad de recobro, por cuanto generalmente el Ministerio de Salud y Protección Social - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, dilata el proceso de recobro y extiende el pago de las sumas de dinero por procedimientos no contemplados en el Plan de Beneficios de Salud, o sometidos a periodos mínimos de carencia, causando por tanto un perjuicio a esta Entidad que mientras tanto debe extraer de su propio peculio para los gastos que demandan el cumplimiento de los fallos de tutela, mientras que si se imparte una orden judicial al Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, seguramente se hará mucho más efectiva la acción de cobro por la sumas de dinero a que se ha hecho referencia y por tanto se estarían nivelando las cargas entre las partes aquí intervinientes.

Es por ello que, es el Estado Colombiano - Ministerio de Salud y Protección Social, quien debe proceder al cubrimiento del cargo económico de los servicios requeridos por el usuario para lo cual debe ORDENARSE que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Sistema General de Seguridad Social pague a Salud Total eps-s s.a., los gastos en que incurra en la atención de la afiliada y que legalmente no le corresponde asumir.

Como ya lo hemos anotado, los recursos que se utilizan para la prestación de los servicios como resultado de una condena en un proceso de tutela, son los recursos que garantizan la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de Salud a los restantes afiliados.

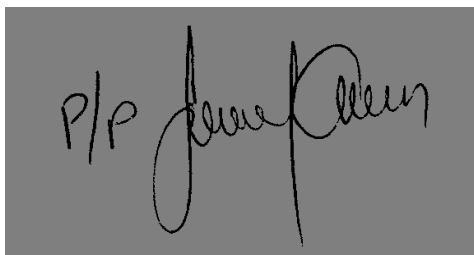
FUNDAMENTOS DE DERECHO

Baso mi argumentación en todas las normas anteriormente citadas y las demás que le sean concordantes.

PETICIONES

REVOCAR el fallo proferido y en su lugar se declare la IMPROCEDENCIA de la acción de tutela en lo referente a la solicitud de TRANSPORTE, EXONERACION, la cual no se encuentra avalada por órdenes medicas específicas, y por lo tanto se estarían protegiendo hechos futuros e inciertos, y no amenazas ciertas, LO QUE RESULTA INCOSTITUCIONAL. El reconocimiento de la prestación integral del servicio de salud debe ir acompañado de indicaciones precisas que hagan determinable la orden del juez de tutela, ya que no le es posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer mediante ellas prestaciones futuras e inciertas. SALUD TOTAL EPS ha demostrado la garantía de los derechos fundamentales de la accionante. Las ordenes de tutela debe contener los servicios que fueron previamente ordenados por los médicos tratantes, el juez no puede invadir la esfera científica y por tanto su fallo se debe limitar a lo previamente formulado.

Del señor Juez,



EFRAIN GUERRERO NUÑEZ
Gerente Sucursal Bucaramanga
SALUD TOTAL S.A EPS